



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 020-2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 30 de Enero del 2015

Visto; el Oficio N° 1175-2014-OGPP-OPGI/MINSA, adjunto el Informe N° 157-2014-OGPP-OPGI/MINSA, emitido por el Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud y Nota Informativa N° 013-OEPE-HVLH-2015, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, dispone en el numeral 71.3 del artículo 71°, que los Planes Operativos Institucionales reflejan las metas presupuestarias que se esperan alcanzar para cada Año Fiscal, y constituyen instrumentos administrativos que contienen los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas en el periodo, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica;

Que, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado pro Resolución Ministerial N° 132-2005-MINSA, donde señala en su artículo 14° literal a), que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, es de "Lograr el diagnóstico situacional e identificar los objetivos metas y estrategias de largo, mediano y corto plazo y proponer el Plan Estratégico y operativo";

Que, mediante Resolución Ministerial N°264-2013/MINSA se aprueba la Directiva N° 192-2013-MINSA-OGPP V.02 "Directiva Administrativa para el Planeamiento Operativo, Presupuestal y de Inversiones del año 2013 del Ministerio de Salud", , la misma que se encuentra vigente a la fecha. Disponiendo entre otros, que la aprobación de los Planes Operativos, es responsabilidad de los Titulares de las Unidades Ejecutoras;

Que, habiéndose sometido a revisión y evaluación la propuesta de la reformulación del Plan Operativo Anual 2014 del Hospital Víctor Larco Herrera, y mediante Oficio N° 1175-2014-OGPP-OPGI/MINSA, adjunto al Informe N° 157-2014-OGPP-OPGI/MINSA, se ha recibido la respectiva Opinión Técnica Favorable a dicha propuesta;

Que, por las consideraciones expuestas resulta necesario aprobar la reformulación del Plan Operativo Anual para el Año 2014 del Hospital Víctor Larco Herrera, con el objeto de armonizar, concertar e incluir las actividades de las diferentes unidades orgánicas de la entidad para lograr los objetivos trazados con los recursos disponibles;

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

De conformidad con lo dispuesto en el literal c) y d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar, el Documento Técnico: Plan Operativo Anual 2014 Reformulado del Hospital Víctor Larco Herrera, de acuerdo al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Directoral y cuyo presupuesto asignado se encuentra sujeto a disponibilidad y modificaciones presupuestales.



Artículo 2º.- Disponer que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, sea la encargada de la integración, difusión, seguimiento, monitoreo y evaluación del documento al que se refiere el Artículo 1º de la presente Resolución.

Artículo 3º.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución y el documento anexo en el portal electrónico del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Handwritten mark resembling a stylized 'g' or '9'.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Ministerio de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Handwritten signature
Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
CMP 17899 RNE 8270

CAEL/MYRV

Distribución:

- Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINS
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HVLH
- Oficina Ejecutiva de Administración del HVLH
- Oficina de Asesoría Jurídica





PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del
Compromiso Climático"

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

PLAN OPERATIVO ANUAL 2014 REFORMULADO

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO



OCTUBRE - 2014



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la industria Responsable y del
Compromisos Climático"



MÉDICO. CRISTINA ALEJANDRINA EGUIGUREN LÍ
Directora General

MÉDICO. JULIÁN REYNALDO SARRIA GARCÍA
Sub. Director General

ING. JOSÉ LUIS SOLANO ESPINEL
Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la industria Responsable y del
Compromisos Climático"

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Equipo Técnico:



ING. JOSÉ LUIS SOLANO ESPINEL
Director Ejecutivo
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Bach. DANIEL SORIA BUSTAMANTE
Sra. CARMEN EUGENIA JIMENÉZ ROJAS
Sra. ANA MARIA CAMPOS SOTELO



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la industria Responsable y del
Compromisos Climático"

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital, agradece a las Oficinas y/o Unidades Orgánicas competentes y al equipo multidisciplinario de trabajo por el compromiso puesto de manifiesto en la reformulación del Plan Operativo Anual 2014 del Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera", el cual es el resultado del trabajo conjunto del equipo responsable de su elaboración aplicando los criterios de eficiencia, eficacia y desempeño para el logro de los Objetivos Institucionales a través del cumplimiento de las metas físicas y presupuestales con niveles de coordinación y responsabilidad dentro de los lineamientos de Política del Sector Salud.



PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Anual 2014 Reformulado del Hospital "Víctor Larco Herrera", es un documento de Gestión de corto plazo que permite operativizar los objetivos Institucionales mediante indicadores de proceso, producción y resultado que refleja los procesos a desarrollar en el corto plazo en planificar, ordenar e integrar armoniosamente las acciones, tareas y trabajos necesarios para cumplir metas presupuestarias, establecidas para el año 2014, así como la oportunidad de su ejecución en el marco de los planes nacionales y compromisos sectoriales e intersectoriales, los objetivos sectoriales, y la situación actual de salud, en Objetivos Generales, Específicos, Actividades Operativas y Metas Físicas y Presupuestarias que la Institución se compromete a ejecutar, requiriendo la eficiente Gestión Hospitalaria de los recursos financieros, potencial humano, equipamiento e infraestructura, orientados a la atención de los principales problemas de salud mental de la población y acorde a las necesidades sanitarias que aseguren la prestación de los servicios de salud mental de la más alta calidad.

El Plan Operativo Anual Reformulado se enmarca en los Lineamientos de Política 2012-2016, contenidos en el Plan Estratégico Institucional del Pliego Ministerio de Salud el cual es el resultado de un trabajo de Equipo Multidisciplinario, se considera un documento flexible adaptado a nuestra realidad hospitalaria, que a través de evaluaciones posteriores posibilitará reprogramaciones para cumplir con nuestros Objetivos Generales, Específicos y Actividades Operativas.

El Plan Operativo Anual Reformulado está diseñado en función a las metas presupuestarias que se propone alcanzar, de la asignación de recursos y los resultados esperados a través del Presupuesto por Resultados (PpR) el cual permitirá avanzar en la consecución de los resultados y la "Mejora de la Planeación Operativa de los Programas Estratégicos en Salud" su contenido sustantivo radica en la aplicación de la programación Institucional.

Con este documento pretendemos ofrecer una herramienta que permita orientar el proceso de prioridades de los diferentes servicios, para el logro de las metas, articuladas con las Políticas del Ministerio de Salud, los Lineamientos de Políticas de Salud Mental y del Plan Nacional de Salud Mental, con la que se fortalecerá la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y la atención integral de Salud, asimismo priorizando las intervenciones comunitaria, incentivando la participación ciudadana, logrando así la prevención en la población y la inclusión social en los pacientes crónicamente enfermos.

El presente Documento de Gestión ha sido elaborado en el marco de la Directiva Administrativa N° 192-MINSA-OGPP V.02, "Directiva Administrativa para el Planeamiento Operativo, Presupuestal y de Inversiones del Ministerio de Salud.





INDICE

	PAGINA
PRESENTACIÓN	4
GENERALIDADES	5
1.1. Visión	6
1.2. Misión	7
1.3. Denominación, Naturaleza y Fines	7
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	13
2.1. Análisis de la Demanda de Salud.....	21
2.1.1. Características de la Población: Indicadores Sociales, demográficos y económicos	26
2.1.2. Situación de Salud: Indicadores Sanitarios de Morbilidad.....	34
2.1.3. Situación de la Salud: Indicadores Sanitarios de Mortalidad.....	34
2.1.4. Indicadores de Medición de Desempeño Hospitalario.....	66
2.1.5. Accesibilidad: factores geográficos, económicos, culturales, etc.....	72
2.2. Análisis de la Oferta del Establecimiento de Salud.....	77
2.2.1. Gestión de los Servicios de Salud.....	79
2.2.2. Recursos en Salud.....	84
2.2.2.1. Recursos Humanos.....	84
2.2.2.2. Análisis de Ingresos y Gastos.....	90
2.2.2.3. Recursos Financieros.....	94
2.2.2.4. Condiciones de la Infraestructura.....	95
2.3. Análisis de los Determinantes de la Salud.....	102
2.3.1. Agua y Saneamiento.....	102
2.3.2. Exclusión Social: Pobreza, Ingreso y empleo.....	103
2.3.3. Medio Ambiente.....	104
2.3.4. Salud ocupacional y Seguridad en el Trabajo.....	107
2.3.5. Seguridad Alimenticia y Nutricional.....	108
2.3.6. Situación Educativa.....	110
2.4. Identificación de Problemas.....	111
OBJETIVOS GENERALES.....	122
Resultados Esperados... ..	123
REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.....	133
ANEXOS: Matriz 2 C Reprogramación de Actividades Operativas Articuladas a la EFP... ..	133-150



I. GENERALIDADES:

BREVE RESEÑA HISTORICA

El Hospital especializado "Víctor Larco Herrera" es el Hospital Psiquiátrico más antiguo y prestigiado del Perú, se inauguró el 01 de enero de 1918 con el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena; denominado desde 1,930 Hospital "Víctor Larco Herrera" en nombre del distinguido filántropo y principal benefactor que dió su aporte económico y su dedicación personal para su construcción y funcionamiento recibiendo a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia que albergaba desde 1859 a los enfermos mentales del País, luego de que fueran trasladados de los antiguos servicios custodiales (Loquerías) que existieron en siglos pasados como anexos de los Hospitales Generales de San Andrés (varones) y Santa Ana (mujeres).

La historia del Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" es parte indiscutible de la historia de la Psiquiatría Peruana, ostenta el prestigio de ser el Primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los tratamientos más modernos de la época; ya que fue en este Hospital donde se dieron los primeros pasos y se hicieron los primeros esfuerzos por ser de la Psiquiatría una especialidad médica al servicio de la comunidad brindando una atención de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos de la época; fue el único Centro Asistencial de la especialidad para atención de pacientes en todo el país hasta 1961.

Desde su fundación el Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" viene cumpliendo una importante labor docente, iniciada con la obra de Hermilio Valdizán en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y continuada luego, con singular suceso, por Honorio Delgado.

Durante casi medio siglo el hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública, hasta el año 1960 en que paso a depender administrativa y normativamente del Ministerio de Salud, la propiedad pasa junto con la Beneficencia al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social la que realizó la descentralización de la Beneficencia Pública al Municipio de Lima en el año 2011 en el que se encuentra hasta hoy; y encontrándonos a la espera de la transferencia de la pertenencia definitiva junto a otras instituciones hospitalarias que estuvieron a cargo de la Beneficencia Pública de Lima.

Hoy nuestra institución tiene como objetivo fortalecer la Salud Mental promoviendo estilos de vida y entornos saludables articulando la atención altamente especializado en la población con calidad y calidez.





1. Visión

Del Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020.

"Salud para todas y todos"

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.

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.

Visión del Ministerio de Salud:

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

Del Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera"

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

2. Misión

Del Ministerio de Salud

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 respecto a la vida ya 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.

Del Hospital Especializado Víctor Larco Herrera

Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental a la población en general.

3. Denominación, naturaleza y fines

El Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera", es un órgano desconcentrado adscrito en la Dirección de Salud V Lima Ciudad, categorizado con el nivel III-1 Especializado en Salud Mental aprobado con R.D N° 0406/2006-DG-DESP-DISA V LC de fecha 08 de Mayo del 2006, con autonomía técnica, administrativa y financiera en los asuntos de su competencia y de ámbito local, regional y nacional.

El Hospital tiene como domicilio Legal en la Avenida Pérez Aranibar N° 600 en el Distrito de Magdalena del Mar, (Lima 17) provincia y departamento de Lima; cuenta con una extensión de 21 hectáreas y están edificados 52,447.52 metros cuadrados. Cuenta con nueve pabellones de Hospitalización, tres de los cuales son de material noble de dos pisos y seis pabellones son de quincha y adobe de un piso además cuenta con 16 ambientes para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas.

El Hospital Especializado Víctor Larco Herrera, cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, y cuenta con los siguientes Objetivos Funcionales Generales:

- a) Lograr la recuperación de la Salud Mental y la rehabilitación de los deterioros, discapacidades y minusvalías de los pacientes en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Salud Mental Comunitaria, Hospitalización y Emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud mental de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Lograr la identificación y control de los factores predictivos de las enfermedades psiquiátricas, la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud mental; y, contribuir a fortalecer los factores de protección o resiliencia de la salud mental.
- d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia.



- e) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo psiquiátrico y de salud mental, y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las universidades e instituciones educativas, según los convenios respectivos.
- f) Investigar los factores predictivos, de riesgo y resiliencia de las enfermedades psiquiátricas en la comunidad y a nivel hospitalario para contribuir a fundamentar las intervenciones de atención psiquiátrica y de promoción de la salud mental en las evidencias científicas.
- g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

El Hospital, para el cumplimiento de su misión y lograr sus objetivos funcionales cuenta con la Estructura Orgánica siguiente:

El desempeño asistencial administrativo se respalda en la siguiente Base legal:

- *Decreto Supremo 013-2006-SA – Aprueba Reglamento de Establecimientos de salud.*
- *Resolución Ministerial N° 007-84-SA/VM - Normas de Atención en Salud Mental según niveles de complejidad.*
- *Resolución Ministerial N° 0619-91-SA/DM - Programa Nacional de Salud Mental*
- *Ley N° 27657 –Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.*
- *Resolución Ministerial 132-2005-/MINSA Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.*
- *RD N° 0406/2006-DG-DESP-DISA V LC Aprueba categorización de institución especializada en psiquiatría y salud mental nivel III-1 08 de mayo 2006*

Según el Reglamento de Organización y Funciones vigente, el Organigrama Funcional del Hospital cuenta con las siguientes dependencias:

- a) **Órgano de Dirección:** Dirección General
- b) **Órgano de Control:** Órgano de Control Institucional

c) **Órgano de Asesoramiento:**

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Oficina de Gestión de Calidad

d) **Órgano de Apoyo:**

Oficina Ejecutiva de Administración
Oficina de Personal
Oficina de Economía
Oficina de Logística
Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Oficina de Estadística e Informática



Oficina de Comunicaciones
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

e) **Órganos de Línea:**

Departamento de Apoyo Médico Complementario:
Servicios de Especialidades Médico Quirúrgicas
Servicios de Medicina Interna
Servicios de Apoyo al Diagnóstico

Departamento de Enfermería:
Servicios de Enfermería en Psiquiatría Varones
Servicio de Enfermería en Psiquiatría Mujeres
Servicio de Enfermería en Adicciones
Servicio de Enfermería en Emergencias y UCE
Servicio de Enfermería en Depresión y Ansiedad

Departamento de Psicología:
Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización
Servicio de Psicología y en Salud Mental Comunitaria

Departamento de Farmacia

Departamento de Nutrición y Dietética

Departamento de Trabajo Social:

Servicio de Trabajo Social en Atención Ambulatoria y Hospitalización
Servicio de Trabajo Social en Salud Mental Comunitaria

Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia:

Servicio de Rehabilitación Integral y Terapia Ocupacional
Servicio de Psicoterapia

Departamento de Adicciones

Departamento de Hospitalización:

Servicio de Enfermedades Psiquiátricas Agudas
Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social
Servicio de Psiquiatría Forense

Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

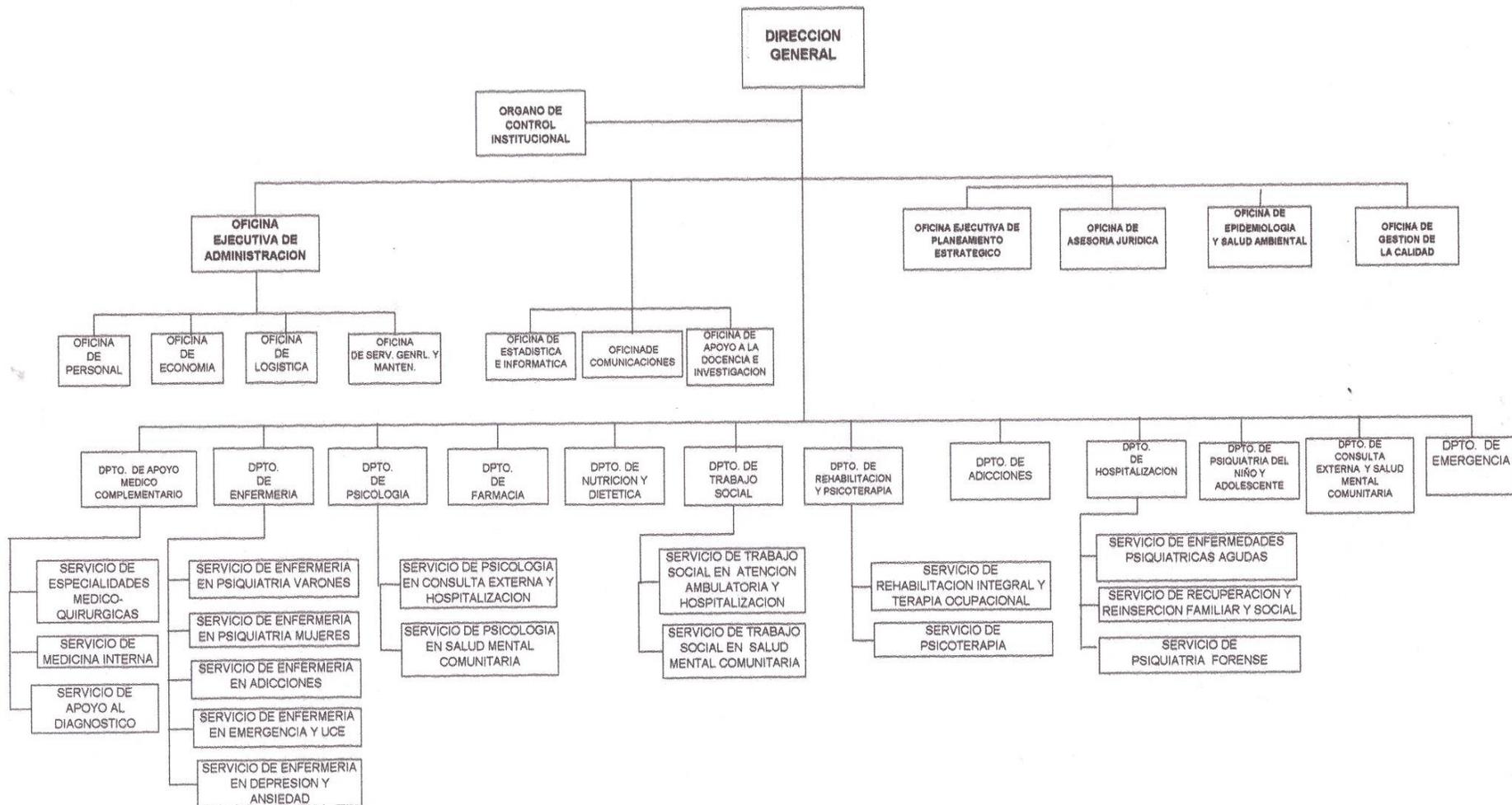
Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria

Departamento de Emergencia



Con un Organigrama Estructural aprobado en el Reglamento de Organización y Funciones:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO "VICTOR LARCO HERRERA"



II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La Organización Mundial de la Salud, afirma que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, pese a ello, solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas experimentan problemas mentales o neurológicos en el mundo.

Estos desordenes constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad. Crean un impacto social y económico importante en los individuos, familias y gobiernos. Las personas con trastornos mentales sufren de discriminación, estigma y están proclives a sufrir violaciones en sus derechos humanos. La depresión clínica será la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020 y en países en desarrollo será la primera causa.

Asimismo se destaca que la Declaración de Caracas considero que era posible, mejorar la atención por medio de la superación del modelo asistencial del Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos; como así también la relevancia de la Atención Primaria de Salud en los Sistemas Sanitarios basados en la Inclusión Social, la equidad, la promoción de la Salud y la calidad de atención.

En los últimos 50 años, los países de la Región de las Américas vienen realizando esfuerzos para mejorar sus sistemas de servicios en materia de salud mental.

En 1999, en América Latina se reconoce un hito denominado "Acuerdo de Caracas", donde los países de la Región declararon que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales, por cuanto el hospital psiquiátrico obstaculiza el logro de los objetivos al:

- 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.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años revelan una alta prevalencia de trastornos mentales y hacen un llamado a la acción, sobre todo teniendo en cuenta la respuesta insuficiente de los servicios. Por otro lado, la brecha de tratamiento, es decir, el número de personas portadoras de trastornos mentales que no reciben ningún tipo de tratamiento, puede exceder el 50% en muchas patologías.



La carga representada por las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa y estas provocan un alto grado de sufrimiento individual y social.

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región, durante los últimos veinte años, se estimó una prevalencia media durante el año precedente de las psicosis no afectivas (entre ellas, la esquizofrenia) de 1.0%, la depresión mayor de 4.9% y el abuso o dependencia del alcohol de 5.7%.

En América Latina y el Caribe el desarrollo de las atenciones psiquiátrica ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido a que la Salud Mental no se ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales.

Durante los últimos quince años la salud mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y las sociedades de los países latinoamericanos y caribeños, donde se han desarrollado experiencias locales y nacionales exitosas, donde las asociaciones de usuarios y familiares vienen luchando por la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales; también en el campo científico se han abierto posibilidades cada vez mayores de intervenciones eficientes. Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, se puede observar avances notables en la mayoría de los países.

La disponibilidad de servicios de salud mental para poblaciones específicas (niños, adolescentes y ancianos) es deficitaria en muchos países. También es evidente que los servicios de salud mental no están suficientemente preparados para desarrollar modalidades efectivas de atención a problemas emergentes, epidemiológicamente significativos, como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y los problemas psicosociales en poblaciones vulnerables.

En un contexto de marcada adversidad socioeconómica, ha provocado reacciones postraumática de varios tipos, que además generan discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y laboral y producen importantes pérdidas económicas de forma directa o indirecta.

En el año 2006 en la reunión en Brasilia, se plantearon Nuevos Desafíos para la Salud Mental, los cuales son:

- La vulnerabilidad psicosocial, incluida la problemática de grupos específicos como las poblaciones indígenas y grupos en condiciones de pobreza extrema, y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis.
- El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia.
- El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de las drogas y el alcohol, y el fenómeno de la violencia, que con su creciente aumento exige una respuesta de los servicios de salud, y de la salud mental en particular con referencia a la atención a las víctimas.



- La OPS también ha insistido en su preocupación por las enormes brechas existentes en la atención de las personas portadoras de trastornos psíquicos en los servicios de la salud. Estas brechas son catalogadas como "abrumadoras".

El resultado de un estudio especial sobre la salud mental en América Latina y el Caribe publicado por la Revista Panamericana de Salud Pública, de la OPS, no deja lugar a dudas. Concluye este estudio que en las Américas "más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general".

- La Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses Periago, escribe en esa misma edición que se calcula que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el año 2010.
- La OMS recuerda que los avances en neurociencia y las ciencias de la conducta han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. "Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo".

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.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 atención 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.



¹ Estrategia y Plan de Acción Salud Menta OMS 2009)

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.

Inicialmente se disponía de estudios que medían 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.²

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 para la 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.³

Históricamente las tendencias de conceptualización de los problemas mentales, han ido evolucionando desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica hacia la 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.⁴



² Subprograma de Salud Mental. Ministerio de Salud 2000 (Documento de Trabajo)

³ Carga de Enfermedad y lesiones en el Perú. Ministerio de Salud 2008

⁴ Lineamientos para la Acción Salud Mental Ministerio de Salud 2004



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.

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%), 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.

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%).

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 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.





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 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.

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 el 2005, 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.

Los objetivos de las políticas, objetivos de la estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz del MINSa 2005 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.

2.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SALUD

Características de la Población

2.1.1. Indicadores sociales, demográficos, culturales y económicos

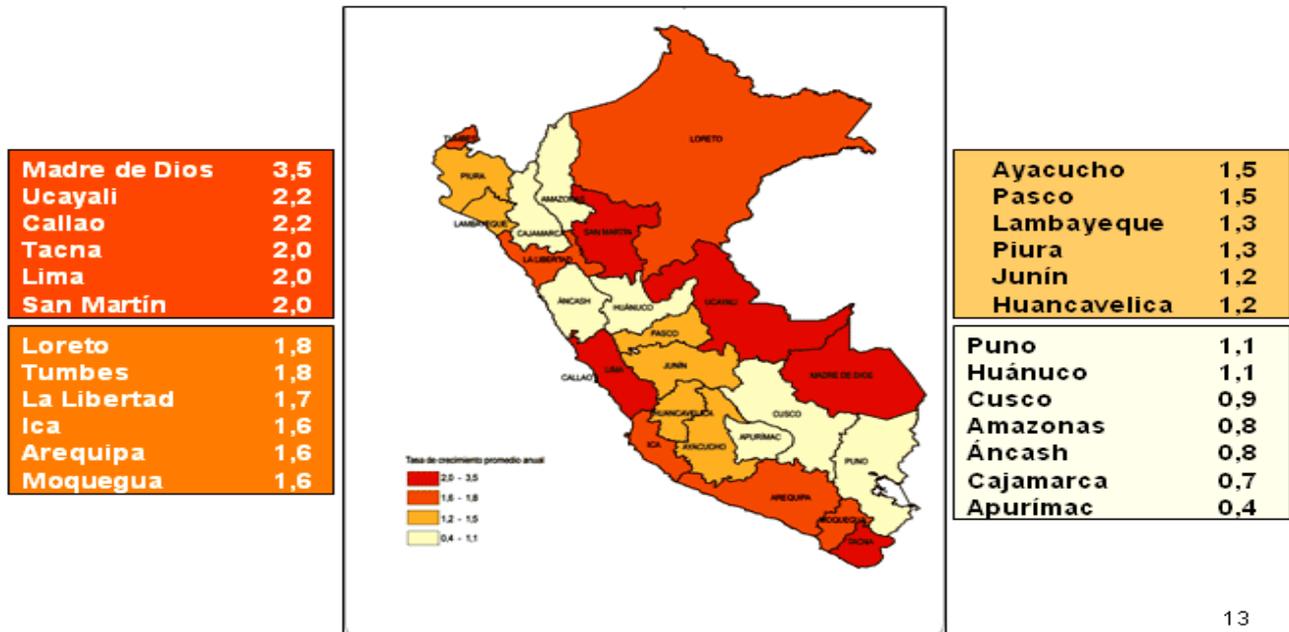
Análisis de la Población

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.



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



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

13

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.

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.

Comportamiento Demográfico actual, observado en el Área de Influencia del Hospital

En el siguiente Cuadro 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.



POBLACIÓN CENSADA EN EL ÁREA 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	33,301
		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
	Lima Oeste	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

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 Hospital, 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.

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.

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 siguiente Cuadro 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.

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS 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 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 Lima Oeste, 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 siguiente Cuadro que se muestra en resumen esta hipótesis de trabajo - propuesta por el Hospital Víctor Larco Herrera, respecto a las tasas de crecimiento poblacional, sobre las cuales se plantea las expectativas demográficas en el mediano plazo.

PROPUESTA DE TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

Periodo Quinquenal	Lima Ciudad	Lima Sur	Lima Oeste
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 – 2025	-1.55	1.05	-1.26

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente Base: INEI

Proyecciones Demográficas en el Área de Responsabilidad del Hospital Víctor Larco Herrera

En el siguiente Cuadro 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 Víctor Larco Herrera; para lo cual se han aplicado las tasas de crecimiento antes definidas como hipótesis de trabajo.

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL ÁMBITO 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
	Sub Total		1,008,478		963,323		882,155		815,709
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 Miraflore	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
		Sub Total		1,872,946		2,015,311		2,150,287	
Lima Oeste	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
Sub Total		608,409		582,018		551,260		517,395	
TOTAL		3,489,833		3,560,651		3,583,703		3,598,902	

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

En el siguiente Cuadro que se muestra, observamos por cada distrito del área de responsabilidad del Hospital, 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 Lima Oeste; allí observamos respectivamente, el 62.1% y 44.1% de la población que estaría bajo la tutela asistencial del Ministerio de Salud.

**POBLACIÓN POR ASEGURAMIENTO 2009 EN EL ÁREA 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
	Sub Total		1,017,700	835,641			182,059
				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 Miraflore	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
	Sub Total		1,845,334	698,920			1,146,414
				37.9%			62.1%
Lima Oeste	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
	Sub Total		611,350	342,022			269,328
				55.9%			44.1%
TOTAL			3,474,384	1,876,583			1,597,801
				54%			46%

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente ESSALUD

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

En el Cuadro siguiente, 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 MINSAs 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 Lima Oeste, para los cuales se ha considerado 62% y 45% respectivamente. Esta estimación de la población de responsabilidad del MINSAs, 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.

**PROYECCION DE RESPONSABILIDAD DEL MINSAs - HVLH
(POR QUINQUENIOS)**

PROV	DISA	% RESPONSAB	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
	Lima Oeste	45%	273,784	261,908	248,067	232,828
TOTAL			1,636,706	1,704,065	1,757,676	1,800,764

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

Desagregación de la población MINSAs para los problemas de Psiquiatría y Salud Mental, en los siguientes Cuadros 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.

**PROYECCION DE RESPONSABILIDAD POBLACION ADULTA MINSAs
(POR QUINQUENIOS)**

PROV.	DISA	2010	2015	2020	2025
LIMA	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
TOTAL		1,063,532	1,107,302	1,142,138	1,170,136

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH



PROYECCIÓN DE RESPONSABILIDAD POBLACION NIÑOS Y ADOLESCENTES MINSA
(POR QUINQUENIOS)

PROV.	DISA	2010	2015	2020	2025
LIMA	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
TOTAL		573,175	596,764	615,538	630,628

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

En los Países desarrollados como en los subdesarrollados se destina un presupuesto mínimo para Salud Mental, esto se debe a la falta de voluntad política.

Según los datos del Ministerio de Salud, MINSA, en el país se destina menos del 1.5% del total del presupuesto del sistema de salud a la atención psicosocial, una cifra inferior al 6% que destina Suiza a esta área.

Se puede incidir que unos de los mayores enemigos de la salud mental es el alcoholismo, donde según las estadísticas mundiales, es del 48% en Canadá, del 37% en Perú, del 26.9% en Estados Unidos, del 22% en Costa Rica y del 16% en Nicaragua, la ocurrencia del alcoholismo fetal está aumentando a medida que crece aceleradamente el alcoholismo femenino. La carga de mortalidad por alcoholismo es de 8.5% a nivel mundial, en esto se equiparan los países, independientemente de las diferencias del PBI.

Hay que procurar el acceso a la atención en Salud Mental, hay que capacitar al personal de los centros de salud de los barrios, que la medicina psicosocial vaya desplazando el modelo biomédico, que los médicos tengamos criterio en el uso de los fármacos, siendo curiosos, informándonos desde las fuentes científicas más confiables.

En nuestro país, la demanda de servicios médicos y asistenciales en general se canaliza básicamente a través de tres vías. La primera la constituye el Estado, que asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales o municipalidades). La segunda es la que corresponde a los administradores de fondos para la salud, que incluyen las obras sociales, asociaciones mutuales y las empresas de medicina. El tercer tipo administrador de fondos para la salud lo constituyen las empresas de servicios de medicina prepaga, que ofrecen al usuario que adhiere voluntariamente un seguro por el cual se cubren determinados riesgos, obteniendo coberturas que abarcan servicios médicos, hospitalarios y de medicamentos.

Las limitaciones presupuestales en países en desarrollo han llevado a plantear la posibilidad de establecer cobros por los servicios de salud que se ofrecen en los establecimientos de Salud del MINSA a los que grupos con capacidad de pago. La implementación de dicha política depende de supuestos acerca **a la elasticidad de la demanda**, y la capacidad del sistema de identificación del nivel socio-económico de los individuos. El análisis empírico que se presenta muestra que, efectivamente, la situación de los servicios públicos de salud en el Perú está relativamente concentrada en los económicamente más favorecidos, y esta característica está al menos parcialmente explicada por la desigualdad en la distribución geográfica de la infraestructura de salud.

En tal sentido, una política que eleve las tarifas que se cobran a los individuos de mayores recursos en los establecimientos públicos llevaría a un desplazamiento de esta demanda hacia las alternativas privadas, y no a que los establecimientos de salud recuperen parte de sus costos.

En nuestra institución no se puede considerar que una persona goza de buena salud mental, física o socialmente si no se encuentra dentro de una estabilidad adecuada en estos tres ámbitos, asimismo es imprescindible generar en nuestra institución una nueva filosofía de intervención y efectuar una reorganización de los recursos existentes que repercuta en una mejora de la planificación de los servicios de salud mental, asimismo se necesita un recambio de prioridades, plantear una mayor incidencia en políticas de promoción y prevención de salud mental que permita la atención de los profesionales especializados en niveles de atención de salud general y en prevención en ámbitos educativos.

Un problema que ejemplifica esta necesidad es el aumento imparable de la prevalencia de enfermedades psicosomáticas.

Cabe asimismo de informar que el desarrollo de este nuevo marco de atención sanitaria va acompañado de un cambio en la mentalidad de los profesionales, que van armonizando sus recursos académicos para adaptarse a estos nuevos retos.

Los estados de angustia y ansiedad, así como los trastornos psiquiátricos, se reportan con más frecuencia en mujeres que en hombres, tanto en lo que se refiere a la prevalencia de vida-frecuencia de la enfermedad durante toda la vida como actual determinado periodo, generalmente los 12 últimos meses.

El análisis de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos según la situación de pobreza demuestra que estos casos son más frecuentes de lo que se piensa y son directamente proporcionales a la situación de pobreza. Esto podría estar en relación con situaciones extremas de tensión, angustia y desequilibrio emocional a consecuencia de la lucha por la sobrevivencia, que generalmente recae sobre las mujeres, ya sea que estén en pareja o se hagan cargo solas de la jefatura del hogar. No se puede dejar de considerar la exposición a violencia física y maltrato psicológico permanente, que puede ser un factor determinante para desencadenar todas estas manifestaciones en salud mental de las mujeres.

La violencia contra la mujer es quizá la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. La violencia está relacionada con la desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Las mujeres, los niños y las niñas son los más afectados por la violencia intrafamiliar.

La salud mental es considerada el núcleo del desarrollo equilibrado de toda la vida, pues desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, en la vida familiar y en la integración social.

El estudio epidemiológico del Instituto Especializado en salud mental reporta las siguientes cifras para los estados anímicos prevalentes en Lima Metropolitana: entre 10% y 30% para la angustia y entre 18% a 45% para los estados de tensión. Con relación al sexo, son las mujeres de cualquier edad las que registran mayor frecuencia de estados de tensión y angustia. El análisis de las hospitalizaciones por depresión revela, igualmente que son las mujeres las más vulnerables a presentar este trastorno y las que demandan atención.



Referente a la demanda sentida de vida para solicitar servicios de salud en los casos de problemas mentales, tres de cada diez personas recurre a consulta, de las cuales alrededor de 40% son mujeres y solo 28% hombres. El grupo de edad más demandante en ambos sexos son los jóvenes menores de 35 años, tanto en costa como en la sierra del Perú.

En su mayoría, las demandas sentidas de atención respecto a la salud mental no han sido atendidas. Entre las explicaciones que requieren exploración tenemos que puede ser que sean percibidas como problemas de poca importancia, que no se consideren prioritarios; que existan demandas sentidas de salud de otra naturaleza; y que no hayan suficientes servicios de atención de salud mental, o que los existentes sean poco asequibles por horarios, calidad de atención y costo (incluido el de oportunidad). Cabe destacar que esta situación se presenta respecto a ambos sexos, así como a la población adolescente.

Perú es el séptimo país más poblado de América luego de Estados Unidos, Canadá, México, Brasil, Argentina y Colombia. La tendencia de nuestro país es hacia la desaceleración del ritmo de crecimiento poblacional de acuerdo a los últimos resultados del censo nacional de población.

Se conoce que el incremento intercensal corresponde a un 24.6% con un promedio anual de crecimiento de 1.6%. En relación a la composición por sexo, el censo del 2007 no revela cambios en relación al año 1993; la tasa de masculinidad se ha mantenido en 98.8 varones por cada 100 mujeres y la población femenina en términos porcentuales sigue siendo mayor que en varones siendo un 50.3% de la población total.

Estructura y Composición de la Población por Edad y Sexo

El análisis del crecimiento de la población por grupos de edad, advierte un comportamiento diferenciado en los grupos de edad. Este comportamiento define la estructura por edad, la misma que se puede visualizar, gráficamente, mediante las pirámides de población.

La evolución de la población en las últimas décadas se refleja en la forma que ha adoptado la pirámide poblacional. En efecto, la forma de la pirámide poblacional después de haber presentado una base ancha y vértice angosto, en la actualidad describe una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro, lo que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Así mismo, se observa mayor proporción de población adulta mayor lo que indica el inicio del proceso de envejecimiento de la población peruana.

La diferencia relativa del grupo de edad de 0 a 4 años de los censos 1993 y 2007, responde a la reducción de la natalidad, asimismo, el gráfico revela la disminución de la importancia relativa de los 4 siguientes grupos quinquenales (5 a 24 años de edad) en hombres y mujeres, que es consecuencia de la reducción progresiva de la base.





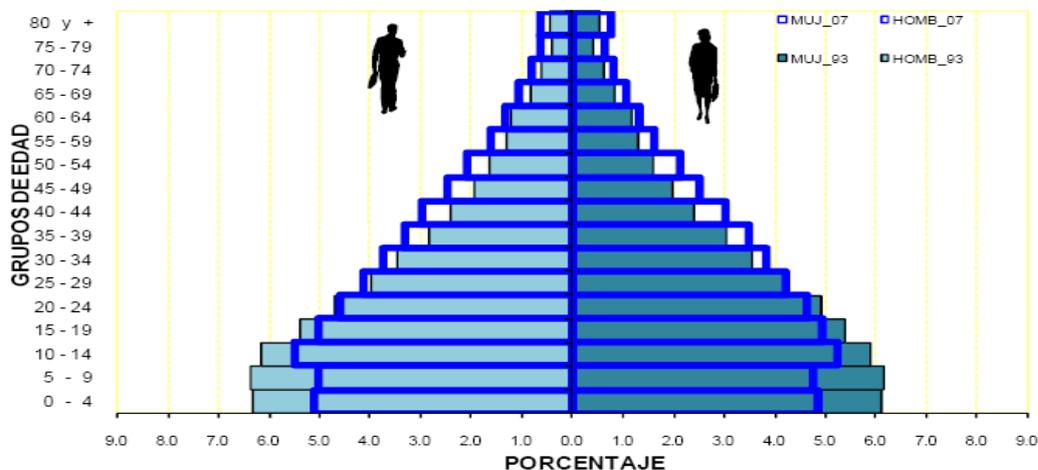
PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

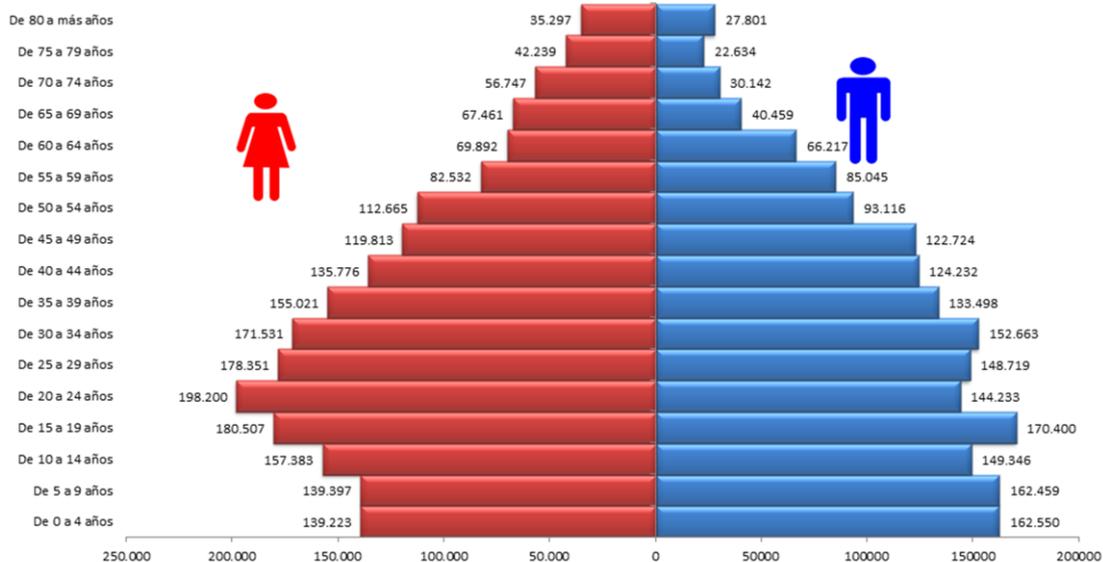
"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del
Compromiso Climático"

PIRAMIDE POBLACIONAL PERU: 1993 - 2007



FUENTE: INEI - CENSOS NACIONALES DE POBLACION Y VIVIENDA DE 1993, 2007
ELABORADO: MINSA - OGEI

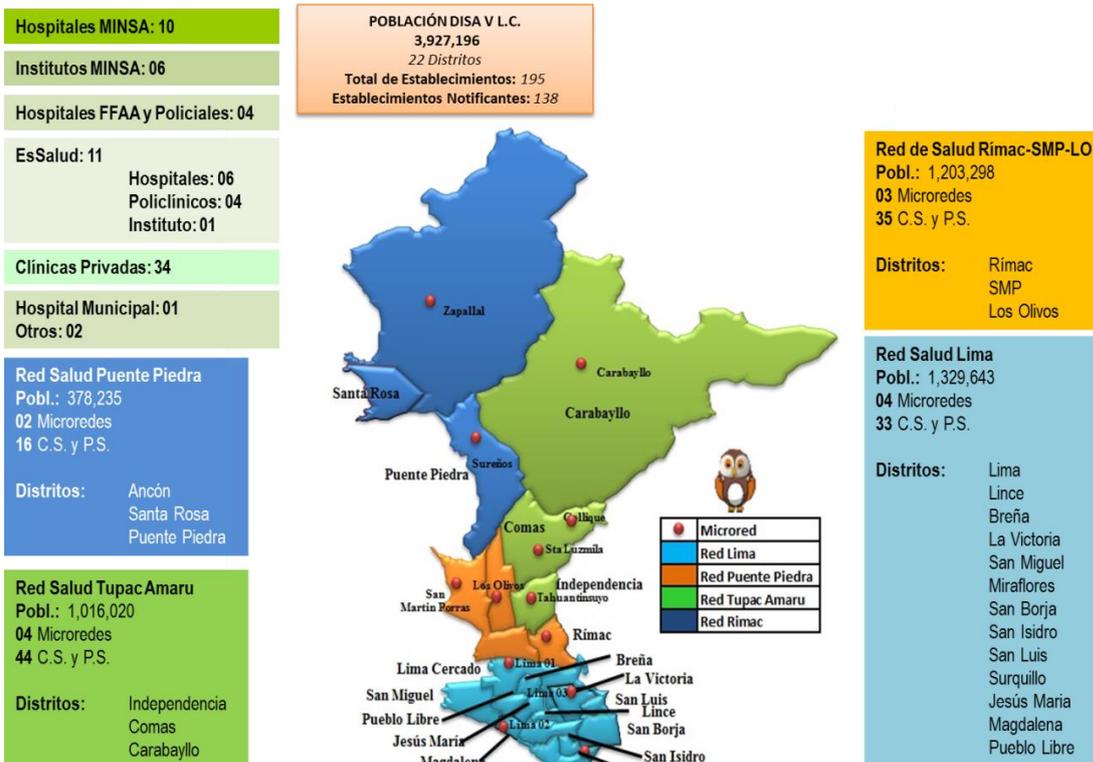
DISA V LC. : Tendencia Poblacional, 2002 - 2012



PIRAMIDE POBLACIONAL POR EDAD y SEXO - DISA V LIMA CIUDAD. AÑO 2012*

DISTRITOS	TOTAL	NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	ADULTO MAYOR	POBLACION FEMENINA		
		(0 - 9 a)	(10 - 19 a)	(20 - 59 a)	(60 a MaS)	10 - 14	15 - 19	20 - 49
DISA V LIMA CIUDAD	3878273	603629	657636	2158119	458889	150512	177730	930247
LIMA CIUDAD	286849	39674	45023	160509	41643	10000	12335	66945
BREÑA	79456	10240	11982	44323	12911	2652	3334	18528
LA VICTORIA	182552	26786	29914	101519	24333	6434	8223	42144
JESUS MARIA	71364	7236	9078	40698	14352	1846	2749	17195
LINCE	52961	5530	6980	30441	10010	1437	2020	12220
MAGDALENA DEL MAR	54386	6340	7462	30929	9655	1601	2203	13118
PUEBLO LIBRE	77038	8383	10540	43218	14897	2217	3086	17666
MIRAFLORES	84473	7285	8990	49699	18499	1876	2793	20682
SAN BORJA	111568	12250	14233	64066	21019	2849	4270	27207
SAN ISIDRO	56570	5199	6240	32051	13080	1386	1897	13784
SAN LUIS	57368	8309	8956	32551	7552	1913	2503	14284
SAN MIGUEL	135086	16859	19378	77194	21655	4165	5615	32962
SURQUILLO	92328	12134	13171	52734	14289	2948	3875	23064
INDEPENDENCIA	216503	36571	38647	117954	23331	9028	10161	51915
COMAS	517881	88154	93014	283357	53356	22187	24159	122661
CARABAYLLO	267961	52979	52754	142816	19412	12777	13197	63121
RIMAC	158511	23719	26902	87042	20848	6238	7100	36371
SAN MARTIN DE PORRES	659612	107484	116572	371782	63774	26943	31484	161314
LOS OLIVOS	355101	56589	63001	202789	32722	14134	17772	89238
PUEBLO PIEDRA	305537	61267	63471	163219	17580	14968	16217	72911
ANCON	39769	7645	8359	20854	2911	2152	1975	9067
SANTA ROSA	15399	2996	2969	8374	1060	761	762	3850

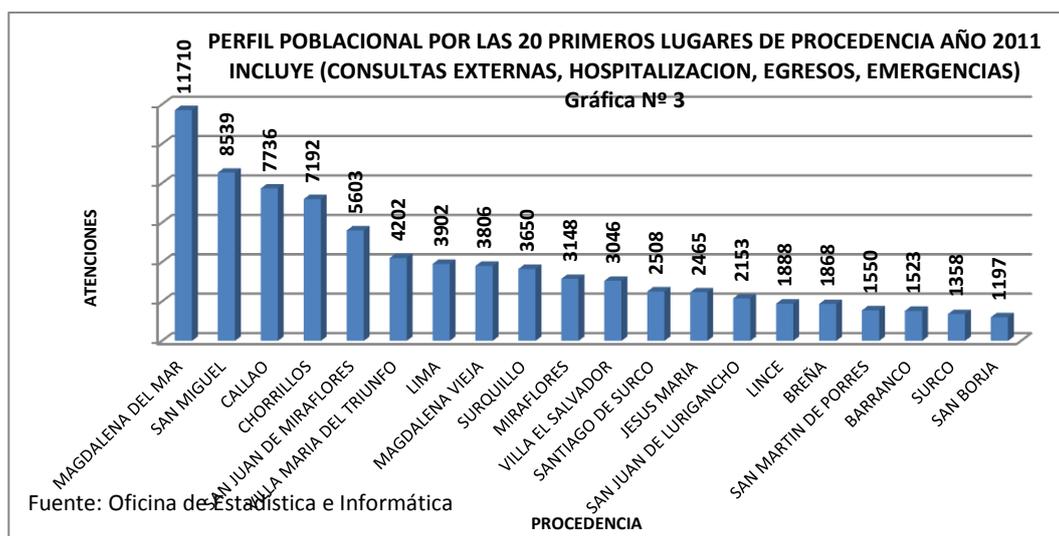
DISA V- LC : POBLACIÓN ESTIMADA POR CICLO DE VIDA Y DISTRITO DE RESIDENCIA 2013



Situación de la Salud:

2.1.2.- Indicadores Sanitarios

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



Según la procedencia de los pacientes en el hospital, podemos observar que de un total de 79,044 atenciones generales en primer lugar se encuentra el distrito de Magdalena del Mar con 11,710 atenciones que representa el 14.82%; luego el distrito de San Miguel con 8,539 que representa el 10.80%; luego el Callao con 7,736 que representa el 9.79%; luego Chorrillos con 7,192 que representa el 9.10%. Dentro de los que menos acude al hospital están los distritos de San Martín de Porres, Barranco, Surco y San Borja con un total de 5,628 atenciones que representa el 7.12% de las atenciones en general que se realizan en el hospital. Se observa que el área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima es Lima Metropolitana, Lima Cercado, Callao, Cono Sur, Cono Este y poca o ninguna influencia en Cono Norte.

Del total de pacientes atendidos en consulta externa psiquiátrica, según procedencia y por etapas de vida podemos observar que en el año 2011, en la etapa de vida Niños de 0 a 11 años, se desprende que en Lima, se realiza un 90% de atenciones, de los cuales los distritos con mayor número son: Magdalena del Mar, San Miguel y Chorrillos; en la Provincia Constitucional del Callao se observa un 9% de atenciones de las cuales resaltan los distritos de Callao Cercado, La Perla y Bellavista, y en otros distritos fuera de Lima y Callao, se visualiza un 1% de las Atenciones en niños.

En la etapa de vida adolescente (12 a 17 años), podemos determinar que de Lima se atienden un 88%, de los cuales mayormente proceden de los distritos de San Miguel, Chorrillos, Magdalena del Mar y San Juan de Miraflores. En la Provincia Constitucional de Callao se atiende un 11% de los adolescentes, principalmente de los distritos de Callao Cercado, Ventanilla, La Perla y Bellavista. En otros distritos fuera de Lima se han realizado 1% de las atenciones.

En la etapa de vida jóvenes (18 a 29 años), podemos comprobar que de Lima se atienden un 84%, de los cuales en su mayoría proceden de los distritos de Chorrillos,



San Juan de Miraflores, San Miguel y Villa María del Triunfo. En la Provincia Constitucional de Callao se atiende un 12% de los jóvenes, mayormente de los distritos de Callao Cercado, Ventanilla y La Perla. En otros distritos fuera de Lima se han ejecutado 3% de las atenciones.

En la etapa de vida adulto (30 a 59 años), podemos establecer que de Lima se atienden un 85%, de los cuales fundamentalmente proceden de los distritos de Chorrillos, San Juan de Miraflores, San Miguel, Lima Cercado, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador. En la Provincia Constitucional de Callao se atiende un 12% de los adultos, especialmente de los distritos de Callao Cercado, Ventanilla y La Perla. En otros distritos fuera de Lima se han cumplido con el 2% de las atenciones.

En la etapa de vida adulto mayor (> de 60 años), podemos inferir que de Lima se atienden un 85%, de los cuales primordialmente proceden de los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel y Lima Cercado. En la Provincia Constitucional de Callao se atiende un 12% de los adultos mayores, fundamentalmente de los distritos de Callao Cercado, Ventanilla, La Perla y Bellavista. En otros distritos fuera de Lima se han ejecutado 3% de las atenciones.

Del total general de pacientes atendidos en consulta externa psiquiátrica, según procedencia y por etapas de vida podemos observar que en el año 2011, en Lima, se realiza un 86% de atenciones, de los cuales los distritos con mayor número de atenciones son: Chorrillos, San Miguel y San Juan de Miraflores; en la Provincia Constitucional del Callao se observa un 12% de atenciones de las cuales resaltan los distritos de Callao Cercado, Ventanilla, La Perla y Bellavista, y en otros distritos fuera de Lima y Callao, se visualiza un 2% de las Atenciones en niños. En otros distritos fuera de Lima se han realizado 2% de las atenciones.

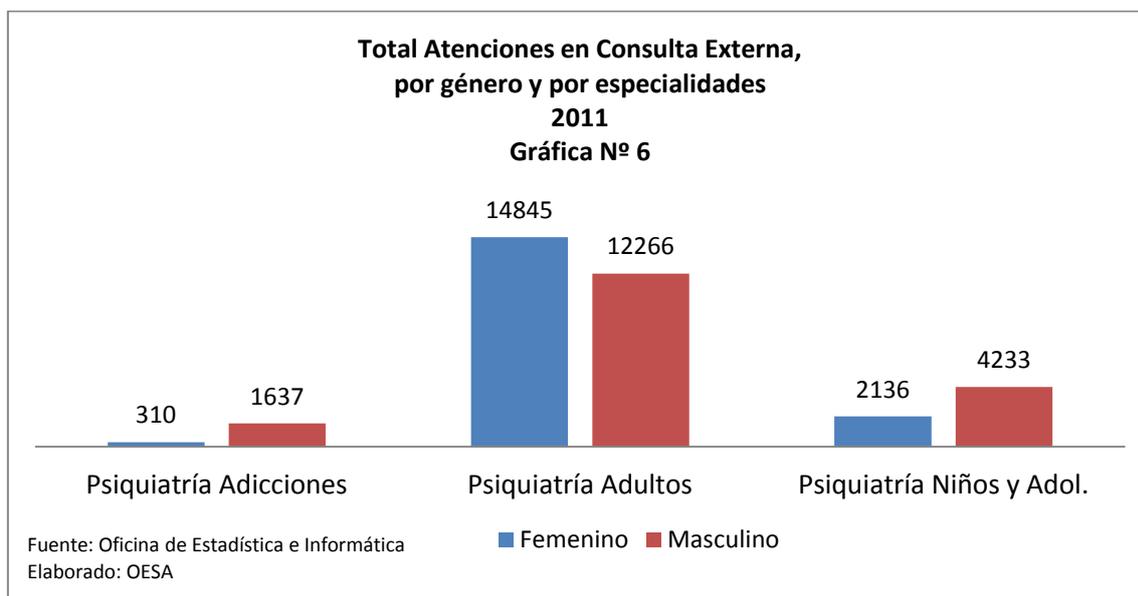


2.1.3.- Indicadores Sanitarios de Morbilidad

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por meses y por especialidades, Año 2011 Tabla Nº 5																
Especialidades	Atendidos												Total Atendi- dos	%	Total Atencio- nes	%
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
Psiquiatría Adicciones	36	57	40	45	44	36	24	30	38	33	42	9	434	5.88%	1,947	5.50%
Psiquiatría Adultos	605	391	406	392	537	355	158	352	345	326	332	395	4,594	62.21%	27,111	76.53%
Psiquiatría Niños y Adol.	335	245	243	252	233	212	89	165	160	173	147	103	2,357	31.92%	6,369	17.98%
Total general	976	693	689	689	814	603	271	547	543	532	521	507	7,385	100%	35,427	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

El mayor número de atendidos se halla en el mes de enero con 976, que representa el 13.21% del total de atendidos, seguido por el mes de mayo con 814 que representa el 11.02% del total de atendidos.



En la consulta externa de psiquiatría adicciones, recibieron atención 310 féminas, que representa el 15.92% del total de atenciones en adicciones (1,947); recibieron atención 1,637 pacientes del sexo masculino, que representa 84.07% del total de atenciones.

En la consulta externa de psiquiatría adultos, recibieron atención 15,037 pacientes de sexo femenino, que representa el 54.52% del total de atenciones en adultos (27,577); recibieron atención 12,540 pacientes del sexo masculino, que representa 45.47% del total de atenciones.

En la consulta externa de psiquiatría niños, recibieron atención 1,944 pacientes de sexo femenino, que representa el 32.93% del total de atenciones en niños (5,903); recibieron atención 3,959 pacientes del sexo masculino, que representa 67.06% del total de atención.

Son indicadores que sirven para la planificación y organización de los servicios de salud del Hospital Víctor Larco Herrera, para la cual se describirá según variables estadísticas de los últimos 5 años.

Para el análisis de morbilidad se utilizó el código CIE 10.

1. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

La morbilidad por consulta externa es la expresión de la enfermedad que obliga a un individuo a demandar un servicio de salud. Es un indicador básico de la morbilidad, ampliamente utilizado por la Organización Mundial de la Salud. Se entiende que es un conjunto de procesos que provocan daños y enfermedades en la población y que pueden llevar a la muerte, evolucionar la recuperación y dejar secuelas. De hecho, la morbilidad es un indicio de lo que ocurre con la salud de la comunidad.

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA TODAS LAS ESPECIALIDADES.

Total Atenciones en Consultas Externas en Psiquiatría y Otras Especialidades Año 2011		
Tabla Nº 2		
Actividades del HVLH Año 2011		Total Atenciones
Total Consultas Externas Otras Especialidades		51,061
	Ginecología	169
	Medicina Física y Rehabilitación	16,719
	Medicina General	1,687
	Neurología	187
	Odontología	957
	Psicología	21,967
	Servicio Social	9,375
Total Consultas Externas Psiquiátricas		35,427
	Psiquiatría Adultos	27,111
	Psiquiatría Niños	6,369
	Psiquiatría Adicciones	1,947
Total general		86,488

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

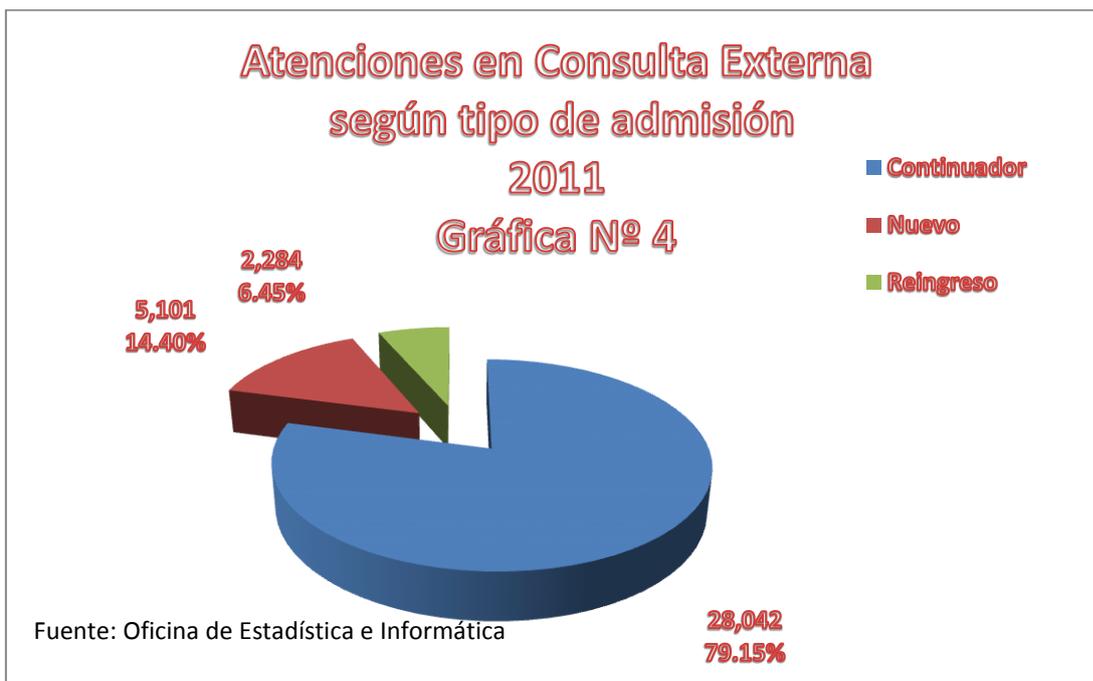
Para el año 2011, en la Consulta Externa General del Hospital Víctor Larco Herrera se ha realizado un Total de 86,488 atenciones, de las cuales 51,061 han sido consultas externas de otras especialidades, representando un 59.04%. Dentro de las Consultas Externas Generales se incluye: Ginecología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina general, Neurología, Odontología, Psicología y Servicio Social. Asimismo, en consulta externa psiquiátrica, se ha realizado 35,427 que representa un 40.96%.

**Atendidos y Atenciones por tipo de paciente y por cada Especialidad en Consulta Externa
 Psiquiatría Año 2011
 Tabla N° 3**

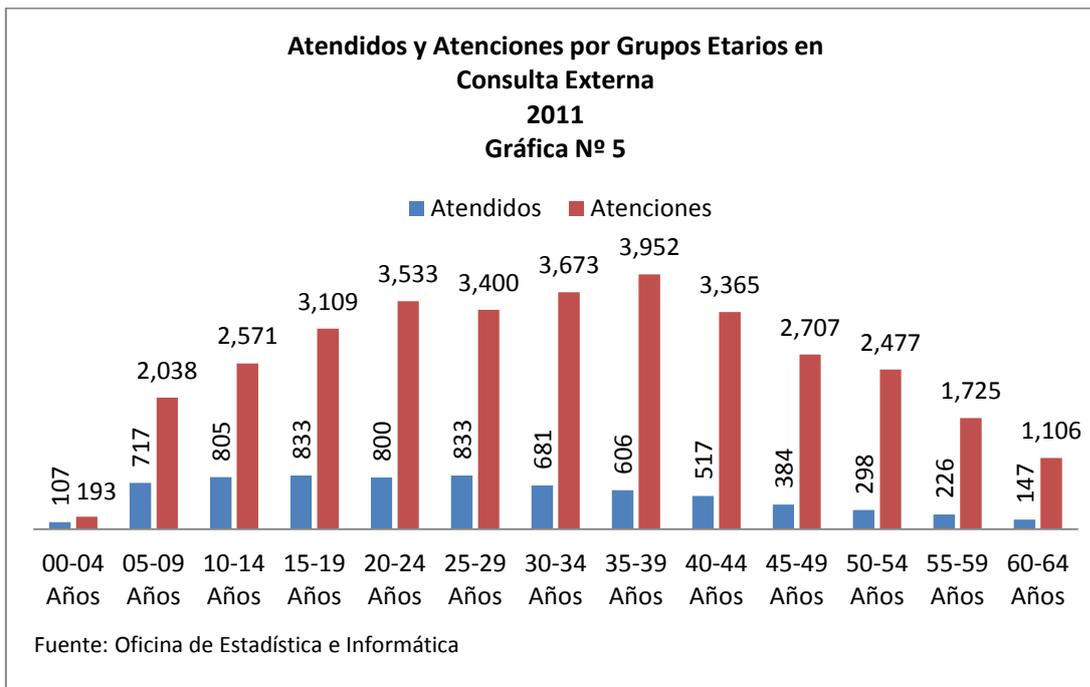
Especialidades en Consulta Externa Psiquiatría	Nuevos	Reingresos	Continuador	Total Atenciones	%
Psiquiatría Adicciones	334	100	1,513	1,947	5%
Psiquiatría Adultos	3,081	1,513	22,517	27,111	77%
Psiquiatría Niños	1,686	671	4,012	6,369	18%
Total general	5,101	2,284	28,042	35,427	100%
%	14.4%	6.4%	79.2%	100%	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
 Elaborado: OESA

Dentro de la Consulta Externa Psiquiátrica, 5,101 (14.40%) han sido pacientes nuevos, 2,284 (6.45%) han sido reingresos y 28,042 (79.15%) han sido continuadores. Asimismo, respecto a las especialidades motivo de consulta externa, en Psiquiatría adicciones ha habido 1,947 atenciones, que representa un 5% del total de las consultas externas psiquiátricas; en Psiquiatría adultos 27,577 (78%) de consultas; en Psiquiatría niños un total de 5,903 (17%) consultas haciendo un total de 35,427 consultas.



La mayor concentración de atenciones en Consulta Externa se encontró en continuadores (79.15%).



En cuanto a los atendidos y atenciones por grupo etario, se observa que el mayor número de consultas lo tienen el grupo de 15 a 19 años y el grupo de 25 a 29 años, con 833 atendidos; en cuanto a las atenciones el mayor grupo etario es el de 35 a 39 años, con 3,952 atenciones seguido del grupo entre 30 a 34 años con 3,673 atenciones. El menor número de atendidos lo tiene el grupo etario de 0 a 4 años con 107 atendidos y lo sigue el grupo etario de 60 a 64 años con 147 atendidos; las menores atenciones lo tiene el grupo entre 0 a 4 años con 193 atenciones y lo sigue el grupo de 60 a 64 años con 147 atenciones.

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por grupos etarios y por especialidades (Adicciones, Adultos y Niños), Año 2011
Tabla Nº 4

Especialidades	Atendidos														Total Atendidos	%	Total Atenciones	%
	00-04 Años	05-09 Años	10-14 Años	15-19 Años	20-24 Años	25-29 Años	30-34 Años	35-39 Años	40-44 Años	45-49 Años	50-54 Años	55-59 Años	60-64 Años	65 A + Años				
Psiquiatría Adicciones			13	92	72	53	45	45	36	29	24	11	4	10	434	5.88%	1947	5.50%
Psiquiatría Adultos					728	780	636	561	481	355	274	215	143	421	4594	62.21%	27111	76.53%
Psiquiatría Niños	107	717	792	741											2357	31.92%	6369	17.98%
Total general	107	717	805	833	800	833	681	606	517	384	298	226	147	431	7385	100%	35427	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Como se evidencia en la gráfica anterior, la mayor concentración se presenta en Psiquiatría de Adultos (76.53%).

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por meses
y por especialidades, Año 2011
Tabla Nº 5

Especialidades	Atendidos												Total Atendidos	%	Total Atenciones	%
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
Psiquiatría Adicciones	36	57	40	45	44	36	24	30	38	33	42	9	434	5.88%	1,947	5.50%
Psiquiatría Adultos	605	391	406	392	537	355	158	352	345	326	332	395	4,594	62.21%	27,111	76.53%
Psiquiatría Niños y Adolescentes.	335	245	243	252	233	212	89	165	160	173	147	103	2,357	31.92%	6,369	17.98%
Total general	976	693	689	689	814	603	271	547	543	532	521	507	7,385	100%	35,427	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

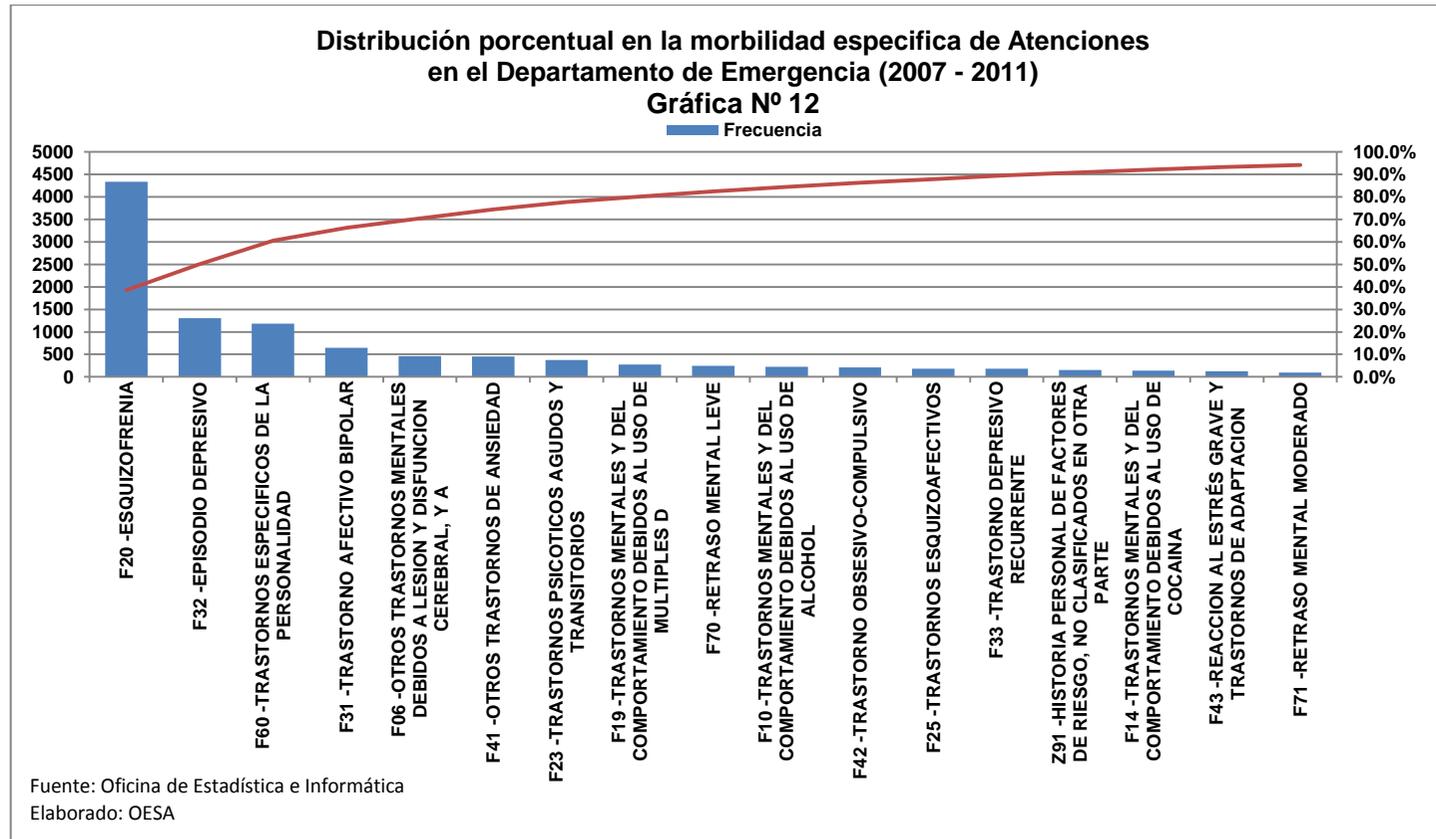
Elaborado: OESA

El mayor número de atendidos se halla en el mes de enero con 976, que representa el 13.21% del total de atendidos, seguido por el mes de mayo con 814 que representa el 11.02% del total de atendidos.



2.

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



La mayor concentración porcentual de morbilidad específica en atenciones por el Dpto. de Emergencia se encuentra comprendido desde Esquizofrenia (1) hasta Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (8), siendo su porcentaje acumulado del 80.2%. A continuación se demuestran en la siguiente Tabla.

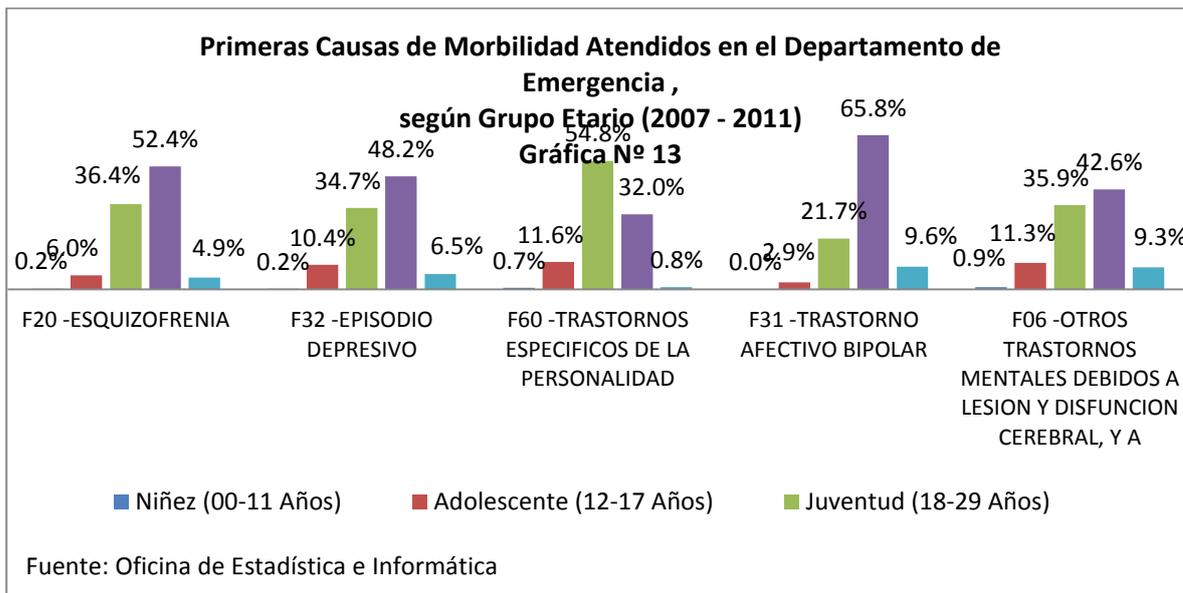
**Distribución porcentual en la morbilidad específica de Atenciones
en el Departamento de Emergencia (2007 – 2011)**
Tabla Nº 26

Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Frecuencia	% simple	% acumulado
1	F20 -ESQUIZOFRENIA	4333	38.5%	38.5%
2	F32 -EPISODIO DEPRESIVO	1304	11.6%	50.1%
3	F60 -TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1180	10.5%	60.5%
4	F31 -TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	646	5.7%	66.3%
5	F06 -OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL	462	4.1%	70.4%
6	F41 -OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	452	4.0%	74.4%
7	F23 -TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	375	3.3%	77.7%
8	F19 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	275	2.4%	80.2%
9	F70 -RETRASO MENTAL LEVE	247	2.2%	82.4%
10	F10 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	225	2.0%	84.4%
11	F42 -TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	211	1.9%	86.2%
12	F25 -TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	184	1.6%	87.9%
13	F33 -TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	183	1.6%	89.5%
14	Z91 -HISTORIA PERSONAL DE FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	153	1.4%	90.8%
15	F14 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	142	1.3%	92.1%
16	F43 -REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	124	1.1%	93.2%
17	F71 -RETRASO MENTAL MODERADO	98	0.9%	94.1%
	Otros Diagnósticos	667	5.9%	100.0%
	Totales	11261	100.0%	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA





El mayor porcentaje de atenciones se registró en Trastornos Afectivo Bipolar con 65.8% (adultos de 30 a 59 años), seguido de Trastorno Especifico de la Personalidad con el 54.8% (Juventud: 18 a 29 años), luego Esquizofrenia con 52.4% (adultos de 30 a 59 años).



**Primeras Causas de Morbilidad Atendidos en el Departamento de Emergencia,
 según género
 2007 - 2011
 Tabla Nº 27**

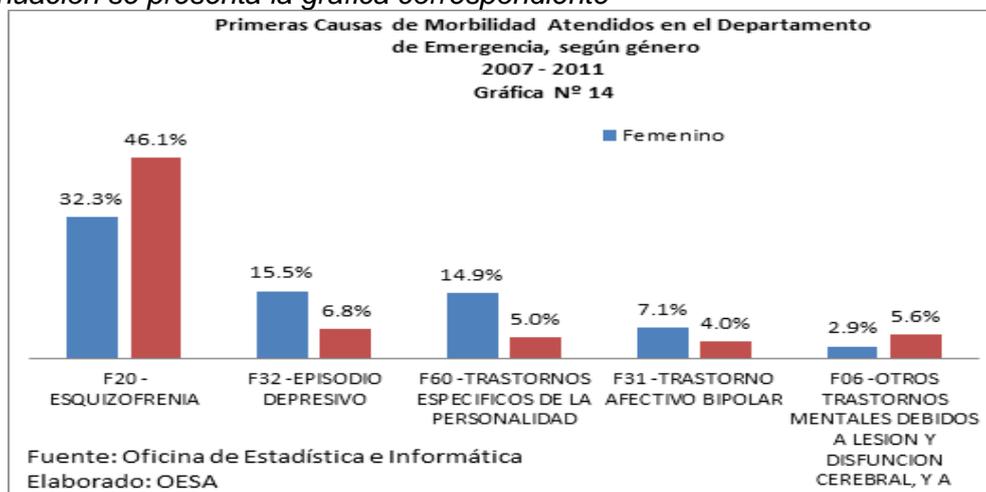
Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Femenino	Masculino	Total general
1	F20 -ESQUIZOFRENIA	32.3%	46.1%	38.5%
2	F32 -EPISODIO DEPRESIVO	15.5%	6.8%	11.6%
3	F60 -TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	14.9%	5.0%	10.5%
4	F31 -TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	5.6%	6.3%	5.9%
5	F06 -OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	7.1%	4.0%	5.7%
6	F41 -OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	2.9%	5.6%	4.1%
7	F23 -TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	4.9%	2.9%	4.0%
8	F19 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	3.4%	3.2%	3.3%
9	F70 -RETRASO MENTAL LEVE	0.9%	4.3%	2.4%
10	F10 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	1.5%	3.1%	2.2%
11	F42 -TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.7%	3.5%	2.0%
12	F25 -TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	1.9%	1.8%	1.9%
13	F33 -TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	1.8%	1.4%	1.6%
14	Z91 -HISTORIA PERSONAL DE FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2.3%	0.8%	1.6%
15	F14 -TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	1.7%	1.0%	1.4%
16	F43 -REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	0.5%	2.2%	1.3%
17	F71 -RETRASO MENTAL MODERADO	1.4%	0.7%	1.1%
	Otros Diagnósticos	0.4%	1.4%	0.9%
	Totales	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

Dentro de las dos primeras causas de morbilidad de atendidos por el Departamento de Emergencia, según género se presentan en ambos la Esquizofrenia como primera causa (Femenino: 32.3% y Masculino: 46.1%), y Episodio Depresivo como segunda causa (Femenino: 15.5% y Masculino: 6.8%),

A continuación se presenta la gráfica correspondiente



**Tendencia Anual en Porcentaje de pacientes que ingresan al Departamento de Emergencia con diagnóstico
Esquizofrenia,
según Distrito de Procedencia (2007 – 2011)
Tabla N° 29**

Procedencia	2007	2008	2009	2010	2011	Total general
PROVINCIA DE LIMA	82.5%	82.6%	79.3%	80.5%	76.9%	80.5%
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	8.9%	12.0%	9.5%	10.2%	8.7%	10.0%
150108 - CHORRILLOS	6.5%	8.8%	8.4%	8.6%	10.1%	8.4%
150142 - VILLA EL SALVADOR	6.5%	7.7%	8.7%	8.8%	6.0%	7.6%
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	7.4%	7.3%	8.9%	7.0%	6.4%	7.5%
150101 - LIMA	8.9%	5.1%	6.9%	3.9%	3.9%	5.8%
150136 - SAN MIGUEL	5.8%	4.3%	3.3%	5.2%	5.7%	4.8%
150141 - SURQUILLO	4.6%	3.9%	2.9%	4.8%	3.9%	4.0%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	4.0%	2.0%	3.6%	3.5%	2.1%	3.0%
150140 - SANTIAGO DE SURCO	3.2%	4.0%	1.5%	2.6%	3.2%	2.9%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	3.2%	2.3%	1.9%	3.5%	2.2%	2.6%
OTROS LUGARES DEL DPTO. DE LIMA	23.5%	25.1%	23.6%	22.4%	24.6%	23.9%
PROV. CONST. DEL CALLAO	14.5%	15.5%	17.7%	13.9%	15.8%	15.5%
70101 - CALLAO	12.3%	13.9%	15.5%	10.8%	15.5%	13.6%
70106 - VENTANILLA	1.3%	1.2%	0.7%	1.6%	0.1%	1.0%
70102 - BELLAVISTA	0.6%	0.2%	0.9%	0.3%	0.0%	0.4%
70104 - LA PERLA	0.3%	0.2%	0.2%	1.0%	0.0%	0.3%
70103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	0.1%	0.1%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	3.0%	1.8%	3.1%	5.6%	7.4%	3.9%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

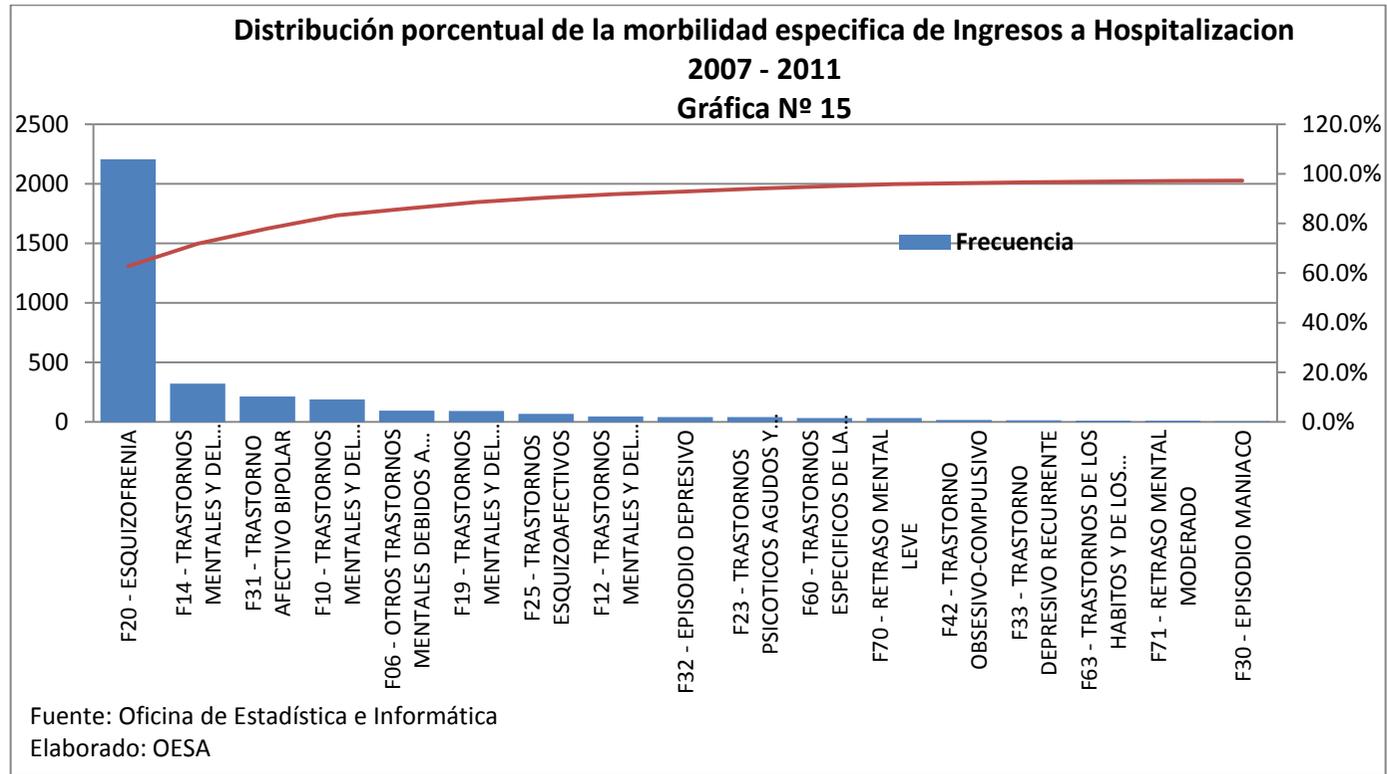
Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

Dentro de los últimos cinco años, los pacientes que ingresan al Departamento de Emergencia proceden en su mayoría de la provincia de Lima (80.5%), seguido de la Provincia de Constitucional del Callao (15.5%).



3. DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN



La mayor concentración de morbilidad se dio desde Esquizofrenia hasta Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (83.3 % acumulado). A continuación lo demostramos en la siguiente tabla.

Distribución porcentual de la morbilidad específica de Ingresos a Hospitalización,
2007 - 2011
Tabla N° 30

Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Frecuencia	% simple	% acumulado
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	2205	62.8%	62.8%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	320	9.1%	71.9%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	212	6.0%	77.9%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	188	5.4%	83.3%
5	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	94	2.7%	86.0%
6	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	91	2.6%	88.6%
7	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	68	1.9%	90.5%
8	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	46	1.3%	91.8%
9	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	40	1.1%	92.9%
10	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	39	1.1%	94.0%
11	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	32	0.9%	95.0%
12	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	31	0.9%	95.8%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	15	0.4%	96.3%
14	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	12	0.3%	96.6%
15	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	11	0.3%	96.9%
16	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	9	0.3%	97.2%
17	F30 - EPISODIO MANIACO	4	0.1%	97.3%
	Otros Diagnósticos	95	2.7%	100.0%
	Totales	3512	100.0%	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

**Primeras Causas de Morbilidad en Ingresos a Hospitalización,
según grupo etario,
2007 - 2011
Tabla N° 31**

Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Adolescente (12-17 Años)	Juventud (18-29 Años)	Adulto (30-59 Años)	Adulto Mayor (60 a + Años)	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	1.7%	35.8%	59.0%	3.4%	100.0%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	2.5%	37.2%	59.4%	0.9%	100.0%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1.4%	25.5%	64.6%	8.5%	100.0%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	0.0%	10.6%	80.3%	9.0%	100.0%
5	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	5.3%	38.3%	52.1%	4.3%	100.0%
6	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	3.3%	48.4%	48.4%	0.0%	100.0%
7	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	0.0%	30.9%	64.7%	4.4%	100.0%
8	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	13.0%	71.7%	13.0%	2.2%	100.0%
9	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	0.0%	32.5%	45.0%	22.5%	100.0%
10	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	5.1%	53.8%	41.0%	0.0%	100.0%
11	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	9.4%	37.5%	53.1%	0.0%	100.0%
12	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	6.5%	61.3%	32.3%	0.0%	100.0%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.0%	40.0%	46.7%	13.3%	100.0%
14	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.0%	16.7%	75.0%	8.3%	100.0%
15	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	9.1%	18.2%	72.7%	0.0%	100.0%
16	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.0%	55.6%	44.4%	0.0%	100.0%
17	F30 - EPISODIO MANIACO	0.0%	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
	Otros Diagnósticos	5.3%	29.5%	55.8%	9.5%	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

En los últimos cinco años el mayor porcentaje se presentó en Esquizofrenia comprendido en el adulto de 30-59 años.

**Porcentaje de pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia, que ingresan a Hospitalización,
según variables - 2007 al 2011
Tabla N° 32**

Variables		2007	2008	2009	2010	2011	Total
Genero	FEMENINO	51.0%	49.5%	39.2%	48.2%	51.4%	48.0%
	MASCULINO	49.0%	50.5%	60.8%	51.8%	48.6%	52.0%
Grupo Etario	Adolescente (12-17 Años)	1.0%	2.6%	1.2%	1.9%	1.5%	1.7%
	Juventud (18-29 Años)	35.7%	36.6%	36.8%	35.3%	34.6%	35.8%
	Adulto (30-59 Años)	60.5%	57.7%	58.8%	58.2%	60.2%	59.0%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	2.7%	3.2%	3.2%	4.6%	3.8%	3.4%
Grado de Instrucción	Secundaria	63.8%	63.2%	58.8%	63.3%	67.7%	63.4%
	Primaria	16.7%	18.3%	20.6%	17.8%	13.5%	17.4%
	Superior Universitaria	11.6%	14.7%	12.7%	3.4%	6.0%	10.0%
	Superior Técnica	4.1%	1.8%	6.9%	12.9%	11.0%	7.0%
	OTROS (No Registró dato)	3.5%	0.8%	0.5%	1.2%	0.5%	1.4%
	Analfabeto	0.2%	0.6%	0.2%	1.5%	1.3%	0.7%
	Educación Especial	0.0%	0.6%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%
Origen de la Orden de hospitalización	Procede de Consulta Externa	20.5%	17.9%	12.0%	12.7%	10.0%	15.0%
	Procede de Emergencia	79.5%	82.1%	88.0%	87.3%	90.0%	85.0%
Hospitalizaciones y Re hospitalizaciones	de 00 a 01 vez, Primer Ingreso	37.2%	49.7%	35.8%	46.7%	45.1%	43.0%
	de 02 a 10 Re Ingresos	56.8%	44.7%	56.9%	47.2%	49.6%	51.0%
	de 11 hasta 20 Re Ingresos	5.2%	4.4%	6.4%	4.6%	3.5%	4.8%
	de 21 a mas Re Ingresos	0.8%	1.2%	1.0%	1.5%	1.8%	1.2%
Ingreso a Pabellones	Pab. 20 (Agudos Damas)	51.4%	49.5%	40.0%	48.2%	50.9%	48.2%
	Pab. 1 (Agudos Varones)	47.7%	50.5%	59.6%	50.1%	47.1%	50.9%
	Pab. 18 (Adicciones)	0.4%	0.0%	0.2%	1.7%	2.0%	0.8%
	Pab. 8 (Crónicos)	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Psiquiatría Forense	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
TOTAL X CADA GRUPO		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

Durante los últimos cinco años, el mayor porcentaje que ingresan a Hospitalización fue de Esquizofrenia con 52 %, en el sexo masculino y 48% en el Sexo femenino.

En lo que respecta al grupo etario predominó el grupo etario, comprendido entre 30 y 59 años de edad (59 %). En cuanto al grado de instrucción el que más predominó fue el de Secundaria (63.4%). Proceden más de Emergencia (85.0%), que de consulta Externa (15.0%). En relación a la Hospitalización, predomina con mayor porcentaje las re hospitalizaciones con el 57%. Por último el ingreso a Pabellones fue mayor en el Pabellón N° 1 (50.9%)



**Tendencia Anual en Porcentaje de pacientes que Ingresaron a Hospitalización, con Diagnóstico de Esquizofrenia,
según lugar de procedencia
(2007 - 2011)
Tabla Nº 33**

Procedencia	2007	2008	2009	2010	2011	Total
PROVINCIA DE LIMA	72.5%	70.8%	76.7%	73.5%	78.2%	74.1%
150141 - SURQUILLO	2.5%	2.8%	3.7%	4.1%	2.8%	3.1%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	3.3%	3.4%	2.5%	2.4%	3.0%	2.9%
150101 - LIMA	4.3%	2.2%	1.5%	2.9%	3.3%	2.9%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	2.9%	2.2%	2.5%	3.4%	2.8%	2.7%
150140 - SANTIAGO DE SURCO	3.1%	1.6%	0.2%	1.9%	3.0%	2.0%
150135 - SAN MARTIN DE PORRES	2.3%	2.4%	1.7%	1.5%	1.0%	1.8%
150113 - JESUS MARIA	2.5%	1.0%	2.7%	1.2%	1.8%	1.8%
150105 - BREÑA	2.3%	1.6%	1.0%	1.7%	1.8%	1.7%
150104 - BARRANCO	1.2%	1.4%	1.0%	1.5%	2.0%	1.4%
150116 - LINCE	1.0%	1.8%	1.2%	1.0%	1.8%	1.4%
OTROS LUGARES DEL DPTO. DE LIMA	47.1%	50.5%	58.8%	51.8%	55.1%	52.4%
PROV. CONST. DEL CALLAO	15.9%	15.7%	16.4%	15.6%	15.3%	15.8%
70101 - CALLAO	14.0%	13.7%	13.5%	11.2%	12.3%	13.0%
70106 - VENTANILLA	1.2%	1.2%	0.5%	1.7%	1.5%	1.2%
70104 - LA PERLA	0.4%	0.8%	0.7%	1.5%	0.3%	0.7%
70102 - BELLAVISTA	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	1.0%	0.5%
70103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.2%	0.0%	0.7%	0.2%	0.3%	0.3%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	11.6%	13.5%	6.9%	10.9%	6.5%	10.1%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

En los últimos cinco años el mayor porcentaje de ingresos corresponde a la provincia de Lima (74.1%), en relación a la Provincia Constitucional del Callao (15.8%).



**Primeras Causas de Morbilidad de Ingresos a Hospitalización,
según género
2007 - 2011
Tabla Nº 34**

Número	Diagnostico CIE-10	Femenino	Masculino	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	72.7%	55.7%	62.8%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	0.1%	15.5%	9.1%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	11.1%	2.5%	6.0%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	0.2%	9.0%	5.4%
5	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	2.4%	2.9%	2.7%
6	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	0.1%	4.4%	2.6%
7	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	2.8%	1.3%	1.9%
8	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	0.1%	2.2%	1.3%
9	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	2.4%	0.2%	1.1%
10	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	1.5%	0.8%	1.1%
11	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1.8%	0.3%	0.9%
12	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	0.6%	1.1%	0.9%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.6%	0.3%	0.4%
14	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.5%	0.2%	0.3%
15	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	0.0%	0.5%	0.3%
16	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.1%	0.4%	0.3%
17	F30 - EPISODIO MANIACO	0.2%	0.0%	0.1%
	Otros Diagnósticos	2.9%	2.6%	2.7%
	Totales	100.0%	100.0%	100.0%

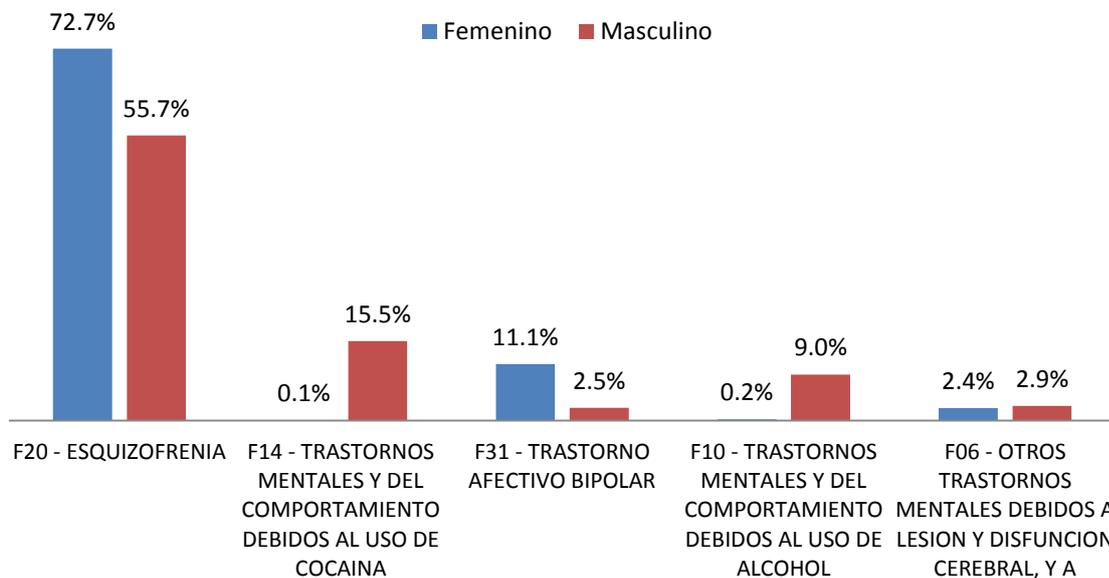
Fuente: Oficina de Estadística e Informática
 Elaborado: OESA

Dentro de las dos primeras causas de morbilidad de ingresos a Hospitalización, según género el mayor porcentaje se presenta en Esquizofrenia en ambos géneros, (Femenino: 72.7% Masculino: 55.7%), en cambio en el segundo lugar varía según género: Femenino: 11.1%, para Trastorno Afectivo Bipolar y 15.5% para Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína en el sexo masculino.

A continuación se presenta la gráfica correspondiente a la presente tabla.

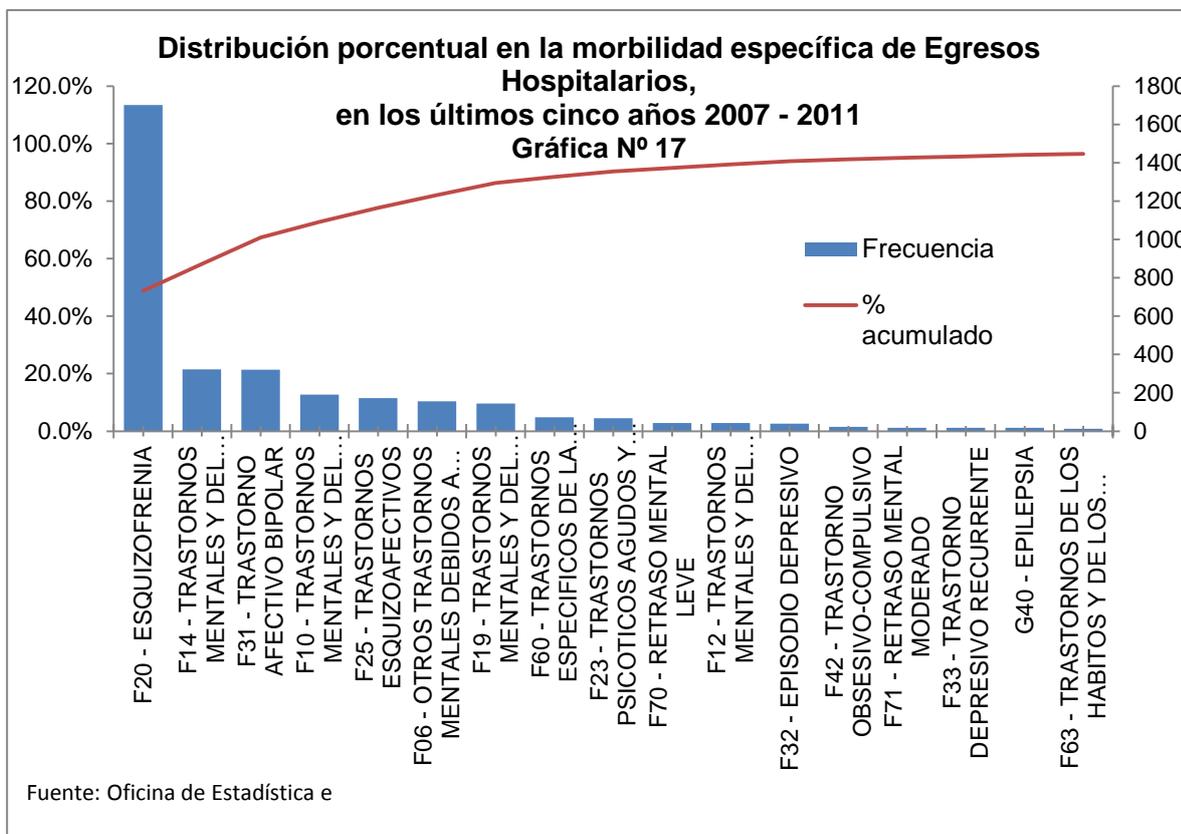


**Causas de Morbilidad de Ingresos a Hospitalización,
según género,
2007 - 2011
Gráfica N° 16**



Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

CAUSA DE MORBILIDAD EN EGRESOS HOSPITALARIOS



Fuente: Oficina de Estadística e

La mayor morbilidad específica de egresos hospitalarios durante los últimos cinco años se concentró de Esquizofrenia (1) hasta Otros trastornos mentales debidos a lesión o

disfunción cerebral o a enfermedad somática (6), con el 82.2%. A continuación se demuestra en la siguiente tabla.

Distribución porcentual en la morbilidad específica de Egresos Hospitalarios, en los últimos cinco años 2007 - 2011 Tabla Nº 35				
Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Frecuencia	% simple	% acumulado
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	1701	48.8%	48.8%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	323	9.3%	58.1%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	321	9.2%	67.3%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	190	5.5%	72.7%
5	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	173	5.0%	77.7%
6	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA	155	4.4%	82.2%
7	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	144	4.1%	86.3%
8	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	73	2.1%	88.4%
9	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	68	2.0%	90.3%
10	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	43	1.2%	91.6%
11	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	42	1.2%	92.8%
12	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	39	1.1%	93.9%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	23	0.7%	94.5%
14	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	18	0.5%	95.1%
15	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	18	0.5%	95.6%
16	G40 - EPILEPSIA	17	0.5%	96.1%
17	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	12	0.3%	96.4%
	Otros Diagnósticos	125	3.6%	100.0%
	Totales	3485	100.0%	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA



Primeras Causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios,
según género
2007 - 2011
Tabla Nº 36

Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Masculino	Femenino	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	45.5%	53.4%	48.8%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	15.4%	0.7%	9.3%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	3.1%	17.8%	9.2%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	8.9%	0.6%	5.5%
5	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	4.5%	5.6%	5.0%
6	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	4.6%	4.3%	4.4%
7	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	6.5%	0.9%	4.1%
8	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1.1%	3.4%	2.1%
9	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	1.6%	2.5%	2.0%
10	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	0.9%	1.7%	1.2%
11	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	2.0%	0.1%	1.2%
12	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	0.5%	2.0%	1.1%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.3%	1.1%	0.7%
14	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.5%	0.5%	0.5%
15	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.3%	0.8%	0.5%
16	G40 - EPILEPSIA	0.4%	0.6%	0.5%
17	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	0.5%	0.1%	0.3%
	Otros Diagnósticos	3.3%	4.0%	3.6%
		100.0%	100.0%	100.0%

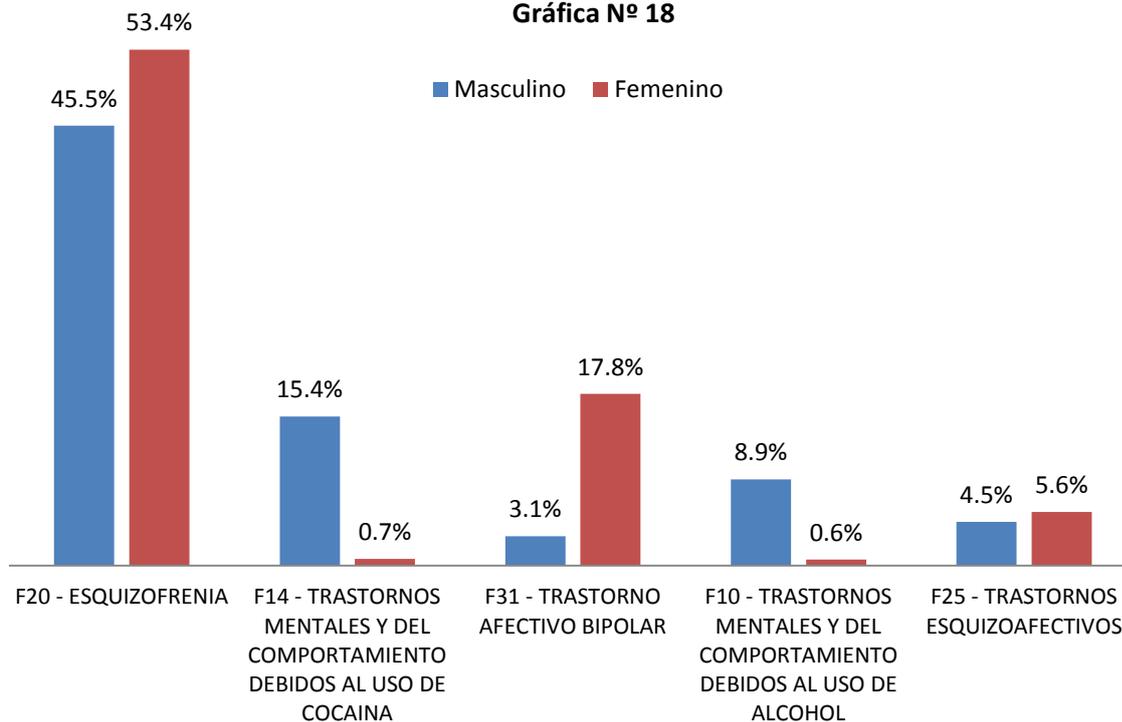
Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Dentro de las dos primeras causas de morbilidad de ingresos a Hospitalización, según género la mayor concentración se presenta en Esquizofrenia en ambos géneros, (Masculino: 45.5% Femenino: 53.4%), en cambio en el segundo lugar varía según género: Masculino 15.4, para Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cocaína en el sexo masculino y Femenino: 17.8%, para Trastorno Afectivo Bipolar.

A continuación se presenta la gráfica correspondiente a la presente tabla.



**Primeras Causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios,
según género
2007 - 2011
Gráfica N° 18**



Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Se observa que en los egresos hospitalarios predominan los egresos por esquizofrenia en pacientes femeninas en 53.4% vs. Masculinos con 45.5%; en los trastornos mentales del comportamiento debidos al uso de cocaína observamos la prevalencia de pacientes masculinos en 15.4% vs. Femeninos con 0.7%, esto es debido que no existe hospitalización en el departamento de adicciones para mujeres. En el trastorno afectivo bipolar, se observa un egreso del 17.8% en varones vs. el 3.1% en mujeres. En los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, también observamos una mayor egreso hospitalario en varones con un 8.9% que en mujeres con 0.6%, también es por falta de internamiento de mujeres en el departamento de adicciones. Respecto a los trastornos esquizoafectivos, se observa un mayor número de egresos en mujeres con un 5.6% que en varones con 4.5% de egresos.



Primeras Causas de Morbilidad de Egresos Hospitalarios, según Grupo etario 2007 - 2011 Tabla Nº 37						
Número	Lista de Morbilidades específicas (CIE-10)	Adolescente (12-17 Años)	Juventud (18-29 Años)	Adulto (30-59 Años)	Adulto Mayor (60 a + Años)	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	1.3%	33.4%	58.9%	6.4%	100.0%
2	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	2.5%	35.3%	57.9%	4.3%	100.0%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1.2%	22.7%	61.4%	14.6%	100.0%
4	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	1.1%	14.2%	73.7%	11.1%	100.0%
5	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	1.2%	30.6%	59.5%	8.7%	100.0%
6	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	2.6%	38.7%	51.0%	7.7%	100.0%
7	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MÚLTIPLES D	6.3%	45.1%	47.2%	1.4%	100.0%
8	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1.4%	57.5%	38.4%	2.7%	100.0%
9	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	8.8%	50.0%	32.4%	8.8%	100.0%
10	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	14.0%	46.5%	37.2%	2.3%	100.0%
11	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	4.8%	66.7%	23.8%	4.8%	100.0%
12	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	0.0%	30.8%	53.8%	15.4%	100.0%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.0%	47.8%	43.5%	8.7%	100.0%
14	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.0%	50.0%	38.9%	11.1%	100.0%
15	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.0%	27.8%	38.9%	33.3%	100.0%
16	G40 - EPILEPSIA	0.0%	29.4%	64.7%	5.9%	100.0%
17	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
	Otros Diagnósticos	3.2%	32.8%	36.8%	27.2%	100.0%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

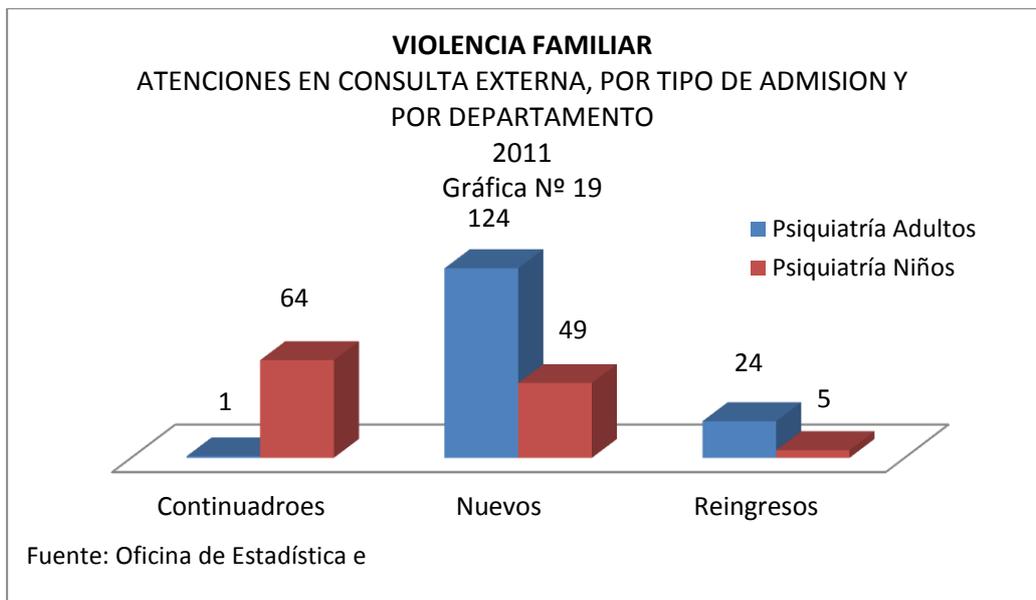
Elaborado: OESA

Durante los últimos cinco años, las primeras causas de morbilidad de egresos hospitalarios, según grupo etario se presentó en Esquizofrenia en el Adulto comprendido entre 30 – 59 años.

Durante los últimos cinco años (2007- 2011) la tendencia anual en porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de esquizofrenia se presentó en la provincia de Lima con 77.7%.

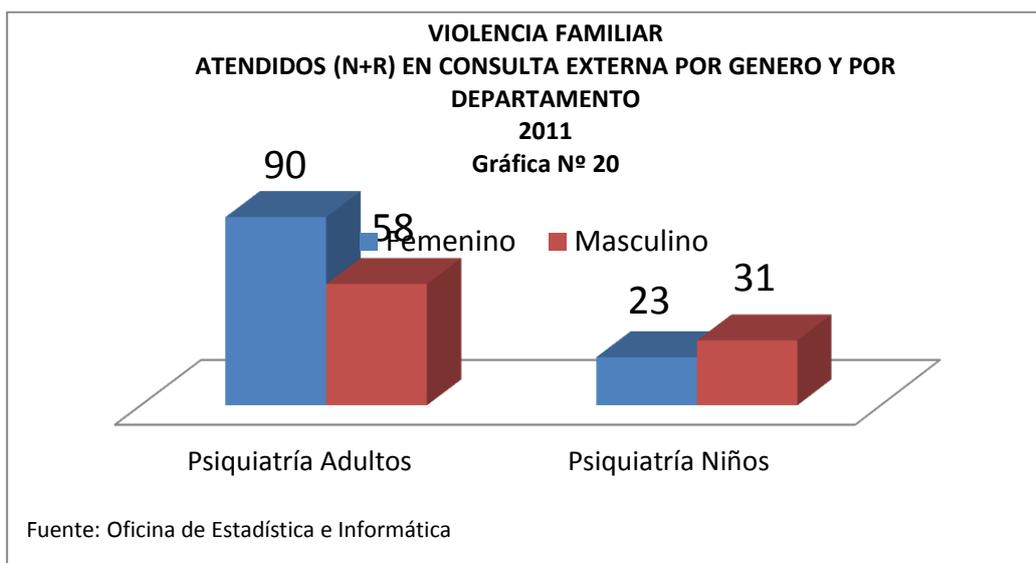


4. VIOLENCIA FAMILIAR



En las Atenciones en consulta externa por Violencia Familiar en el año 2011 adultos, podemos observar que de un total 149 atenciones, 124 (83.22%) son nuevos, 24 (16.10%) son reingresos y sólo 01 (0.671%) es continuador. Podemos inferir que la población adulta que acude a recibir una atención por violencia familiar viene sólo una vez a consulta, ya que del total de nuevos y reingresos sólo un paciente acude por segunda vez a consulta.

En las Atenciones en consulta externa por Violencia Familiar en el año 2011 niños y adolescentes, podemos observar que de un total 118 atenciones, 49(41.52%) son nuevos, 05 (4.23%) son reingresos y 64 (54.23%) son continuadores. Podemos deducir que de la población de niños y adolescentes que acuden a consulta por violencia familiar recibe en promedio, 02 atenciones por paciente.



Los atendidos en consulta externa por Violencia Familiar durante el año 2011 por género en el Dpto. de Consulta Externa de Adultos se dio más en el sexo femenino (90 atendidos) mientras que en el Dpto. de Psiquiatría de Niños y Adolescentes es a la inversa, predomina el género masculino (31 atendidos).

VIOLENCIA FAMILIAR				
Cuadro de distribución de Violencia Familiar por Tipo de Admisión, en Adultos y Niños				
2011				
Tabla N° 40				
Departamentos	Continuadores	Nuevos	Reingresos	Total general
Psiquiatría Adultos	116	124	24	264
T74 - SINDROMES DEL MALTRATO	1	4		5
Z60 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL		2		2
Z61 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	1	2	1	4
Z62 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO	3	3	1	7
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	111	113	21	245
Z64 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES			1	1
Psiquiatría Niños	64	49	5	118
T74 - SINDROMES DEL MALTRATO	37	24	2	63
Z60 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL	1	1		2
Z61 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	2	2		4
Z62 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO	11	13	2	26
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	13	9	1	23
Total general	180	173	29	382

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

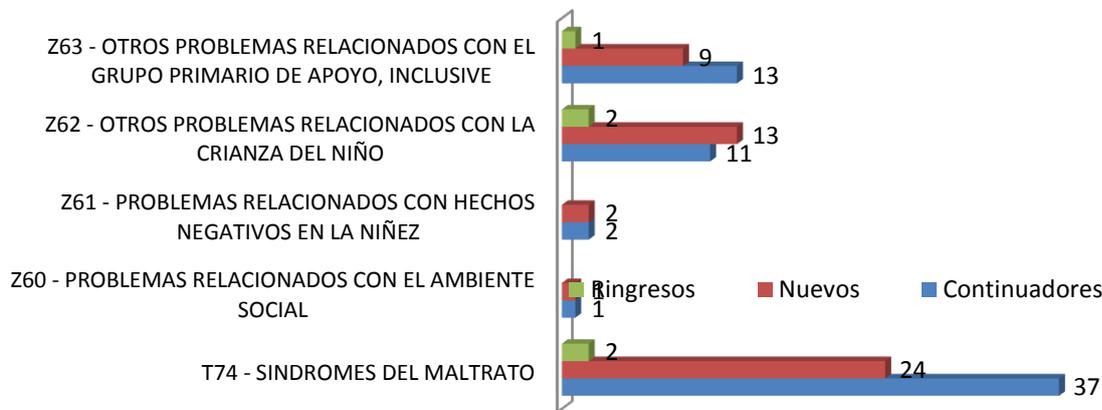
Elaborado: OESA

En cuanto a atenciones de Violencia Familiar por tipo de admisión durante el año 2011 la mayor cantidad se registró en el Dpto. de Psiquiatría adultos con un total de 264 atenciones.

Se muestra una mayor incidencia en Problemas de pareja Nuevos: 113, Continuadores: 111 y Reingresos: 21.



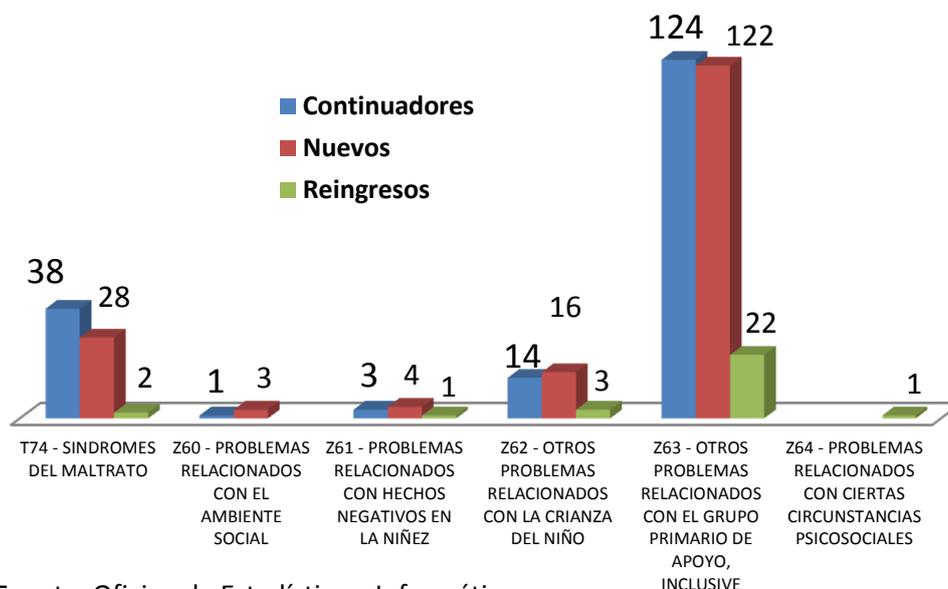
VIOLENCIA FAMILIAR
Cuadro de distribución de morbilidad por tipo de admisión
Dpto. Consulta Externa de niños.
2011
Gráfica Nº 22



Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Se muestra una mayor incidencia en Síndrome de maltrato, Nuevos: 24, Continuadores: 37 y Reingresos: 2, en el Dpto. de Niños y Adolescentes.

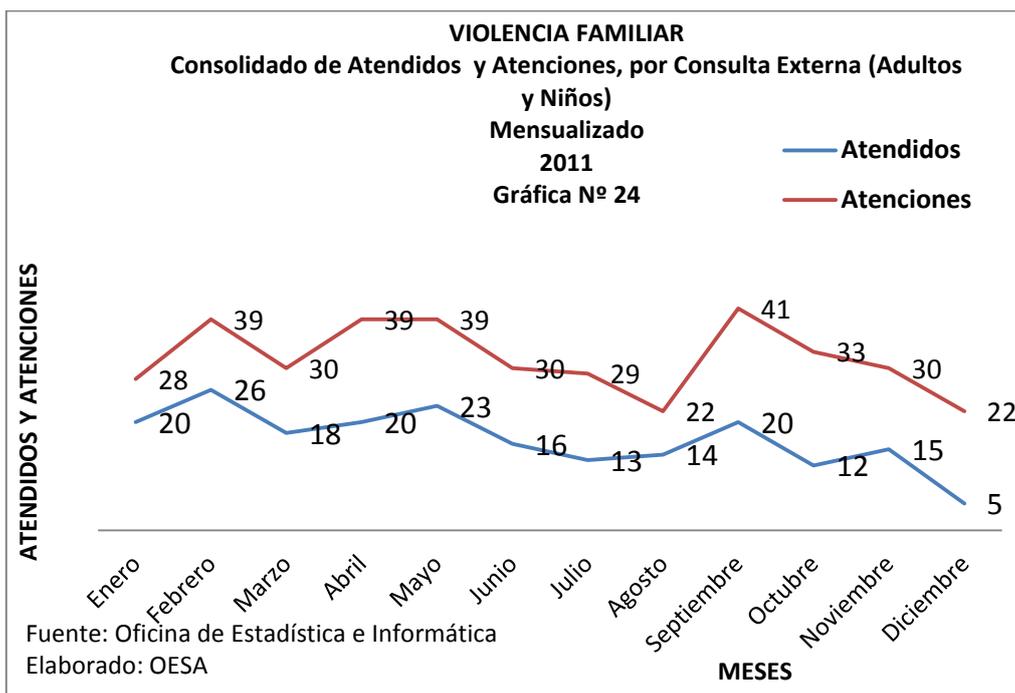
VIOLENCIA FAMILIAR
CONSOLIDADO DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA
POR TIPO DE ADMISION EN ADULTOS Y NIÑOS.
2011
Gráfica Nº 23



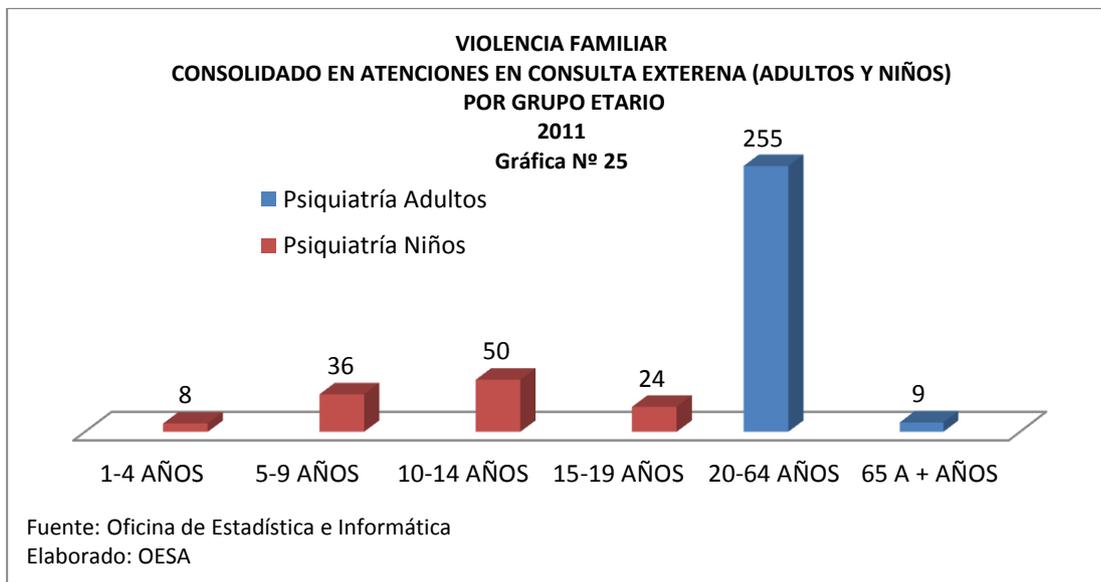
Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En cuanto al consolidado de atenciones por diagnóstico tanto en consulta externa de adultos como en la de Niños y Adolescentes resalta una mayor incidencia en problemas de pareja.

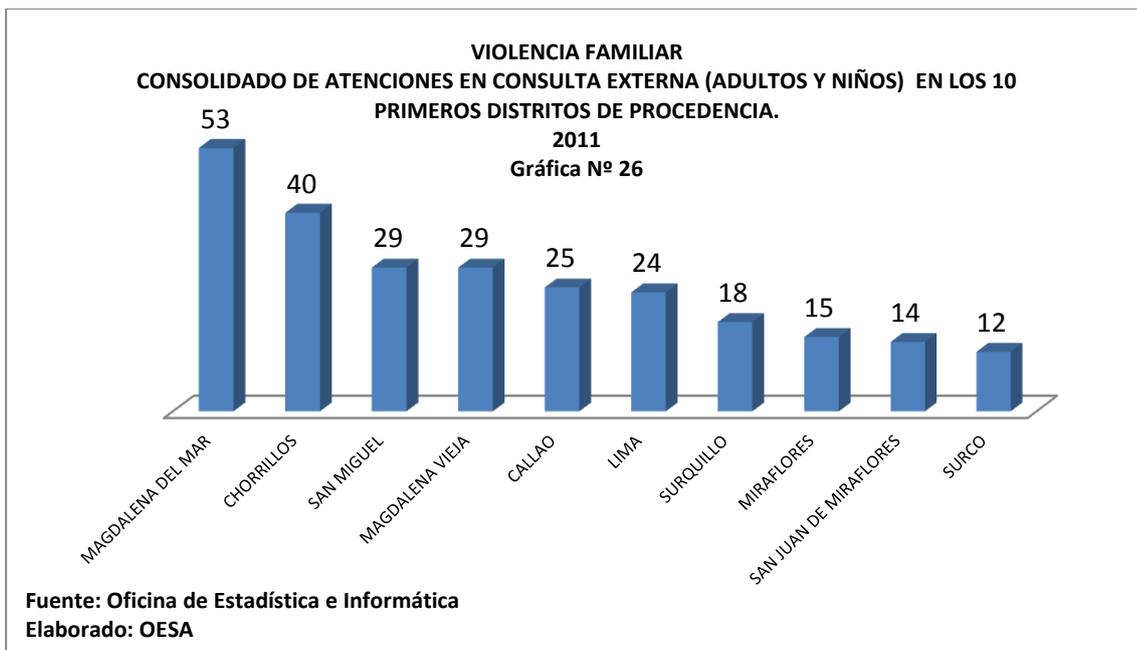
Destacando mas en continuadores (124), luego sigue Nuevos (122) y reingresos: 22



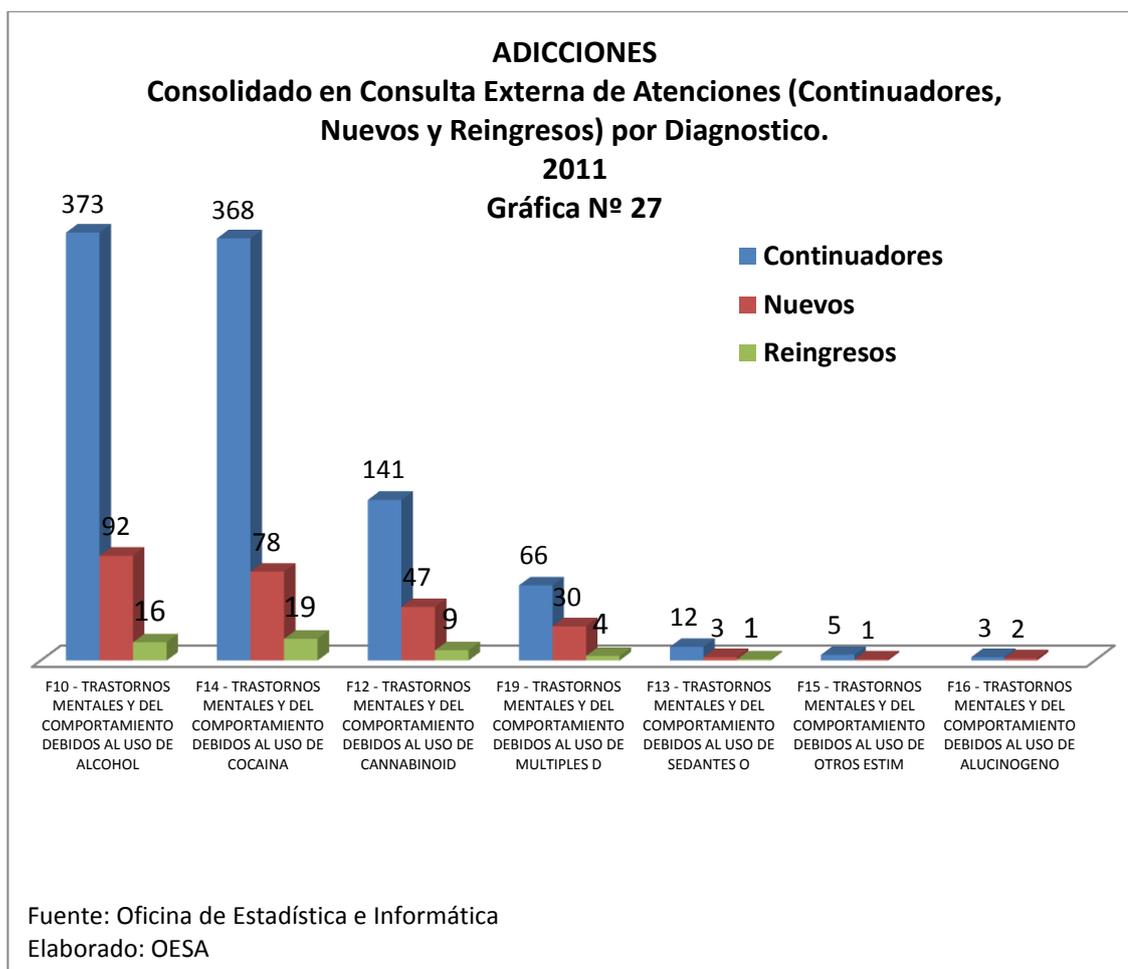
En cuanto a atenciones se presenta un mayor pico en el mes de setiembre (41 Atenciones), y en cuanto a atendidos el mayor pico se presenta en el mes de mayo con 23 atendidos.



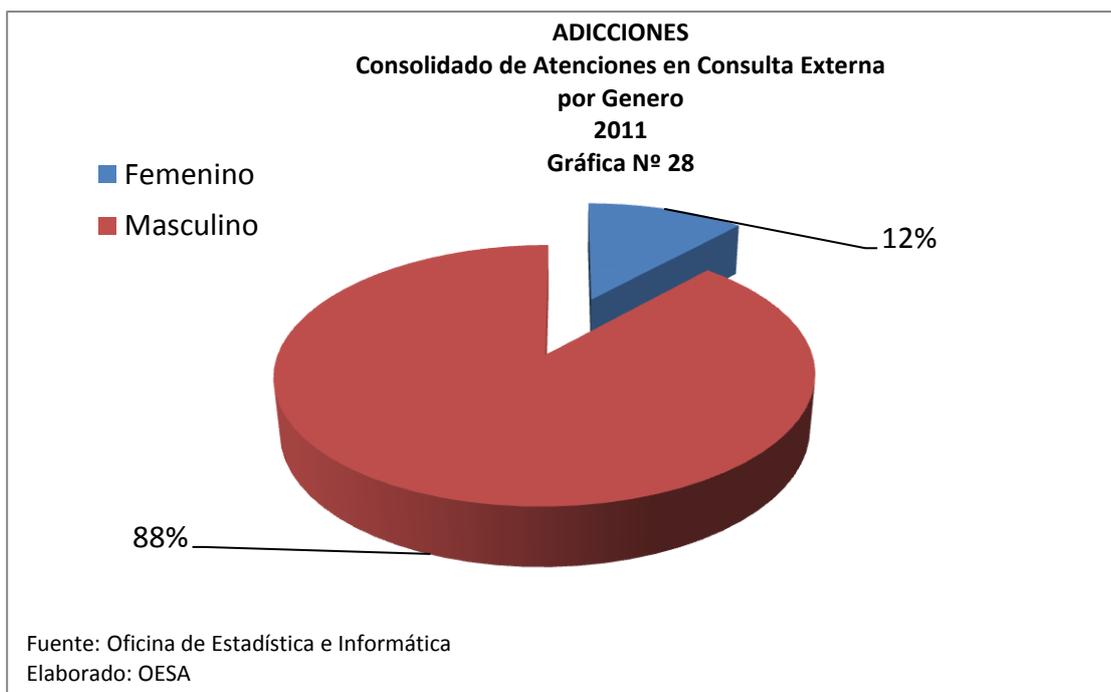
Las atenciones que con mayor frecuencia concurren a consulta externa de acuerdo al grupo etario se presenta en el estrato comprendido de 20 – 64 años en el Dpto. de Consulta Externa de Adultos (255), siendo en el Dpto. de Consulta Externa de Niños y Adolescentes el grupo etario comprendido entre 10 a 14 años (50).



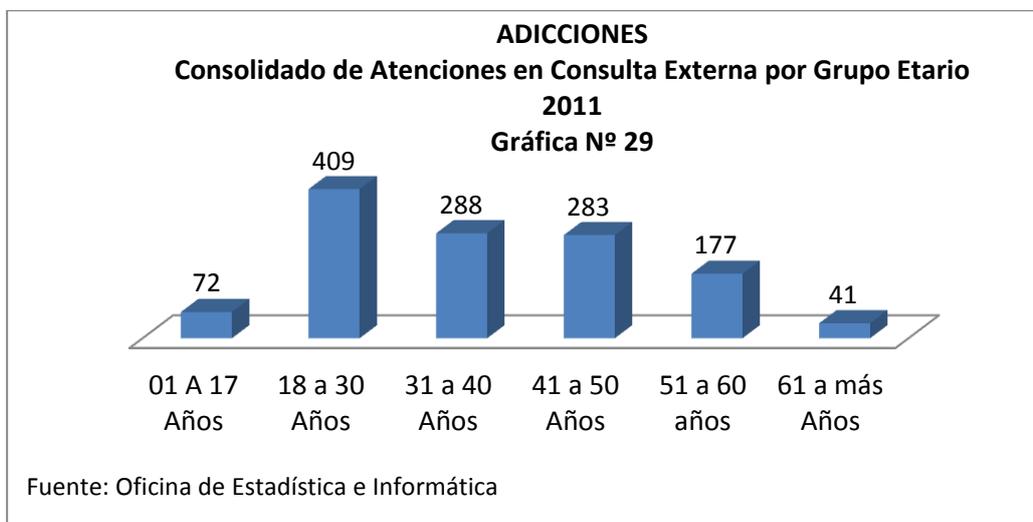
Se destaca una mayor concurrencia de los Distritos de Magdalena del Mar y Chorrillos, seguidos de San Miguel y Magdalena Vieja.



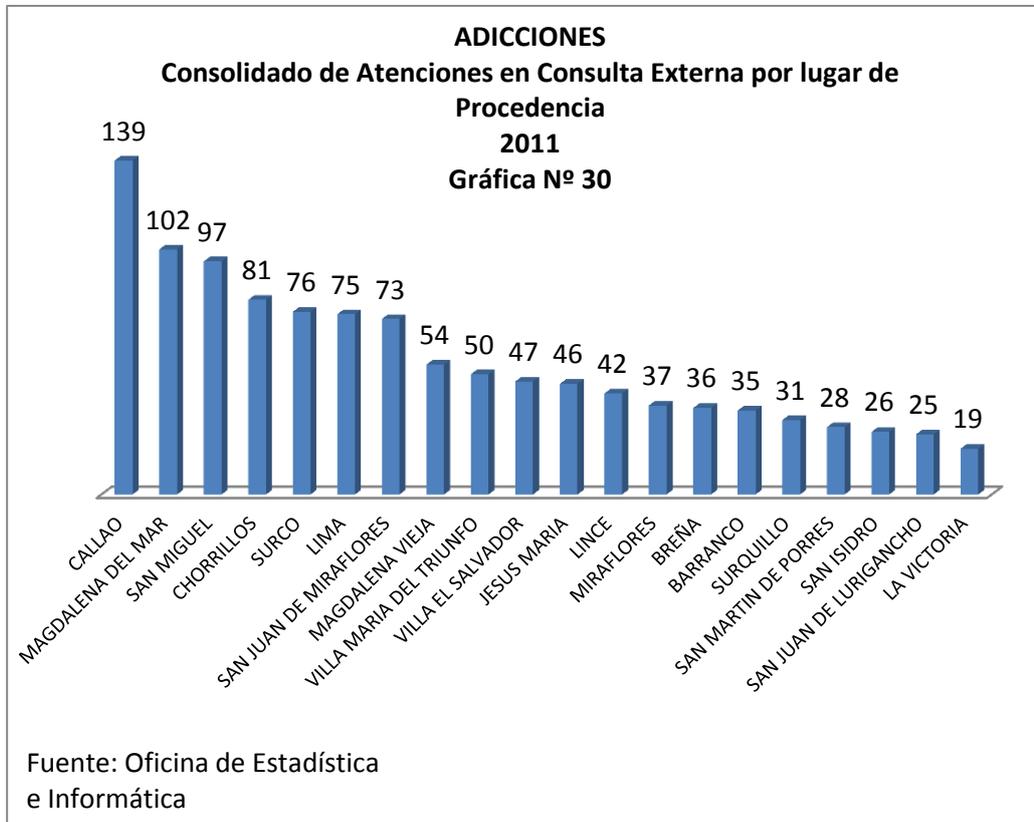
En cuanto a atenciones por consulta externa sobre adicciones, se presenta en su mayoría en continuadores en lo que respecta a Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (373), seguido de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína (368). En lo que respecta a nuevos es en el mismo orden que los continuadores: 92 y 78 respectivamente. En cuanto a reingresos se observa una mayor cantidad en Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína (19) y en Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (16).



Las atenciones de consulta externa de adicciones presentan un mayor número de atenciones realizadas al género masculino 88% que al género femenino 12%.

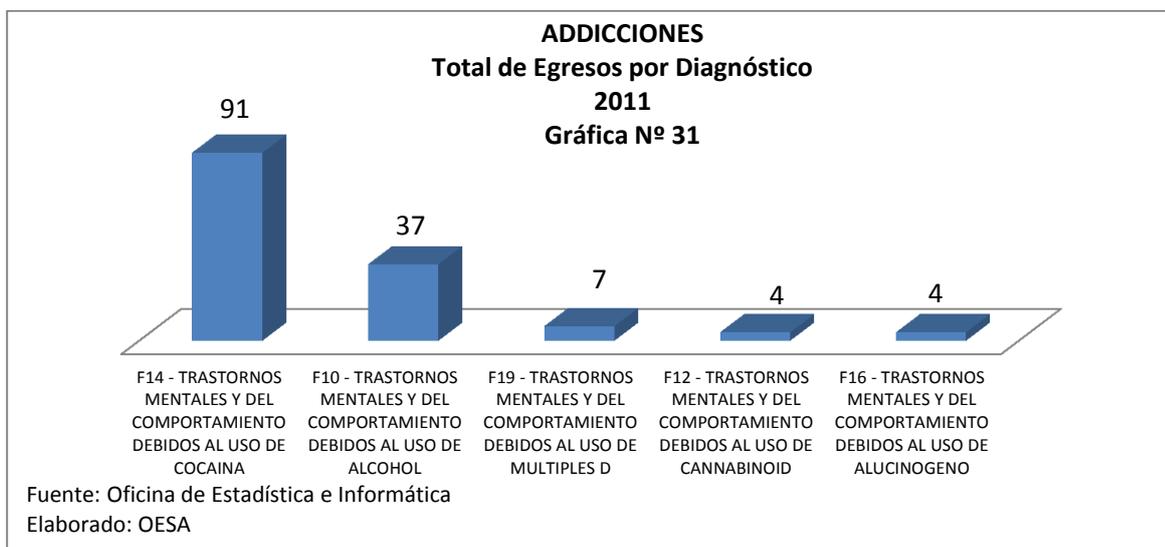


El total de atenciones en Consulta Externa de Adicciones es de 1,270 consultas al año, el grupo etario con mayor número de consultas es el grupo de 18 a 30 años con 409 atenciones; luego le sigue el grupo de 31 a 40 años con 288 atenciones; muy cerca está el grupo de 41 a 50 años con 283 atenciones seguido del grupo de 51 a 60 con 177 atenciones, luego el de 01 a 17 años con 72 atenciones y finalmente el grupo de 61 a más años con 41 atenciones.



En cuanto a atenciones se observa una mayor cantidad en los que proceden de la Provincia Constitucional del Callao (139), seguido del distrito de Magdalena del Mar (102) y Sam Miguel con 97.

ADICCIONES EGRESOS HOSPITALARIOS 2011



Según el Cuadro del Total de egresos por diagnóstico del 2011, podemos observar que la patología de mayor egresos es el F14 con 91 casos, luego el F10 con 37 casos, el F19 con 07 casos, luego el F12 con 04 casos y finalmente el F16 también con 04 casos.

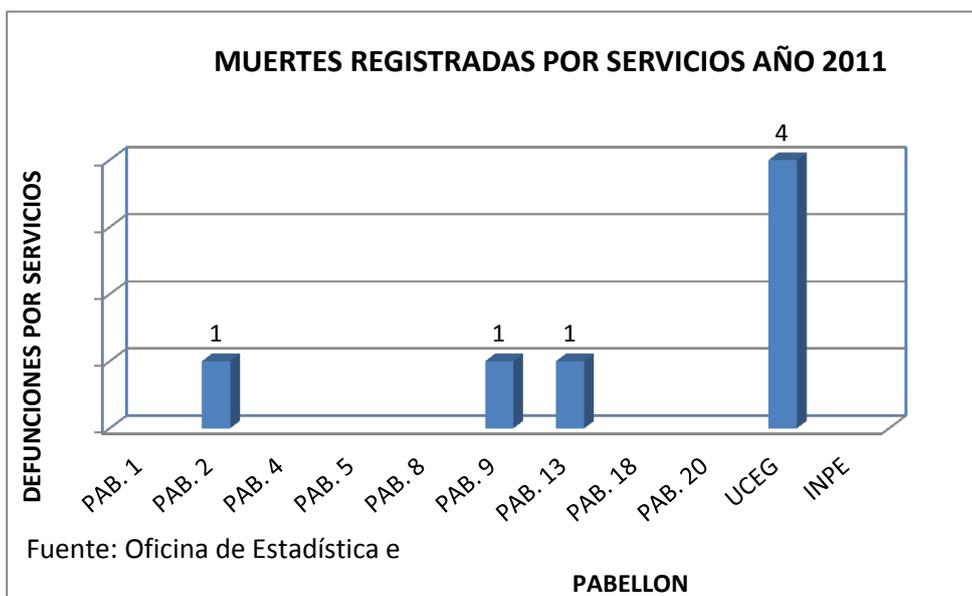
Se observa una mayor cantidad de egresos en comorbilidad en los diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10) y Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína (F14).

2.1.4.- Indicadores Sanitarios de Mortalidad

Tasa de Mortalidad Bruta.



Durante el periodo 2011 se han registrado una muerte de un paciente cuya edad fluctúa entre 20 a 64 años, 3 muertes pacientes femeninas y masculinos respectivamente cuya edades están comprendidas entre 65 a años.



Las muertes registradas en el periodo 2011 corresponde un caso a los pacientes de los pabellón adultos mayores Pab. 2, pacientes crónicos Pab. 3, pacientes de inter coocurrencias medicas no pediátricas de adultos mayores representan el mayor número de casos.

• HOSPITALIZACIÓN ADICCIONES

1. Días promedio de estancia hospitalaria

Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Días de Estancia de los Egresos	11,970
	Nº de egresos	156
	Resultados	77

1. Porcentaje de ocupación de camas

Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Total pacientes días x 100	10,983
	Total días cama disponibles	20,040
	Resultados	54.81

3. Intervalo de sustitución

Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	(Días cama disponibles)	20,040
	(Paciente días)	10,983
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	9,057
	Nº de egresos	156
	Resultados	58.06

4. Rendimiento cama.

Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Nº de egresos	156
	Nº de camas reales promedio	720
	Resultados	0.22

5. Tasa de Mortalidad Bruta.

No se registra ningún paciente fallecido en Psiquiatría agudos durante el año 2011.

6. Tasa de Mortalidad Neta.

No se registra ningún paciente fallecido después de las 48 horas de hospitalizado en Psiquiatría agudos.

2.1.5.- Indicadores de monitoreo del desempeño Hospitalario 2011**DESCRIPCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA AÑO 2011****Indicadores de Consulta Externa – 2011**

Rendimiento Hora Médico en psiquiatría CONSULTAS EXTERNAS TOTAL ANUAL (Adultos, Niños y adolescentes, Adicciones)	Nº de Atenciones	35,427
	Nº de horas médico efectivas	15,560
	Resultados	2.28

Rendimiento Hora Médico en ADULTOS	Nº de Atenciones	27,577
	Nº de horas médico efectivas	11,340
	Resultados	2.43

Rendimiento Hora Médico NIÑOS Y ADOLESCENTES	Nº de Atenciones	5,903
	Nº de horas médico efectivas	3,440
	Resultados	1.72

Rendimiento Hora Médico ADICCIONES	Nº de Atenciones	1,947
	Nº de horas médico efectivas	780
	Resultados	2.50

El análisis de la producción de recursos se realiza a través del rendimiento hora médico que para el total de atenciones en consulta externa tenemos 2.28 horas médico, en Consulta externa Psiquiatría adultos tenemos 2.43 horas médico, en consulta externa psiquiatría niños adolescentes tenemos 1.72 horas médico, en consulta externa psiquiatría adicciones tenemos 2.50 horas médico, por lo que se puede apreciar que el rendimiento es mayor en consulta externa psiquiatría niños adolescentes respectivamente.



a) ANÁLISIS EN GENERAL**1. Días promedio de estancia hospitalaria**

Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION TOTAL PSIQUATRIA AGUDOS	Días de Estancia de los Egresos	3,390
	Nº de egresos	515
	Resultados	64
Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Días de Estancia de los Egresos	14,238
	Nº de egresos	227
	Resultados	63
Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Días de Estancia de los Egresos	18952
	Nº de egresos	288
	Resultados	66
Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Días de Estancia de los Egresos	11,970
	Nº de egresos	156
	Resultados	77
Promedio de Larga Permanencia SERVICIO DE RECUPERACIÓN Y REINSERCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	Días de Estancia de los Egresos	118,523
	Nº de egresos	12
	Resultados	9,877
Promedio de Permanencia EMERGENCIA	Días de Estancia de los Egresos	3,426
	Nº de egresos	2,455
	Resultados	1.40

Promedio de permanencia de los pacientes hospitalizados agudos es de 64 días, con rango que va de 64-66 días. El promedio de permanencia en adicciones es de 77 días, el promedio de permanencia en los servicios de pacientes crónicos de larga permanencia es de 9,877 días, en emergencia el promedio es de 1,4 días. Los pacientes crónicos de larga permanencia son los que tienen un promedio de estadía que supera los 27 años. Esto hace una parte del hospital de albergue tipo manicomial, el cual no debería existir en la actualidad.

Por lo expuesto se debe proponer una alternativa o estrategia para aquellos pacientes crónicos que en su mayoría son indigentes y no tienen familia.



Porcentaje de ocupación de camas

Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Total pacientes días x 100	36,702
	Total días cama disponibles	43,800
	Resultados	83.79
Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Total pacientes días x 100	18,767
	Total días cama disponibles	21,900
	Resultados	85.69
Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Total pacientes días x 100	17,935
	Total días cama disponibles	21,900
	Resultados	81.89
Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Total pacientes días x 100	10,983
	Total días cama disponibles	20,040
	Resultados	54.81
Porcentaje de Ocupación Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Total pacientes días x 100	121,473
	Total días cama disponibles	136,510
	Resultados	88.98
Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA FORENSE	Total pacientes días x 100	4,228
	Total días cama disponibles	4,380
	Resultados	96.53

El porcentaje de ocupación varía en un rango del 54.81% en adicciones hasta un 96.53 en Psiquiatría Forense, los cuales son pacientes declarados inimputables y enviados al hospital por orden del poder judicial.

2. Intervalo de sustitución

Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	(Días cama disponibles)	43,800
	(Paciente días)	36,702
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	7,098
	Nº de egresos	515
	Resultados	13.78
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	(Días cama disponibles)	21,900
	(Paciente días)	18767
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	3133

	Nº de egresos	227
	Resultados	13.80
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	(Días cama disponibles)	21,900
	(Paciente días)	17,935
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	3,965
	Nº de egresos	288
	Resultados	13.77
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	(Días cama disponibles)	20040
	(Paciente días)	10983
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	9057
	Nº de egresos	156
	Resultados	58.06
Intervalo de Sustitución Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	(Días cama disponibles)	13,6510
	(Paciente días)	121,473
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	15,037
	Nº de egresos	12
	Resultados	1,253
Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA FORENSE	(Días cama disponibles)	4,380
	(Paciente días)	4,228
	(Días cama disponibles) – (Paciente días)	152.00
	Nº de egresos	2.00
	Resultados	76

INTERVALO DE SUSTITUCIÓN: Es el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.

3. Rendimiento cama.

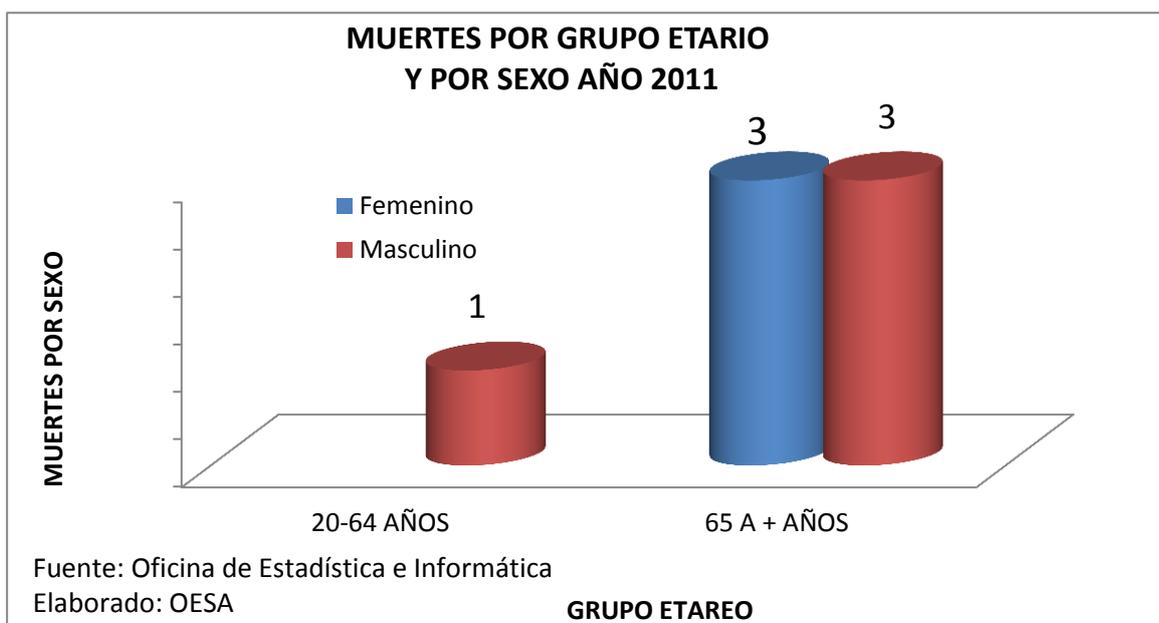
Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Nº de egresos	515
	Nº de camas reales promedio	1,440
	Resultados	0.36
Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Nº de egresos	227
	Nº de camas reales promedio	720
	Resultados	0.32
Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Nº de egresos	288
	Nº de camas reales promedio	720
	Resultados	0.40
Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Nº de egresos	156
	Nº de camas reales promedio	720

	Resultados	0.22
Rendimiento Cama Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Nº de egresos	12
	Nº de camas reales promedio	4488
	Resultados	0.0027
Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA FORENSE	Nº de egresos	12
	Nº de camas reales promedio	4,488
	Resultados	0.0027

4. Tasa de Mortalidad Bruta.

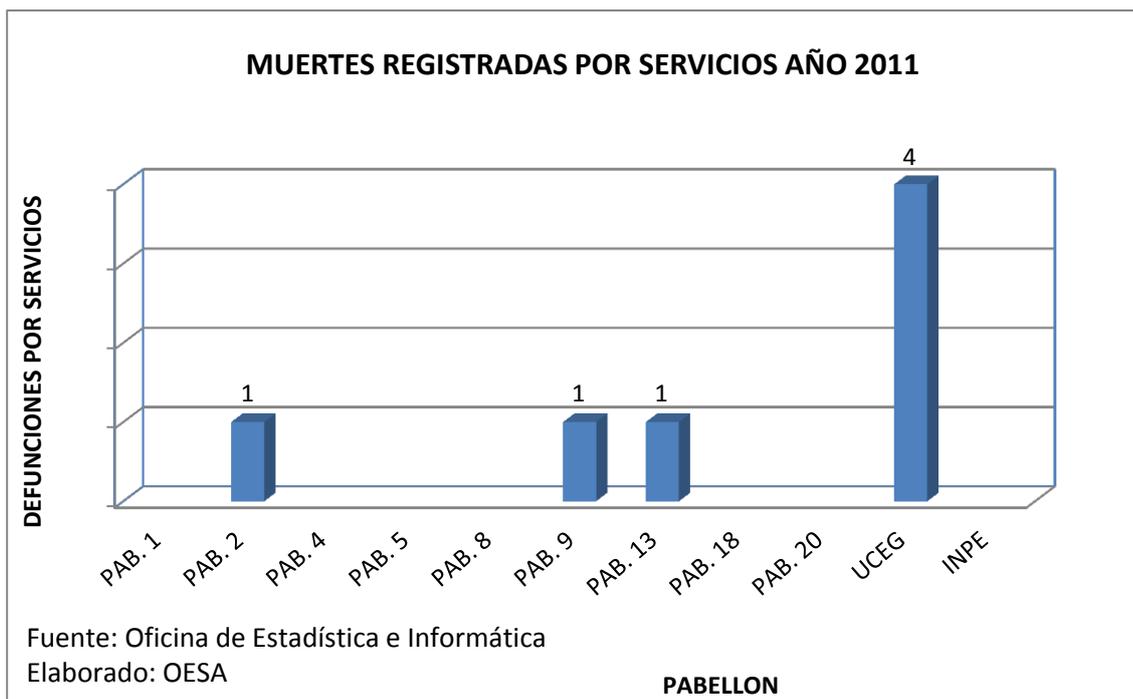
Tasa de Mortalidad Bruta	Total de Fallecidos x 100	7
	Nº de egresos	681
	Resultados	1.03

Tasa de Mortalidad Bruta.



Durante el periodo 2011 se han registrado una muerte de un paciente cuya edad fluctúa entre 20 a 64 años, 3 muertes pacientes femeninas y masculinos respectivamente cuya edades están comprendidas entre 65 a años.





Las muertes registradas en el periodo 2011 corresponde un caso a los pacientes de los pabellón adultos mayores Pab. 2, pacientes crónicos Pab. 3, pacientes de inter coocurrencias medicas no pediátricas de adultos mayores representan el mayor número de casos.

5. Tasa de Mortalidad Neta.

No se registra ningún paciente fallecido después de las 48 horas de hospitalizado en Psiquiatría agudos.

C. Análisis de la Vigilancia epidemiológica hospitalaria:

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS,

Análisis de la Tasa de Infecciones Intrahospitalarias por meses durante el año 2011

Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	Total de pacientes c/infecciones intrahospitalarias x 100	0
	Nº de Egresos	685
	Resultados	0.00

Fuente: Equipo Vigilancia epidemiológica y salud ambiental OESA HVLH



Accesibilidad:**2.1.6.- Factores Geográficos****Descripción geográfica de la Institución**

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

Departamento: Lima

Provincia : Lima

Distrito : Magdalena del Mar

Dirección : Av. Pérez Aranibar N° 600

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

Norte : Av. Brasil

Sur : Av. Salaverry

Oeste : Av. Pérez Aranibar

Este : Av. Javier Prado Oeste

Gráfico 1**Vista aérea del Hospital Víctor Larco Herrera****Análisis de accesibilidad física y funcional del Hospital**

La accesibilidad física hacia el Hospital Víctor Larco Herrera, localizado en la Av. El Ejercito 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.

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.

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, Lima Oeste y Lima Sur, son en general los principales beneficiarios de los Servicios Asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera

ESQUEMA DE ACCESIBILIDAD FISICA



Ambito influencia- Lugar de Procedencia



2.1.6.- Factores Socio-Económicos

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.

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.

Cabe resaltar que hasta la fecha el Hospital no se encuentra trabajando con el SIS. Se espera que el SIS cubra a los pacientes indigentes y de escasos recursos a partir del 2012.

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.

2.1.7.- Factores Culturales

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.



2.2 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SALUD

Gestión de los Servicios de Salud:

Es un Hospital Especializado categoría III - 1, que tiene como objetivo principal brindar una atención especializada en trastornos Psiquiátricos y de Salud Mental mediante programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, para lo cual el ofrece una serie de servicios, profesionales especializados y recursos físicos, con la finalidad de aliviar la salud de la población.

No hubo variación significativa de camas del Año 2012 al 2013, en el HVLH, se contó con 602 camas, de los cuales 228 fueron ofertadas y 374 permanecieron cautivas

2.2.1.- Servicios Hospitalarios Ofertados

Como institución especializada tenemos los siguientes servicios que brindamos a la comunidad en general:

Servicios por Hospitalización

En 02 Servicios de Hospitalización de agudos.
En 07 Servicios de Hospitalización de crónicos.
En 01 Servicio de Emergencia varones.
En 01 Servicio de Emergencia mujeres
En 01 Servicio de Adicciones.
En 01 Servicio de UCE (Unidad de Cuidados Especiales).
En 01 Servicio de UCE- geriátricos.
En 01 Servicio de Psiquiatría forense (INPE).

Servicio del Departamento Consultorios Externos Adultos

Consulta Externa de Psiquiatría (13 consultorios)
Consulta Externa de Psicología (04 consultorios)
Salud Mental Comunitaria

Servicio del Departamento Apoyo Medico Complementario

Consulta Externa - Neurología (01 consultorio)
Consulta Externa - Medicina General (01 consultorio)
Consulta Externa - Ginecología (01 consultorio)
Consulta Externa - Cirugía (01 consultorio)
Consulta Externa - Odontología (02 consultorios)
Servicio de Laboratorio clínico
Servicio de Rayos X
Servicio de Electroencefalograma.

Servicio del Departamento de Adicciones

Consulta Externa (01 consultorio)

Servicio del Departamento de Trabajo Social

Consulta Externa Niños Adolescentes (01 consultorio)
Consulta Externa Adultos y Salud Mental (01 consultorio)

Servicio del Departamento de Consultorios Externos Niños y Adolescentes.

Consulta Externa - Psiquiatría (04 consultorios)

Consulta Externa - Psicología (07 consultorios)
Consulta Externa - Terapia Ocupacional (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Lenguaje (02 consultorios)
Consulta Externa - Terapia Relajación (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Física (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Aprendizaje (01 consultorio)

Otros Servicios complementarios

Terapia ocupacional
Talleres Laborterapia

Descripción de los servicios finales e intermedios

Como institución especializada tenemos los siguientes servicios que brindamos a la comunidad en general de la atención y tratamiento a través del Departamento de Hospitalización.

Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia.

Departamento de Psiquiatría de Niños y el Adolescentes.

Departamento de Adicciones.

Departamento de Atención Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria.

Departamento de Emergencia.

Enfermería Especializada en Psiquiatría que brinda servicios en todas las áreas de trabajo hospitalario.

Servicio Social en Consulta Externa de Niños y Adolescentes, Adultos, Emergencia y Hospitalización.

Servicios de Psicología en Consultorios Externos de Niños y Adolescentes, Adultos y Hospitalización.

Servicios de Laboratorio, Rayos X, Electroencefalografía.

Servicios de Tecnólogos Médicos y Terapistas Ocupacionales en Hospitalización, Consulta Externa de Adultos y Niños y Adolescentes.

Servicios de Profesoras Especializadas en Audición, Lenguaje y Aprendizaje en Consultorios Externos de Niños y Adolescentes.

Servicios de Tecnología Médica: Terapia física en Consulta Externa de Niños y Adolescentes.

Número de Camas en Hospitales e Institutos especializados en Psiquiatría (2012) Tabla Nº 19	
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	602
INSTITUTO HONORIO DELGADO NOGUCHI	106
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	164
TOTAL CAMAS	872

Elaborado: OESA

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



2.2.2.- Producción Hospitalaria de Servicios.

RECURSOS MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.

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

DISPONIBILIDAD DE CAMAS

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

- *Pacientes Agudos (Pabellones N°1 y 20)*
- *Pacientes Farmacodependientes (Pabellón N° 18)*
- *Pacientes crónicos en Rehabilitación (Pabellones N° 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, Casa hogar)*
- *Pacientes de Cuidados Especiales (UCE)*
- *Pacientes de Psiquiatría Forense (INPE)*

DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS AÑO 2013 <i>Tabla N° 15</i>	
Total de camas presupuestadas	602
N° de camas rotativas (ofertadas)	228
N° de camas cautivas	374
Fuente: Oficina de Estadística e Informática Elaborado: OESA	

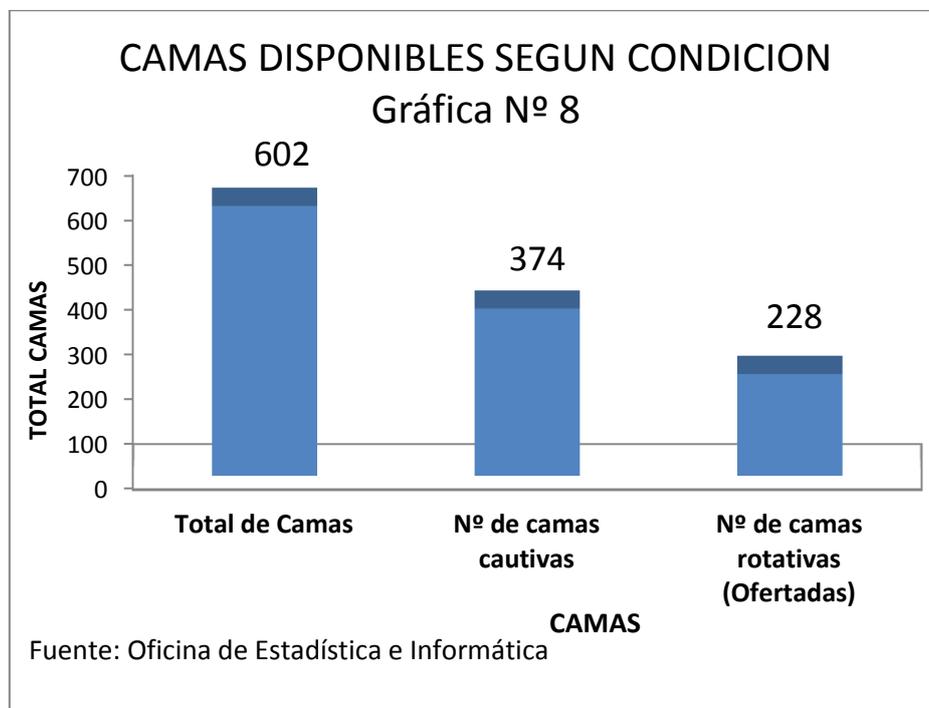
Del total de camas la distribución se establece según la capacidad para cada uno de los pabellones como se observa en la tabla adjunta:

Distribución de Camas año 2013 <i>Tabla N° 16</i>	
Pacientes de Corta Estancia:	
<i>Pabellón 01 (hombres) :</i>	<i>60 camas</i>
<i>Pabellón 20 (mujeres) :</i>	<i>60 camas</i>
<i>Pacientes con Adicciones:</i>	
<i>Pabellón 18 (hombres) :</i>	<i>60 camas</i>
Emergencia:	
<i>Pacientes hombres :</i>	<i>12 camas</i>
<i>Pacientes mujeres :</i>	<i>12 camas</i>
Pacientes Judiciales:	
<i>Pabellón INPE :</i>	<i>12 camas</i>
Pacientes con intercurrencias no psiquiátricas :	
<i>Pabellón UCE :</i>	<i>12 camas</i>
Sub total	228 camas
Pacientes de Larga Estancia :	
<i>Pabellón 04 (hombres)</i>	<i>80 camas</i>

Pabellón 05 (mujeres)	56 camas
Pabellón 08 (retardo mental)	39 camas
Pabellón 09 (hombres)	42 camas
Pabellones 12 (hombres)	23 camas
Pabellón 13 (mujeres)	31 camas
Pabellón 02 (psicogeriatría)	67 camas
Casa Hogar	06 camas
UCE Geriátrico	30 camas
Sub total	374 camas
Total	602 camas

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

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



2.2.4.- Encuesta de Satisfacción de Usuario

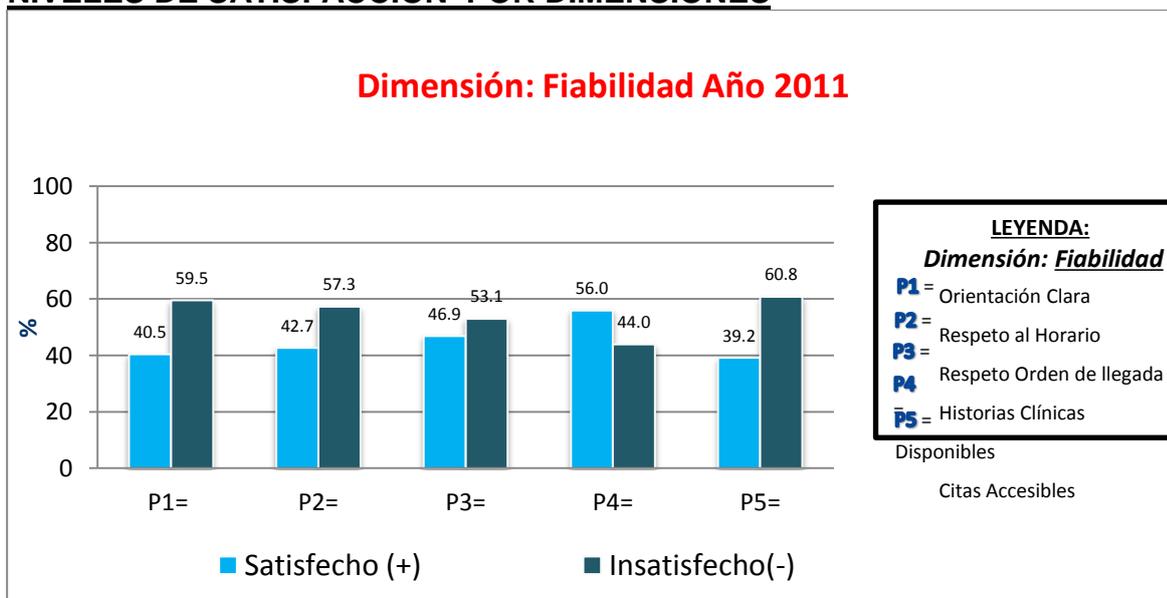
A. Satisfacción del usuario

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

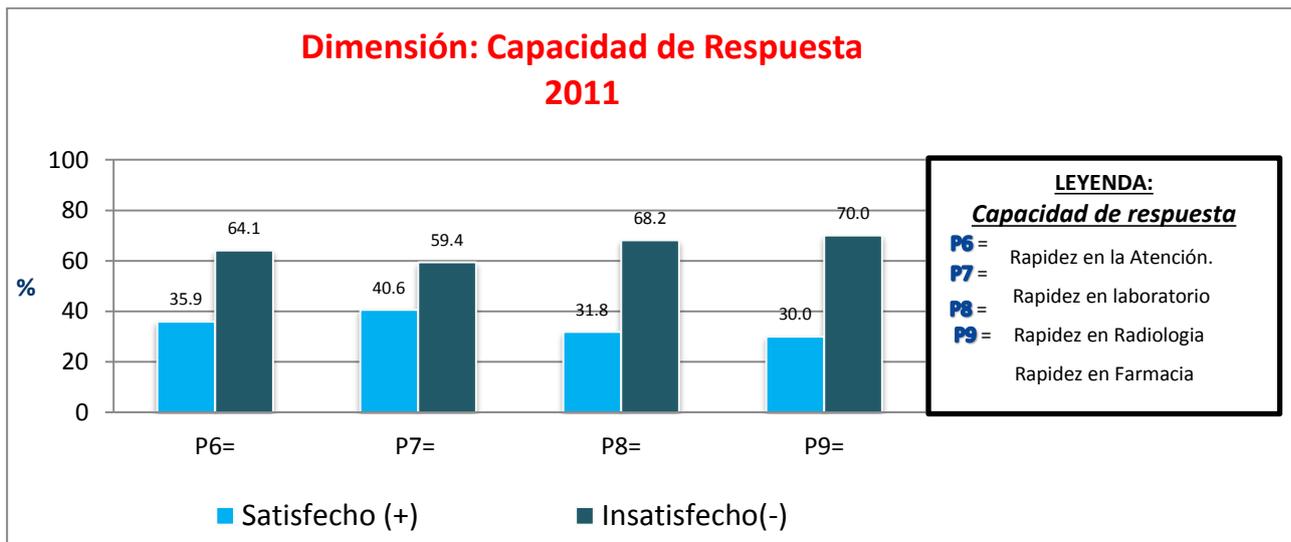
VARIABLES DE CONTROL		
	N = 309	
	Nº de encuestas	porcentaje
Condición del Encuestado		
Usuario	124	40
Acompañante	185	60
Sexo		
Masculino	97	31
Femenino	212	69
Nivel de Estudio		
Analfabeto	7	2,27
Primaria	26	8,41
Secundaria	134	43,37
Superior Tecnico	71	22,98
Superior Universitario	71	22,98
Tipo de seguro por el cual se atiende		
SIS	20	6,47
SOAT	0	0,00
Ninguno	235	76,05
Otro	54	17,48
Tipo de paciente		
Nuevo	5	2
Continuador	304	98

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

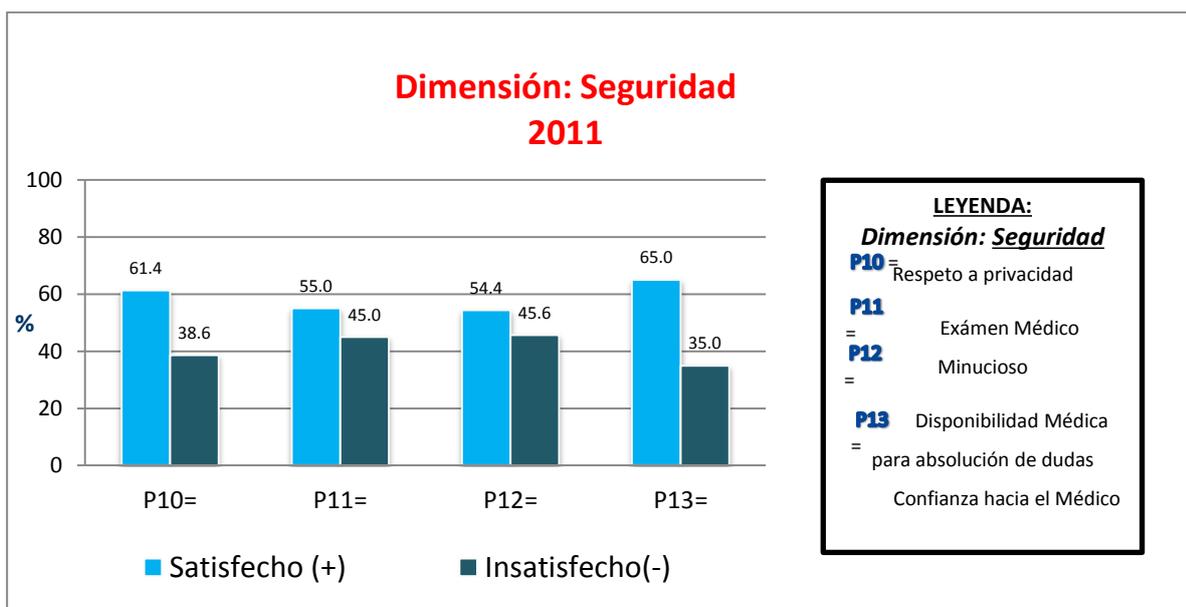
NIVELES DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES



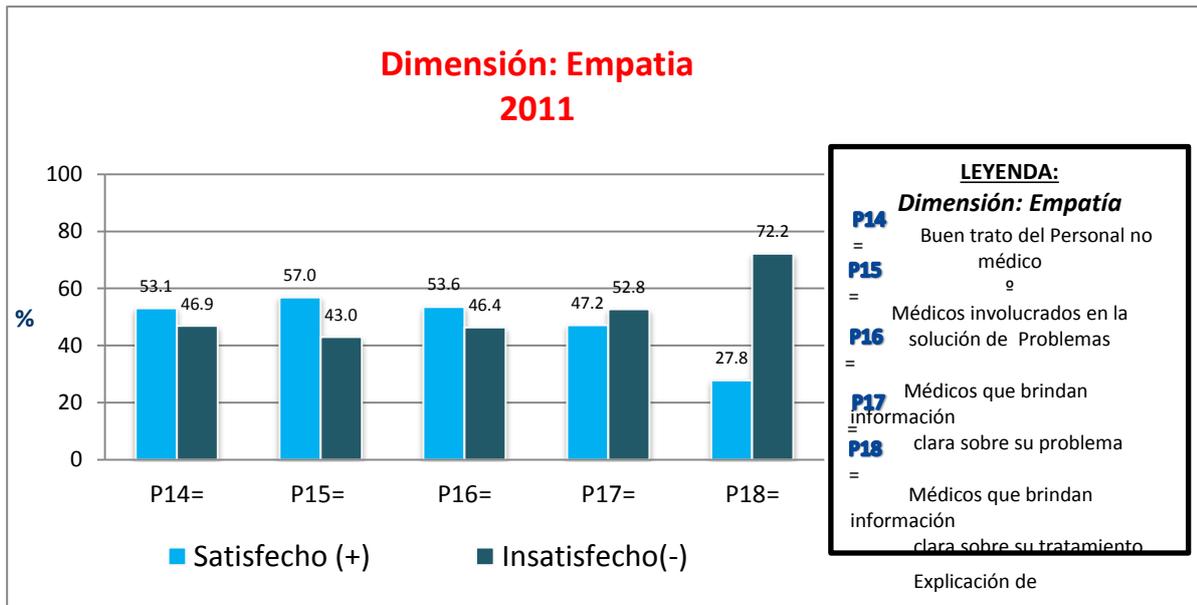
Como respecto a la dimensión fiabilidad el personal tiene una percepción de insatisfacción, siendo las categorías más relevantes la accesibilidad, orientación clara y el respecto a los horarios.



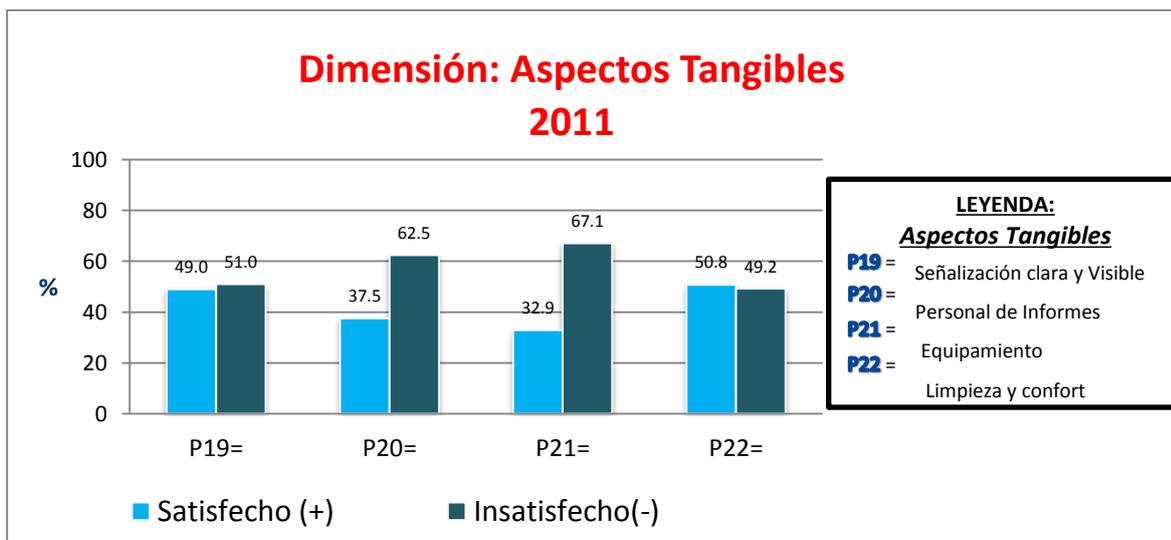
Con lo referente a la capacidad de respuesta, el 70% de los casos está insatisfecho con la rapidez de las atenciones en el servicio de farmacia, seguido de la respuesta en el servicio de radiología y la rapidez en las atenciones.



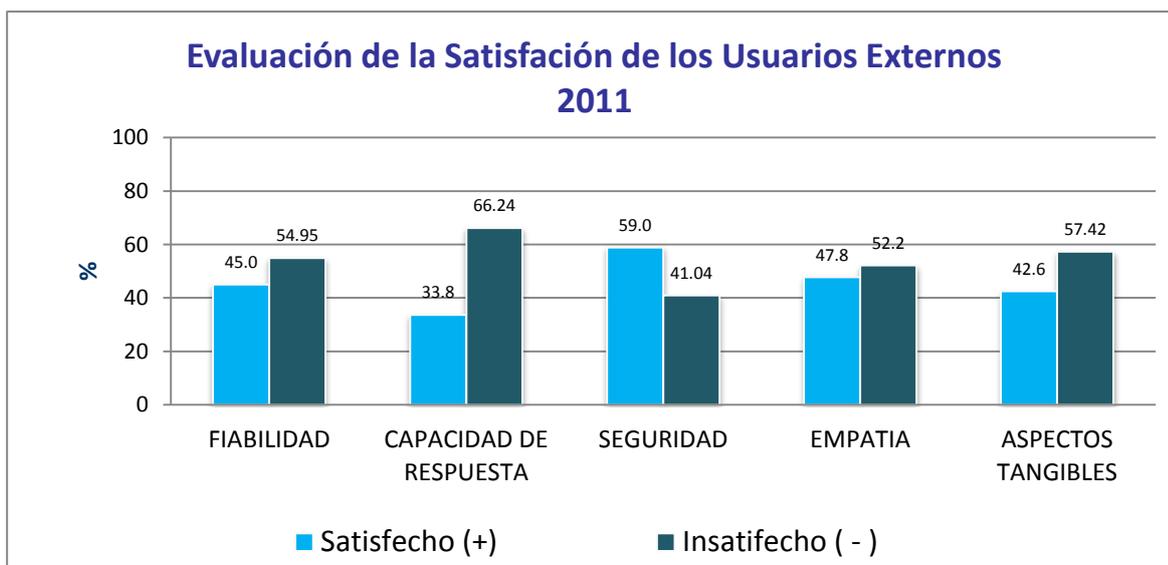
En cuanto a la percepción de la seguridad, en su mayoría de los entrevistados manifiestas estar satisfecho, siendo las características más relevantes la confianza hacia el cuerpo médico, seguido por la búsqueda de la privacidad y los exámenes médicos minuciosos.



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



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



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

Recursos en Salud

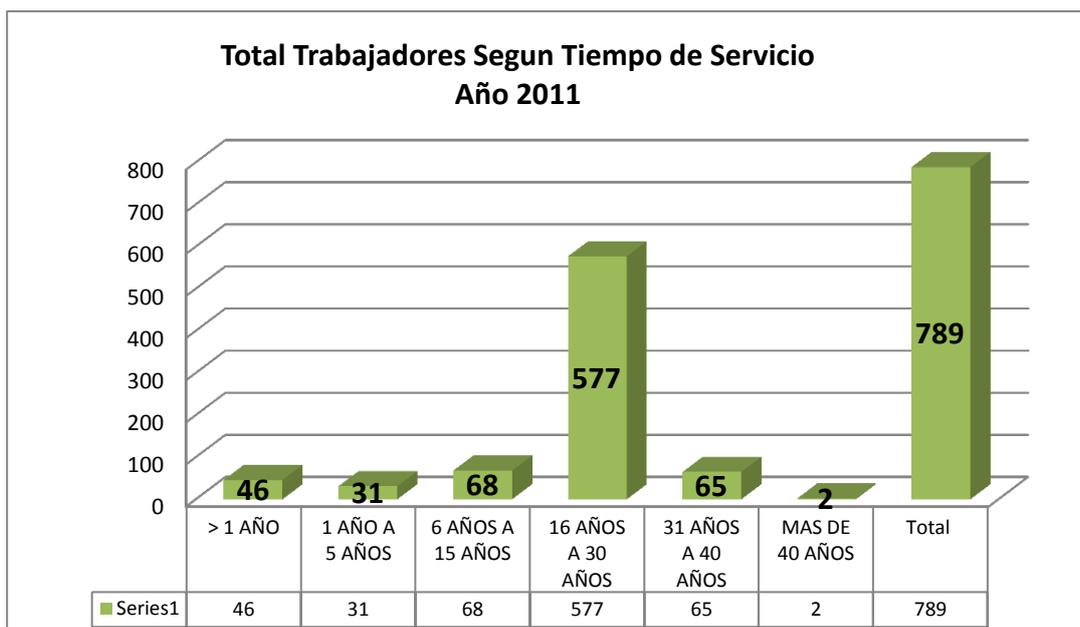
2.2.5.- Recursos Humanos

Análisis de recursos humanos

Para atender a la población que demanda nuestros servicios para la atención de Salud Mental y Psiquiátrica en el tercer nivel, cuenta con Médicos Psiquiatras especializados, de otras especialidades como Dermatología, Medicina Interna, Neurología, Ginecología Patología clínica, Enfermería en Psiquiatría, Psicólogos, Asistentes Sociales, Tecnólogos Médicos en Laboratorio clínico, Radiología, Terapia ocupacional, Terapia física y rehabilitación y Terapistas especializados, además de:

RESUMEN PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO A PLAZO FIJO PERIODO 2012	
RESUMEN GENERAL	
BLOQUEADAS POR DESIGNACION	13
SUSPENDIDA	1
VACANTES	23
DESIGNACIONES	14
DESTACADOS DEL HOSPITAL	19
MEDICOS	46
MEDICOS CONTRATADOS	3
ENFERMERAS	98
PSICOLOGOS	28

ASISTENTE SOCIAL	26
CIRUJANO DENTISTA	3
QUIMICO FARMACEUTICO	3
NUTRICIONISTA	3
TECNOLOGO MEDICO	9
SERVIDORES PROFESIONALES	38
TECNICOS	368
AUXILIARES	118
TOTAL GENERAL	813



En su mayoría el personal nombrado y contratado, tienen en su mayoría entre 16 a 30 años de permanencia, seguido entre 6 a 15 años de permanecía.



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

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

RESUMEN DE PERSONAL CAS Año 2012	
RESUMEN GENERAL	
TOTAL PROFESIONALES	34
PROF. ADMINISTRATIVOS	10
PROF. ASISTENCIALES	0
OTROS PROF. DE LA SALUD	1
PROF. SALUD MEDICO	23
TECNICOS	77
TEC. ADMINISTRATIVOS	35
TEC. ASISTENCIALES	42
AUXILIARES	52
AUX. ADMINISTRATIVOS	2
AUX. ASISTENCIALES	50
TOTAL PEA CONTRATADOS	163

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

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

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

2.2.6 Análisis de ingresos y gastos presupuestales.

Análisis de costos.

Desde Octubre 2010 se empezó las labores de implementación del Área de Costos en el Hospital Víctor Larco Herrera, la cual pertenece a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Operativo el cual es el Órgano encargado del de los procesos presupuestario, costos, diseños y rediseños organizacionales y sistemas de inversiones, a fin de cumplir con los objetivos estratégicos y funcionales del Hospital.

Área de Costos es una unidad en nuestra organización, perteneciente a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través de la cual todas las actividades son identificadas y costeadas para futuras definiciones de tarifas, análisis de recuperación de costos, análisis de tercerización de servicios, venta de servicios, inversiones nuevas, permitiendo la identificación de Producción, indicadores, consumo de recursos, costos para la evaluación diferenciada de eficiencia.

CARACTERÍSTICAS

- Constituye centro de control e imputación de gastos.
- Es un centro de responsabilidad.
- Se convierte en área contable.
- Es administrable, da origen a políticas, planes y programas; en general, se gerencia independientemente de otros centros de costos.
- Tienen una unidad común, que permite su control y posterior imputación para medir la actividad desarrollada por los distintos centros de costos.
- Produce bienes o servicios diferenciales y diferentes a los de otros centros de costos.
- Tiene la posibilidad clara de registrar el bien o servicio que lo constituye.

IMPORTANCIA

- Es la base para instalar un sistema integral de información.
- Es el medio para conocer costos de las especialidades, de patologías, procedimientos, consumos de medicamentos, descartables, etc.
- Permite aprovechar adecuadamente los recursos, disminuyendo o eliminando costos ocultos, innecesarios.
- Permite determinar aranceles en relación al costo real.
- Constituye base de datos para elaborar presupuesto.
- Base para toma decisiones. Continuar o discontinuar actividad.
- Base para obtener mejoras en cantidad y calidad de servicios en los entes sin fines de lucro (rentabilidad).
- Base para fundamentar reclamos de mayor presupuesto.
- Base para respaldar las acciones ejecutadas.

MEDIANTE INFORMES PARA LA TOMA DE DECISIONES NOS PERMITE:

- Gestión de costos. Tercer izar.
- Eliminar, Reasignar actividades
- Reestructurar capacidad ociosa
- Trabajar con aranceles adecuados a costos reales.
- Identificar procedimientos con costos superiores a aranceles de mercado

- Conocer si el nivel de actividad desarrollada es rentable independientemente de la capacidad ociosa.
- Determinar nivel de ventas en punto de equilibrio.
- Resultados p/ medicamentos ambulatorios y hospitalarios, por programas especiales.

PRIMERAS ETAPAS Y FASES QUE SE VIENEN TRABAJANDO:

(Figura N° 01)

I. Etapa.-

- a. Identificación de los Centros de Costos.
- b. Catálogo de Servicio.

II. Etapa.-

- c. Proceso de Costeo.
- d. Tarifario Institucional.

METODOLOGÍA:

I. Etapa.-

1. Conocimiento preliminar estructura orgánica del Hospital Víctor Larco Herrera.
2. Estudio, análisis y evaluación de los documentos de gestión del Hospital Víctor Larco Herrera.
3. Identificación de los Centros de Costos – Unidades Productoras de Servicios (UPS).
4. Difusión y asesoramiento en el manejo del Catálogo-MINSA (revisión y evaluación), aprobado con R.M.N° 689-2006 del 25 de Julio, referente a los términos y definiciones, taxonomía y formulación de los servicios.
5. Reuniones técnicas y asesoramiento permanente a los Jefes de Departamento y

Especialistas en el intercambio de información según tipo de servicio y/o área temática o unidad orgánica.

6. Revisión y procesamiento de la información, análisis y observaciones.
7. Elaboración de la versión preliminar del Catálogo de Servicios del HVLH-2011.
8. Validación del Catálogo de Servicios del HVLH-2011 por los Jefes de Departamentos y Oficinas de la UPS.
9. Informe final, el cual especifica las actividades realizadas y el listado de los Procedimientos y/o Servicios que oferta el Hospital
10. Administración del Catálogo, Gestión para la aprobación y difusión del "Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011" aprobado con Resolución Directoral N° 023-DG-HVLH-2011.

II. Etapa.-

1. Esquema base para la elaboración de estudios.
2. Diagrama para la realización de estudios.
3. Solicitud de esquema de trabajo a los responsables de las áreas del HVLH.
4. Reuniones Técnica con los Directivos y Jefes de las UPS "Unidades Prestadoras de Servicios".

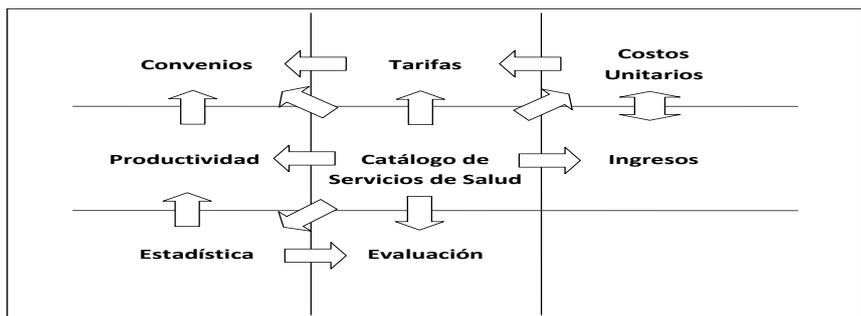


5. Asesoramiento permanente, a los Directivos y Jefes de las UPS, en los formatos a utilizar para el levantamiento de información en el Estudio de Costeo-Procedimientos y/o Servicios del "Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011".
6. Visita a las UPS y Reuniones técnicas individuales de revisión, coordinación, recopilación de información para el Estudio de Costeo con los Jefes de Departamento y Especialistas.
7. Conocimiento preliminar estructura costos.
8. Análisis de los procesos.
9. Identificación y Análisis de las actividades.
10. Agrupamiento de las actividades.
11. Determinación de los inductores de recursos.
12. Determinación de los objetos de costos.
13. Determinación de los inductores de las actividades.
14. **Revisión y procesamiento de la información, análisis y observaciones.**
15. Elaboración de la Estructura de Costos de los Procedimientos Médicos del Hospital Víctor Larco Herrera, siendo los siguientes componentes indispensables para la terminación del producto:
 - Componentes del Costo Directo:
 - Recurso Humano
 - Insumos
 - Servicios Básicos
 - Equipamiento Básico
 - Infraestructura
 - Componentes del Costo Indirecto:
 - Servicios Administrativos
 - Servicios Generales.
16. Elaboración de la versión preliminar del Estudio de Costeo-Procedimientos y/o Servicios del "Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011".
17. Revisión, análisis y observaciones.
18. Informe final.
19. Administración del Catálogo.

PRODUCTOS:

- ❖ Como producto de la I Etapa fue aprobado Con Resolución Directoral N° 023-DG-HVLH-2011 el "**Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011**", el cual consta con un total de **382 Procedimientos y/o Servicios**, lo cual significa que el Hospital ofertará dichos Procedimientos y/o Servicios mediante las Unidades Prestadoras de Servicios de forma estandarizada, destacando su utilidad en la generación e intercambio de información de la producción en el desarrollo de los procesos económicos – financieros, en la ejecución de procesos de control y evaluación de los sistemas y servicios de salud.

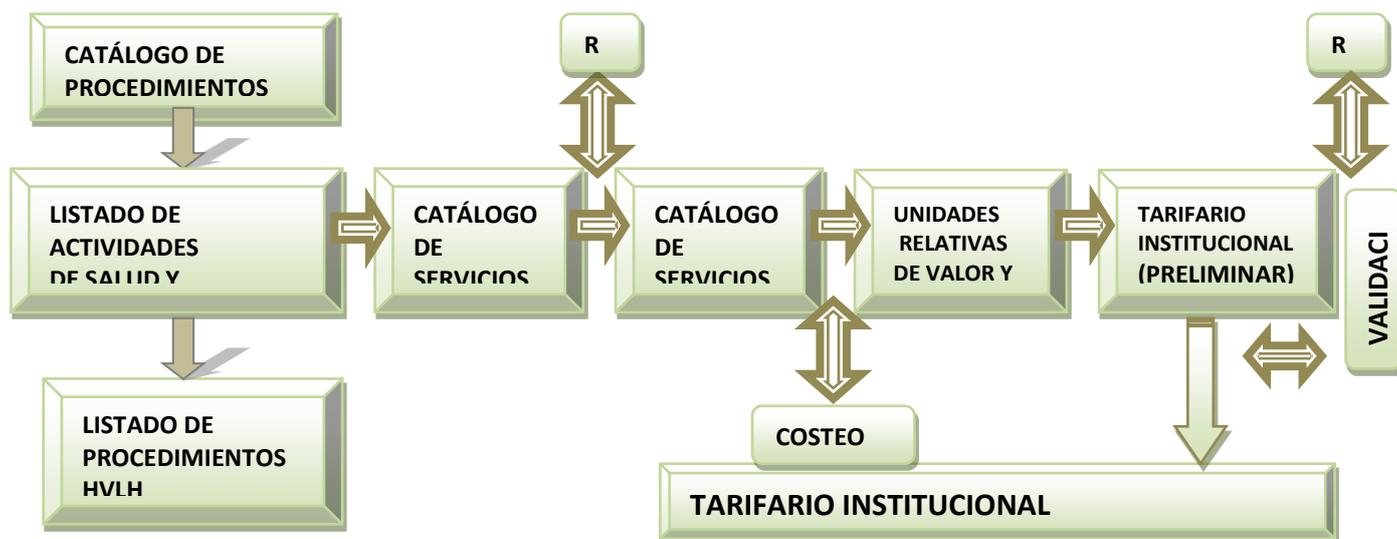
APLICACIONES DEL CATÁLOGO:



La utilidad de este instrumento en la generación e intercambio de información de la producción nos hace responsables de su revisión y actualización de manera permanente lo cual garantiza su correcto uso y utilidad en los procesos gerenciales, clínicos, de docencia e investigación que se desarrollan en el hospital, permitiéndonos lograr mejores resultados sanitarios en la población beneficiaria con criterios de calidad y eficiencia.

Concretar este objetivo obliga a desarrollar un conjunto de metodologías y herramientas las cuales estarán destinadas al abordaje de la información de la producción de servicios que permita con claridad y facilidad interrelacionar al ente financiador con el aparato prestador.

DIAGRAMA DEL PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO Y TARIFARIO



METODOLOGÍA QUE SE VIENE IMPLEMENTANDO EN DICHA ÁREA CONSTA:

1. Conocimiento preliminar estructura costos.
2. Análisis de los procesos.
3. Análisis de las actividades.
4. Agrupamiento de las actividades.
5. Determinación de los inductores de recursos.
6. Determinación de los objetos de costos.
7. Determinación de los inductores de las actividades.

FASES:

1. Identificación de los Centros de Costos.
2. Catálogo de Servicio.
3. Proceso de Costeo.
4. Determinación de las Unidades Relativas de Valor.
5. Tarifario Institucional.
6. Otras Aplicaciones: Ingresos, Convenios, Productividad, Estadística, Evaluaciones.

PRODUCTOS ENTREGADOS:

Catálogo de Servicio.-

Constituye una herramienta básica para la estandarización, alineamiento e intercambio de información de la producción de servicios de salud y es la base para la determinación de las Unidades Relativas de Valor en el Marco de la Política Tarifaria, con la finalidad de fortalecer el intercambio de servicios y la mejora de atención de salud en el país.

Para la elaboración de este Catálogo se tomo como referente principal el Catálogo de Servicios Médicos y Entomológicos del Ministerio de Salud y de las Unidades Relativas de Valor (URV) Aprobado con Resolución Ministerial N° 689-2006/MINSA, del 25 de Julio.

Como resultado de dicho productos tenemos que el Hospital Víctor Larco Herrera contara con un **Total de 382 Procedimientos y/o Servicios**, lo cual significa que el Hospital Ofertará dichos Procedimientos y/o Servicios mediante sus Unidades Prestadoras de Servicios de forma estandarizada, destacando su Utilidad en la generación e intercambio de información de la producción en el desarrollo de los procesos económicos – financieros, en la ejecución de procesos de control y evaluación de los sistemas y servicios de salud.

En el marco de mejora continua, el Hospital ha desarrollado diversas estrategias que permitan optimizar las competencias y el desarrollo del potencial humano en las unidades orgánicas administrativas y asistenciales.

Para la atención de Salud Mental y Psiquiátrica en el tercer nivel, el recurso humano está compuesto por Médicos Psiquiatras especializados, Médicos de otras especialidades, Enfermería de Psiquiatría, Psicólogos, Asistentes Sociales y Terapeutas especializados.

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 con un crecimiento esperado para el año 2012 del 10% sobre las atenciones programadas para el año 2011.



2.2.7.- Recursos Financieros.**ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO ASIGNADO.-**De los Ingresos:

El Ministerio de Salud asignó al Hospital Víctor Larco Herrera un Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de S/. **44'053,248.00** (Cuarenta y cuatro millones cincuenta y tres mil doscientos cuarenta y ocho con 00/100 nuevos soles), y un Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de S/. **50'009,669.00** (Cincuenta millones nueve mil seiscientos sesenta y nueve con 00/100 nuevos soles) distribuido en las fuentes de financiamiento Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y Donaciones y Transferencias según el siguiente detalle:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA	PIM
RECURSOS ORDINARIOS	40,993,248.00	43,786,519.00
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	3,060,000.00	4,605,311.00
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0.00	1,617,839.00
TOTAL	44,053,248.00	50,009,669.00

Presupuesto Asignado y Ejecutado de los Años 2007 – 2011 Por Fuente Financiamiento**PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007-2011 - POR FUENTE****HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

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

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

En la Fuente Recursos Directamente Recaudados, se observa que la tendencia del presupuesto Asignado (Presupuesto Institucional de Apertura – PIA), tiene tendencia al alza, aunque la recaudación de la institución se mantiene estable. Asimismo, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) tiene tendencia a disminuir año a año, debido a la estabilidad de la recaudación anual. En cuanto al avance de ejecución, en RDR siempre es bajo ya que no se cuenta con liquidez de efectivo en los ingresos mensuales. Se observa que es necesario modificar el PIA de RDR para alcanzar el porcentaje superior al 95% de ejecución.

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007-2011 - TODA FUENTE

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

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

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



PRESUPUESTO vs EJECUCION A SETIEMBRE 2014

EJECUCIÓN DE GASTOS AL 30 DE SETIEMBRE DE 2014 (EN NUEVOS SOLES)									
SECTOR : 11 SALUD									
PLIEGO : 011 MINISTERIO DE SALUD									
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)									
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 1 RECURSOS ORDINARIOS									
CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL CERTIFICADO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL DEVENGADOS	SALDO COMPROMISOS	SALDO DEVENGADOS	% EJECUCIÓN COMPROMISOS	% EJECUCIÓN DEVENGADOS
5. GASTOS CORRIENTES	40,993,248.00	52,302,493.00	44,798,482.95	43,688,225.95	43,216,134.62	8,614,267.05	9,086,358.38	83.53	82.63
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	27,004,047.00	36,663,236.00	30,888,720.45	30,778,635.44	30,777,912.19	5,884,600.56	5,885,323.81	83.95	83.95
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,241,007.00	6,239,400.00	5,354,393.86	5,352,361.12	5,352,361.12	887,038.88	887,038.88	85.78	85.78
2.3 Bienes y Servicios	9,748,194.00	8,840,111.00	7,996,677.13	6,998,537.88	6,527,169.80	1,841,573.12	2,312,941.20	79.17	73.84
2.5 Otros Gastos	0.00	559,746.00	558,691.51	558,691.51	558,691.51	1,054.49	1,054.49	99.81	99.81
6. GASTOS DE CAPITAL	0.00	74,349.00	68,578.80	68,353.80	68,353.80	5,995.20	5,995.20	91.94	91.94
2.6 Adquisición de Activos No Financ	0.00	74,349.00	68,578.80	68,353.80	68,353.80	5,995.20	5,995.20	91.94	91.94
TOTAL:	40,993,248.00	52,376,842.00	44,867,061.75	43,756,579.75	43,284,488.42	8,620,262.25	9,092,353.58	83.54	82.64

EJECUCIÓN DE GASTOS AL 30 DE SETIEMBRE DE 2014 (EN NUEVOS SOLES)									
SECTOR : 11 SALUD									
PLIEGO : 011 MINISTERIO DE SALUD									
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)									
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 2 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS									
CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL CERTIFICADO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL DEVENGADOS	SALDO COMPROMISOS	SALDO DEVENGADOS	% EJECUCIÓN COMPROMISOS	% EJECUCIÓN DEVENGADOS
5. GASTOS CORRIENTES	3,045,000.00	4,474,761.00	1,977,029.60	1,952,771.64	1,537,782.40	2,521,989.36	2,936,978.60	43.64	34.37
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.3 Bienes y Servicios	2,910,000.00	4,339,761.00	1,963,188.13	1,940,748.98	1,525,759.74	2,399,012.02	2,814,001.26	44.72	35.16
2.5 Otros Gastos	135,000.00	135,000.00	13,841.47	12,022.66	12,022.66	122,977.34	122,977.34	8.91	8.91
6. GASTOS DE CAPITAL	15,000.00	130,550.00	85,672.10	83,172.10	54,157.50	47,377.90	76,392.50	63.71	41.48
2.6 Adquisición de Activos No Financ	15,000.00	130,550.00	85,672.10	83,172.10	54,157.50	47,377.90	76,392.50	63.71	41.48
TOTAL:	3,060,000.00	4,605,311.00	2,062,701.70	2,035,943.74	1,591,939.90	2,569,367.26	3,013,371.10	44.21	34.57

Fuente: SIAF-MPP

EJECUCIÓN DE GASTOS AL 30 DE SETIEMBRE DE 2014 (EN NUEVOS SOLES)									
SECTOR : 11 SALUD									
PLIEGO : 011 MINISTERIO DE SALUD									
UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)									
FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS									
CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL CERTIFICADO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL DEVENGADOS	SALDO COMPROMISOS	SALDO DEVENGADOS	% EJECUCIÓN COMPROMISOS	% EJECUCIÓN DEVENGADOS
5. GASTOS CORRIENTES	0.00	1,849,756.00	563,021.59	426,469.59	299,245.06	1,423,286.41	1,550,510.94	23.06	16.18
2.3 Bienes y Servicios	0.00	1,849,756.00	563,021.59	426,469.59	299,245.06	1,423,286.41	1,550,510.94	23.06	16.18
6. GASTOS DE CAPITAL	0.00	41,211.00	32,492.18	32,492.18	30,704.18	8,718.82	10,506.82	78.84	74.50
2.6 Adquisición de Activos No Financ	0.00	41,211.00	32,492.18	32,492.18	30,704.18	8,718.82	10,506.82	78.84	74.50
TOTAL:	0.00	1,890,967.00	595,513.77	458,961.77	329,949.24	1,432,005.23	1,561,017.76	24.27	17.45

Fuente: SIAF-MPP



En el Presupuesto (PIM) acumulado a toda fuente, se observa un grado de cumplimiento de 77 % a nivel devengado, concluyendo que la institución tiene cada vez mejor capacidad de gasto. Respecto a la reformulación se han excluido e incluido u modificado algunas actividades operativas lo cual no perjudica ni varía el presupuesto anual asignado por el MEF.

Tampoco repercute de forma negativa en el cumplimiento de las actividades operativas y metas financieras.

EJECUCIÓN DE GASTOS AL 30 DE SETIEMBRE DE 2014 (EN NUEVOS SOLES)									
SECTOR		: 11 SALUD							
PLIEGO		: 011 MINISTERIO DE SALUD							
UNIDAD EJECUTORA		: 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)							
FUENTE DE FINANCIAMIENTO		: ACUMULADO POR TODA FUENTE							
CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL CERTIFICADO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL DEVENGADOS	SALDO COMPROMISOS	SALDO DEVENGADOS	% EJECUCIÓN COMPROMISO S	% EJECUCIÓN DEVENGADOS
5. GASTOS CORRIENTES	44,038,248.00	58,627,010.00	47,338,534.14	46,067,467.18	45,053,162.08	12,559,542.82	13,573,847.92	78.58	76.85
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	27,004,047.00	36,663,236.00	30,888,720.45	30,778,635.44	30,777,912.19	5,884,600.56	5,885,323.81	83.95	83.95
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,241,007.00	6,239,400.00	5,354,393.86	5,352,361.12	5,352,361.12	887,038.88	887,038.88	85.78	85.78
2.3 Bienes y Servicios	12,658,194.00	15,029,628.00	10,522,886.85	9,365,756.45	8,352,174.60	5,663,871.55	6,677,453.40	62.32	55.57
2.5 Otros Gastos	135,000.00	694,746.00	572,532.98	570,714.17	570,714.17	124,031.83	124,031.83	82.15	82.15
6. GASTOS DE CAPITAL	15,000.00	246,110.00	186,743.08	184,018.08	153,215.48	62,091.92	92,894.52	74.77	62.25
2.6 Adquisición de Activos No Financiados	15,000.00	246,110.00	186,743.08	184,018.08	153,215.48	62,091.92	92,894.52	74.77	62.25
TOTAL:	44,053,248.00	58,873,120.00	47,525,277.22	46,251,485.26	45,206,377.56	12,621,634.74	13,666,742.44	78.56	76.79

Fuente: SIAF-MPP

Análisis de la Recaudación

Al primer semestre del presente ejercicio se logró recaudar S/. 2'584,214.01 nuevos soles, en los conceptos que se muestran en el siguiente cuadro.

El Saldo de Balance del Ejercicio 2013, en Recursos Directamente Recaudados fue S/. 1'545,311 Nuevos Soles los mismos que fueron incorporados al Presupuesto 2014 del Hospital Víctor Larco Herrera.



RECAUDACION AL PRIMER SEMESTRE 2014 HVLH

ESPECIFICA DE INGRESO	CONCEPTO	PIM	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1 3 1 6 1 2	MEDICINAS	1,530,000.00	72,200.25	74,202.41	81,657.00	60,458.70	81,471.48	101,421.94	471,411.78
1 3 1 9 1 2	VENTA DE BASES PARA LICITACION PUBLICA	4,080.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	70.00	80.00
1 3 2 4 1 4	CERTIFICADOS	61,200.00	3,985.27	4,020.78	4,030.28	5,424.12	11,825.22	7,959.86	37,245.53
1 3 2 4 1 6	CARNETS Y/O TARJETAS DE ATENCION	20,400.00	370.00	35.00	455.00	815.00	20.00	130.00	1,825.00
1 3 2 4 1 99	OTROS DERECHOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD	20,400.00	1,456.47	1,485.02	1,483.58	1,162.72	1,105.54	1,388.57	8,081.90
1 3 3 4 1 1	ATENCION MEDICA	6,120.00	670.00	340.00	490.00	560.00	340.00	620.00	3,020.00
1 3 3 4 1 2	ATENCION DENTAL	4,080.00	198.00	112.00	361.00	144.00	200.50	125.00	1,140.50
1 3 3 4 1 3	EXAMEN PSICOLOGICO Y/O PSIQUIATRA	817,180.00	52,749.50	52,022.00	58,254.00	57,822.00	61,513.00	61,047.00	343,407.50
1 3 3 4 1 4	SERVICIO DE EMERGENCIA	152,000.00	3,290.00	3,020.00	3,377.00	2,870.00	2,955.00	3,105.00	18,617.00
1 3 3 4 1 6	HOSPITALIZACION	306,000.00	11,187.00	4,597.00	6,095.00	5,309.00	5,724.00	10,271.00	43,183.00
1 3 3 4 2 1	EXAMENES DE LABORATORIO	88,230.00	2,088.00	2,235.50	2,574.50	4,120.00	3,045.50	3,120.00	17,183.50
1 3 3 4 2 3	ELECTROCARDIOGRAMA	1,020.00	0.00	120.00	20.00	30.00	60.00	30.00	260.00
1 3 3 4 2 4	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	7,140.00	75.00	201.00	130.00	207.00	105.00	270.50	988.50
1 3 3 4 3 99	OTROS SERVICIOS DE SALUD	26,850.00	15.00	60.00	0.00	446.36	210.00	65.00	796.36
1 3 3 5 3 99	OTROS ALQUILERES	15,300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	0.00	300.00	1,500.00
1 3 3 9 1 3	SERVICIOS DE ADMINISTRACION	0.00	863.59	603.39	672.59	179.52	1,001.25	1,339.11	4,659.45
1 5 1 1 1 1	INTERESES POR DEPOSITOS DISTINTOS DE RECURSOS POR P	0.00	347.17	0.00	739.06	140.78	27.14	0.00	1,254.15
1 5 2 2 1 99	OTRAS SANCIONES	0.00	10,331.16	14,937.41	8,945.81	11,551.86	120.00	4,141.14	50,027.38
1 5 5 1 4 99	OTROS INGRESOS DIVERSOS	0.00	11,190.00	710.00	63.20	412.20	7.20	4,003.70	16,386.30
1 9 1 1 1 1	SALDOS DE BALANCE	1,545,311.00	1,545,310.92	0.00	17,825.24	10.00	0.00	0.00	1,563,146.16
									2,584,214.01

2.2.8.- Infraestructura.

El 1º de Enero de 1918 se inauguró el Asilo Colonia de la Magdalena, denominado desde 1930, Hospital "Víctor Larco Herrera" en nombre del distinguido filántropo que dió su aporte económico y su dedicación personal para su construcción y funcionamiento.

El Hospital recibió, en su inauguración, a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia (Manicomio del Cercado) que albergaba, desde 1859, a los enfermos mentales, luego de que fueran trasladados de los antiguos servicios custodiales ("Loquerías") que existieron en siglos pasados como anexos de los Hospitales Generales de San Andrés (varones) y Santa Ana (mujeres).

El primer Director del Hospital fue el Dr. Hermilio Valdizán, a quien luego de su muerte prematura en 1929, sucedió en el cargo el Dr. Baltasar Caravedo Prado y luego el Dr. Juan Francisco Valega. Durante casi medio siglo el Hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública, hasta que en el año 1966 paso a depender del Ministerio de Salud en el que se encuentra hasta hoy.

El Hospital "Víctor Larco Herrera" ostentó el prestigio de ser el Primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los más modernos tratamientos de la época. Fue el único Centro Asistencial de la especialidad para atención de pacientes en todo el país hasta 1961, en que se inauguro el Hospital "Hermilio Valdizán". Desde su fundación el Hospital "Víctor Larco Herrera" ha cumplido una importante labor docente, iniciada con la obra de Hermilio Valdizán en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y continuada luego, con singular suceso, por Honorio Delgado.



El Hospital Víctor Larco Herrera cuenta con un área de 211,721.74 metros cuadrados, de los cuales 52,447.52 m² se encuentra construido. Cuenta con nueve pabellones de hospitalización, tres de los cuales son de material noble de dos pisos y seis son de quincha y adobe de un piso además cuenta con 16 ambientes para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas.

La infraestructura se caracteriza en su mayor parte por ser de un estilo colonial, con techos altos de aproximadamente cinco metros y paredes de 40 cm. de espesor.

El Hospital Víctor Larco Herrera está ubicado en una zona de consolidación urbana tiene la categoría III – 1 Especializado en Psiquiatría. Cuenta con servicios básicos de redes de agua potable y alcantarillado, energía eléctrica y comunicaciones a todo nivel (radio, Internet, telefonía móvil y fija).

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

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 formulen como consecuencia de las prioridades establecidas en el Plan Maestro de Inversiones del Hospital.

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 m²),

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

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.⁵

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.

Análisis de la Zonificación actual

Se trata de un establecimiento con 93 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.

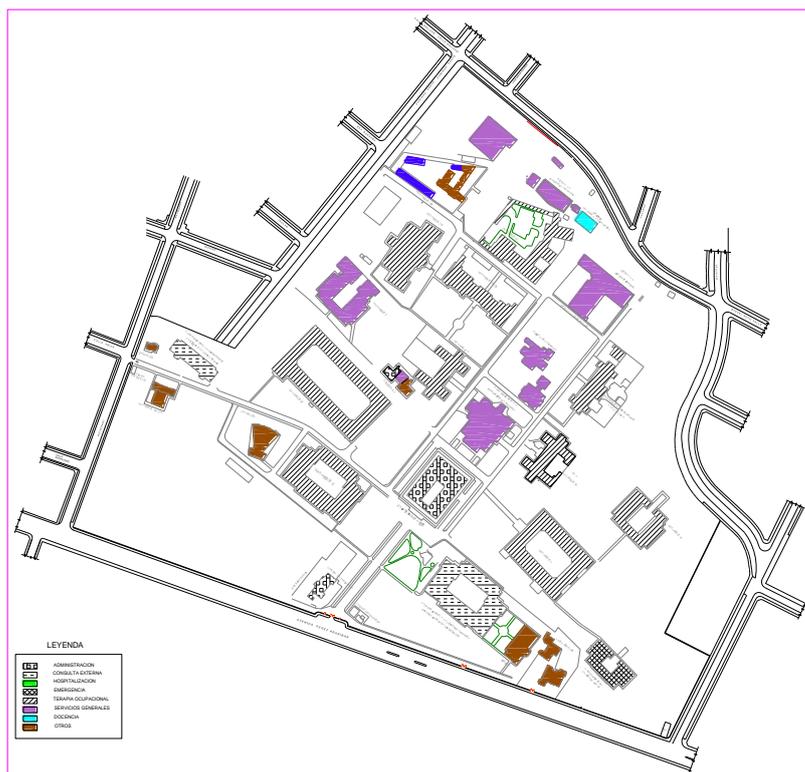
Los pabellones se localizan a ambos lados de un eje principal en dirección Este Oeste, que nace en el ingreso principal (Av. Pérez Araníbar); y que remata en el pabellón administrativo, donde se bifurca en dos ejes laterales paralelos.

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 muestra la zonificación actual.



Flujos de Circulación

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.

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.)

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:

Estado de Conservación y Sistema Constructivo

Pabellón	Servicio	Estado de conservación	Materiales de Construcción			N° pisos
			Muro	Techo	Piso	
1	Consulta Externa	Regular	adobe	madera	loseta (cerámico en corredores)	1
	Laboratorios	Bueno			Cerámico	
	Rayos X Espera exterior	Malo Bueno	drywall	calamina	loseta cerámico	
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)	Regular/ Malo Bueno	adobe ladrillo	madera madera	loseta cerámico	1
	Hospitalización INPE	Regular	adobe	madera	loseta	
6	Depósitos	Malo	adobe	madera	loseta	2 (crujía central)
7	Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	Regular	Adobe/quincha	madera	loseta	1
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	Bueno/Regular	Ladrillo Tabiques divisorios de madera ladrillo	Aligerado	cerámico/ loseta	1
	Admisión/Caja		calamina	cerámico		
12-13	Hospitalización H y M Comedor	Regular	Adobe drywall	madera 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	calaminòn	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	Regular/Malo	adobe/quincha	Madera (2º piso)	Loseta/ cerámico	2
	(Trámite doc.)			madera	madera	1
	Choferes Farmacia	Regular	ladrillo madera	calamina	cemento cemento	1
24	Cafetería	Regular	ladrillo	aligerado	loseta	1
25	Administración	Regular	adobe	madera	loseta	1

						(altos)
26	Velatorio	Regular				1
27-28	Cocina/ Nutrición	Bueno	adobe	madera/ yeso	cerámico	1
29	Biblioteca Epidemiología Imprenta (2ª piso desocupado)	Regular	adobe/qui ncha	madera	madera/ vinílico	2
30	Costura/ CAFAE	Malo	adobe	madera	loseta	1
31	Almacenes (2º piso desocupado)	Regular	adobe/qui ncha	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

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.

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 m².

Análisis de Vulnerabilidad y Riesgos del Hospital Víctor Larco Herrera

Vulnerabilidad por Localización

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

Vulnerabilidad Funcional

Este análisis, se realiza sobre los aspectos operativos de los Servicios asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera, 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.

Vulnerabilidad por Accesibilidad

El acceso mayoritario de público al Hospital Víctor Larco Herrera se realiza por la Av. Pérez Aranibar; 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.



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 resquebrajamiento o fisuras externas que pudieran afirmar lo contrario.

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.

2.3 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

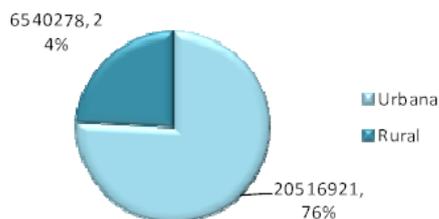
2.3.1.- Agua y Saneamiento.

Los Censos Nacionales 2007 nos puede brindar la realidad acerca del abastecimiento de agua en el Perú. De una población de más de 27 millones el 24% corresponde a la zona rural, donde se tiene que saber cómo acceden a este líquido elemento.

Los que acceden a la red pública de agua potable son alrededor de 17 millones de los cuales el 8% son de zona rural.

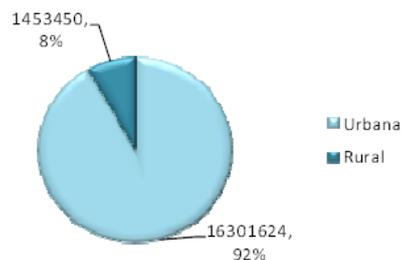
Los que no usan el agua de la red pública se clasifican en: abastecimiento de pilón de uso público, camión cisterna, pozo, río acequia o manantial, del vecino y otros.

**Viviendas Ocupadas con
Abastecimiento de Agua Según Áreas,
Perú: 2007**



Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de vivienda

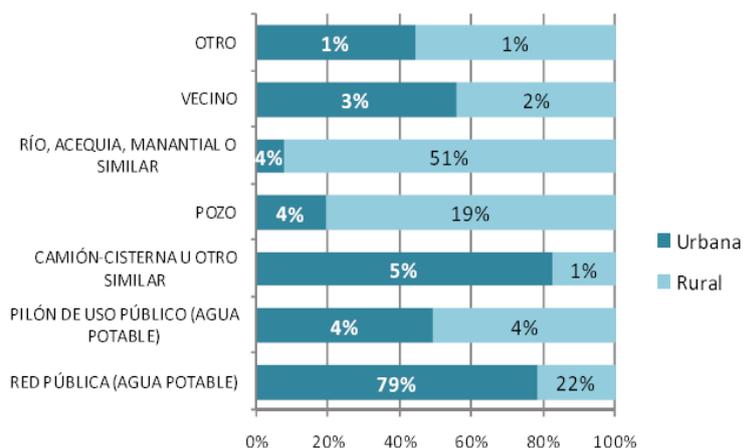
**Viviendas Ocupadas con abastecimiento
de Agua de Red Pública, Perú: 2007**



Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de vivienda

En la zona rural más de 60% se abastecen de agua de río, acequia o manantial y pozo, es decir más de 4 millones y medio que se abastecen de agua en la zona rural por abastecerse de agua de pozo de río o de acequia están expuestos adquirir enfermedades por falla de higiene.

Viviendas Ocupadas por tipo de Abastecimiento de Agua, Perú: 2007



Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de vivienda

Con Decreto Supremo N° 002-2012-Vivienda (aprobado el 7 de enero del 2012), se creó el Programa Nacional de Saneamiento Rural, que tiene por objetivo mejorar la calidad, ampliar la cobertura y promover el uso sostenible de los servicios de agua y saneamiento, enmarcados en el enfoque del presupuesto por resultados. Se plantea su desarrollo por etapas, a través de actividades, programas y proyectos de Inversión pública en el ámbito rural.

2.3.2.- Exclusión Social: Pobreza, Ingreso y Empleo.

Ingreso.

En el trimestre móvil de referencia, el ingreso promedio mensual de los trabajadores de Lima Metropolitana se situó en 1056,0 nuevos soles corrientes, superior en 7,0% a lo registrado en similar trimestre móvil del año anterior. El ingreso de los hombres llegó a 1241,4 nuevos soles, superior en 10,2% comparado con el ingreso a similar trimestre móvil del año anterior.

El ingreso de las mujeres alcanzó 812,6 nuevos soles, incrementándose en 1,4%.

Cabe resaltar que el ingreso promedio de las mujeres representa el 65,5% del ingreso de los hombres, existiendo una brecha de 428,8 nuevos soles.

Según edad, el incremento del ingreso promedio fue mayor entre los que tienen de 45 y más años de edad con 11,3%, seguido del ingreso de los trabajadores de 14 a 24 años de edad en 6,0% y los de 25 a 44 años con 3,7%.

De acuerdo al nivel de educación de los trabajadores de Lima Metropolitana, en el trimestre móvil de referencia, el ingreso promedio aumentó en mayor medida entre los trabajadores que tienen educación secundaria en 8,6%, seguido por los que tienen educación superior universitaria en 7,9%, educación primaria y superior no universitaria en 7,4%, y 1,8%, respectivamente.

Lima Metropolitana: Ingreso promedio mensual, según sexo, grupos de edad y nivel de educación
 Trimestre móvil: Abr-May-Jun08 - Abr-May-Jun09
 (Nuevos soles corrientes)

Características	Abr-May Jun-08	Abr-May Jun-09	Variación	
			En soles	Var. %
Total	987,2	1 056,0	68,8	7,0
Sexo				
Hombre	1 126,1	1 241,4	115,3	10,2
Mujer	801,3	812,6	11,3	1,4
Grupos de Edad				
De 14 a 24 años	606,5	642,9	36,4	6,0
De 25 a 44 años	1 076,0	1 115,3	39,3	3,7
De 45 y más años	1 130,8	1 258,3	127,5	11,3
Nivel de Educación				
Primaria	576,2	618,5	42,3	7,4
Secundaria	719,3	781,0	61,7	8,6
Superior no universitaria	983,2	1 000,8	17,6	1,8
Superior universitaria	1 800,3	1 941,7	141,4	7,9

Fuente: INEI- Encuesta Permanente de Empleo- (EPE).

Población Económicamente Activa, según condición de ocupación.

En el 2011, la Población Económicamente Activa (PEA) ocupada en nuestro país fue de 15 millones 307 mil 327 personas, siendo que, en lo referido a la categoría ocupacional, más un tercio – exactamente el 35,2% - tuvo la condición de trabajador independiente, en tanto que otro tercio estuvo compuesto por los asalariados privados - categoría compuesta por la suma de obreros y empleados - con un porcentaje ascendente a 34,7%. El tercer bloque con presencia significativa en la PEA ocupada correspondió al trabajo familiar no remunerado, que alcanzó un 13%.

Distribución de la PEA ocupada según categoría ocupacional, 2011

	Frecuencia	Porcentaje
Empleador	812,113	5.3%
Empleado privado	2,408,366	15.7
Empleado público	1,155,458	7.6
Obrero privado	2,901,001	19.0
Obrero público	192,473	1.3
Independiente	5,380,341	35.2
Trabajador familiar no remunerado	1,989,963	13.0
Trabajador del hogar	416,151	2.7
Otros	51,461	0.3
Total	15,307,327	100

Fuente: ENAHO del INEI del 2011.

Los sectores de actividad con mayor incidencia en la composición de la PEA ocupada fueron servicios (26.8%); agricultura, ganadería, pesca y silvicultura (25,8%) y comercio (17,4%), tal como se puede apreciar del gráfico siguiente.

Si desgregamos la PEA por sexo, tenemos que para el 2011, existía una brecha de Aproximadamente 1 millón 791 mil personas entre la composición masculina y femenina de la PEA ocupada.

Nivel de empleo a nivel nacional (miles de personas)

Año	PEA OCUPADA	PEA OCUPADA POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
2001	11,862.20	6866.5	4995.7
2002	12,033.90	6958	5075.9
2003	12,836.70	7270.7	5566
2004	13,059.80	7418.1	5641.7
2005	13,124.40	7486.2	5638.2
2006	13,683.00	7777.4	5905.6
2007	14,197.20	7989.9	6207.2
2008	14,459.20	8149.9	6309.3
2009	14,757.70	8269.6	6488.1
2010	15,120.20	8442.2	6679.3
2011	15,307.30	8,549.00	6,758.30

Fuente: Perú: evolución de los indicadores de empleo e ingresos por departamentos 2001-2011 (INEI).

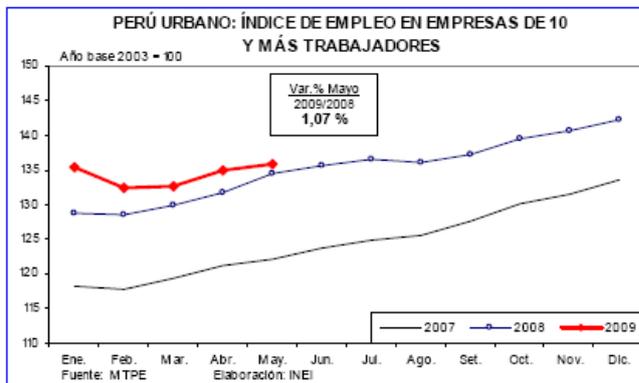
Tasa de Actividad Económica

De acuerdo con esta definición y los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares del trimestre enero-febrero-marzo del 2009, la participación de la fuerza de trabajo de los residentes del área rural (84,5%) es mayor a la participación de los residentes del área urbana (73,0%) y a los residentes de Lima Metropolitana (70,5%). Comparado con similar trimestre del año anterior, la tasa se incrementó en 1,5 puntos porcentuales en el área rural, 1,3 puntos porcentuales en el área urbana y 0,4 punto porcentual a nivel nacional; mientras que la participación de la fuerza de trabajo en Lima Metropolitana disminuyó en 2,1 puntos porcentuales.

VII. INDICADORES DE EMPLEO

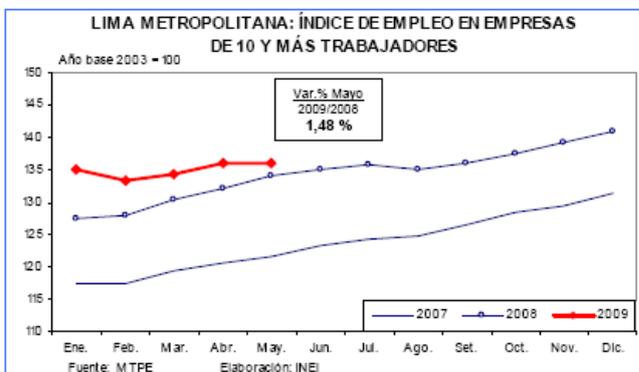
Año base 2003 = 100

Mes	2007	2008	2009	Var. % 2009/2008
Ene.	118,3	128,7	135,4	5,21
Feb.	117,8	128,5	132,3	2,93
Mar.	119,4	129,8	132,8	2,16
Abr.	121,2	131,8	134,9	2,36
May.	122,2	134,4	135,8	1,07
Jun.	123,8	135,5		
Jul.	124,9	136,5		
Ago.	125,6	136,0		
Set.	127,6	137,1		
Oct.	130,1	139,5		
Nov.	131,5	140,7		
Dic.	133,6	142,2		



Año base 2003 = 100

Mes	2007	2008	2009	Var. % 2009/2008
Ene.	117,3	127,5	135,1	5,95
Feb.	117,4	127,9	133,3	4,16
Mar.	119,3	130,4	134,2	2,96
Abr.	120,6	132,2	136,0	2,92
May.	121,6	134,0	136,0	1,48
Jun.	123,2	135,0		
Jul.	124,1	135,9		
Ago.	124,8	134,9		
Set.	126,5	135,9		
Oct.	128,4	137,4		
Nov.	129,4	139,2		
Dic.	131,4	140,9		



Lima Metropolitana comprende la provincia de Lima y la provincia Constitucional del Callao.

Desempleo.

Para analizar la situación del desempleo se hace referencia a Lima Metropolitana (que sirve como ejemplo nacional), en donde la tasa total sigue decreciendo, llegando al año 2010 a 7,9% y al 2011 a 7.7%, constituyendo esta la menor cifra alcanzada desde el año 2000. Sin embargo, persisten – e incluso se acentúan- tendencias estructurales negativas: el desempleo juvenil continúa siendo el más elevado (15.2%) aunque se ha reducido en relación al 2010, y el desempleo de las mujeres no solo sigue registrando tasas considerablemente más altas que el de los hombres, sino que la brecha se ha incrementado considerablemente desde el año 2004.

Desempleo abierto urbano (tasa anual media)- Lima Metropolitana al 2011

Desempleo	%
Total	7.70%
Hombres	5.80%
Mujeres	10%
Desempleo por Edad	
14 a 24	15.20%
25 a 44	5.60%
45 a más	4.10

Fuente: Encuesta Permanente de Empleo (INEI)

2.3.3.- Medio Ambiente.
**Perú: Superficie por Región Natural, Superficie
Deforestada y Reforestada, 2007
(Hectáreas)**

Región Natural, Superficie Deforestada y Reforestada	Superficie (Hectáreas)
Total	128 521 560
Región Costa	15 087 282
Región Sierra	35 898 894
Región Selva o Amazonía	77 535 384
Superficie Deforestada 1/	7 172 554
Superficie Reforestada	10 352 683

1/ Información generada por IIRENA – CONAM (PROCLIM) en el año 2000 y publicada en el año 2005. Imágenes utilizadas LANDSAT - ETM, escala de trabajo 1:100000.

Fuente: Ministerio de Agricultura - Instituto Nacional de Recursos Naturales (IIRENA).

FENÓMENOS NATURALES Y ANTRÓPICOS: 2005 - 2007

Fenómenos Naturales y Antrópicos	2005	2006	2007
Total	4773	4498	4454
Aluvión	15	4	3
Colapso de Vivienda	137	202	230
Deslizamiento	99	158	129
Granizada	73	53	139
Huayco	48	73	61
Inundación	134	351	339
Lluvias Intensas	391	738	542
Maretazo	2	12	1
Sismo	261	32	220
Vientos fuertes	704	544	589
Tormentas eléctricas	15	34	25
Incendio Urbano - Industrial	1962	1738	1355
Incendio Forestal	65	21	10
Otros 1/	867	538	811

1/ Incluye: Accidente acuático, accidente aéreo, accidente terrestre, alud, atentados, contaminación ambiental, derrame de sustancias nocivas, embalses, explosión, epidemia, helada, erosión ribereña y nevadas.

Fuente: Instituto Nacional de Defensa Civil - (INDECI).

2.3.4.- Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
Población con algún problema de salud crónico y no crónico.

Los resultados de la ENAHO continua, correspondiente al primer trimestre enero-febrero-marzo 2009 revelan que, el 21,8% de la población del país padecería de problemas de salud crónico con enfermedades como (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestar crónico. Asimismo, la encuesta señala que el 37,6% de la población del país habría sufrido de algún problema de salud no crónico en las 4 últimas semanas antes de la ejecución de la ENAHO (sea síntoma o malestar, enfermedad o accidente).

Al comparar con el nivel obtenido en similar trimestre del año 2008, se observa que la población que reportó padecer algún tipo de problema de salud crónico no mostró variación alguna, y los que declararon padecer de algún tipo de problema de salud no crónico se incrementó en 1,4 puntos porcentuales al pasar (de 36,2% a 37,6%).

Según área de residencia, en **Lima Metropolitana**, se observa que la población que manifestó tener algún problema de salud no crónico fue 34,0%, siendo 11,9 puntos porcentuales más que aquellos que manifestaron tener problemas de salud crónico (22,1%).

Al comparar con similar trimestre del 2008, se registra un incremento de 6,2 puntos porcentuales en la población que manifestó tener problemas de salud no crónico al pasar de 27,8% a 34,0%; mientras que se redujo en 2,1 puntos porcentuales en la población que manifestó tener algún problema de salud crónico al pasar de 24,2% a 22,1%.

Atención en Salud

Los resultados de la ENAHO del primer trimestre del año 2009, revelan que de la población que reportó haber padecido algún problema de salud (crónico y no crónico), el 67,7% de los que padecen de problemas de salud no crónico y el 32,3% de los que declararon problemas de salud crónico realizaron consulta para aliviar el mal que le aquejaba.

Comparada con similar trimestre del año 2008, la proporción de población que buscó atención por padecer de enfermedades no crónicas se incrementó en 1,0 punto porcentual al pasar de 66,7% a 67,7%; mientras que se redujo en 1,0 punto porcentual en aquellos que buscaron atención por padecimiento de enfermedades crónicas al pasar de 33,3% a 32,3%.

En el trimestre bajo estudio, en **Lima Metropolitana** se observa que de los que manifestaron padecer algún problema (crónico y no crónico), el 67,2% de la población buscó atención por padecer enfermedades no crónicas, y en el caso de los afectados por problemas de salud crónico el 32,8% buscó atención.

Comparada con similar trimestre del año 2008, la proporción de población que buscó atención por problemas de salud no crónico aumentaron en 5,5 puntos porcentuales al pasar de 61,7% a 67,2%, y la consulta de los que padecen problemas de salud crónico disminuyó en 5,5 puntos porcentuales al pasar de 38,3% a 32,8%.

Perú: Población que buscó atención de salud por algún tipo de problema de salud crónico y no crónico Año: 2004 - 2008 y Trimestre: 2007 - 2009

(Porcentaje respecto del total de la población que buscó atención de cada ámbito geográfico)

Año / Trimestre	Nacional		Lima Metropolitana	
	Con problema de salud crónico 1/	Con problema de salud no crónico 2/	Con problema de salud crónico 1/	Con problema de salud no crónico 2/
Indicadores Anuales				
2004	31,7	68,3	41,9	58,1
2005	35,0	65,0	40,1	59,9
2006	36,8	63,2	41,8	58,2
2007	33,6	66,4	39,7	60,3
2008	33,3	66,7	38,0	62,0
Indicadores Trimestrales				
2007				
Ene-Feb-Mar	35,4	64,6	40,5	59,5
Abr-May-Jun	29,8	70,2	34,3	65,7
Jul-Ago-Set	30,6	69,4	36,4	63,6
Oct-Nov-Dic	30,9	69,1	38,4	61,6
2008				
Ene-Feb-Mar	33,3	66,7	38,3	61,7
Abr-May-Jun	30,5	69,5	36,8	63,2
Jul-Ago-Set	30,8	69,2	35,5	64,5
Oct-Nov-Dic	30,9	69,1	34,5	65,5
2009				
Ene-Feb-Mar	32,3	67,7	32,8	67,2
Variación Absoluta (Puntos porcentuales)				
Ene-Feb-Mar 09 /				
Ene-Feb-Mar 08	-1,0	1,0	-5,5	5,5

1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc) o malestares crónicos.

2/ Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2004 - 2009.

2.3.5.- Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Población beneficiada con algún tipo de programa alimentario

Durante el trimestre enero-febrero-marzo del 2009, el 13,7% de la población del país se habría beneficiado de al menos uno de los programas alimentarios: Vaso de Leche, Comedor Popular, Desayuno Escolar, Papilla o Yapita (PACFO), Canasta Alimentaria (PANFAR) u otro Programa Alimentario.

Al observar en similar trimestre del año 2008, la proporción de población que recibió algún programa alimentario disminuyó en 2,3 puntos porcentuales, al pasar de 16,0% a 13,7%.

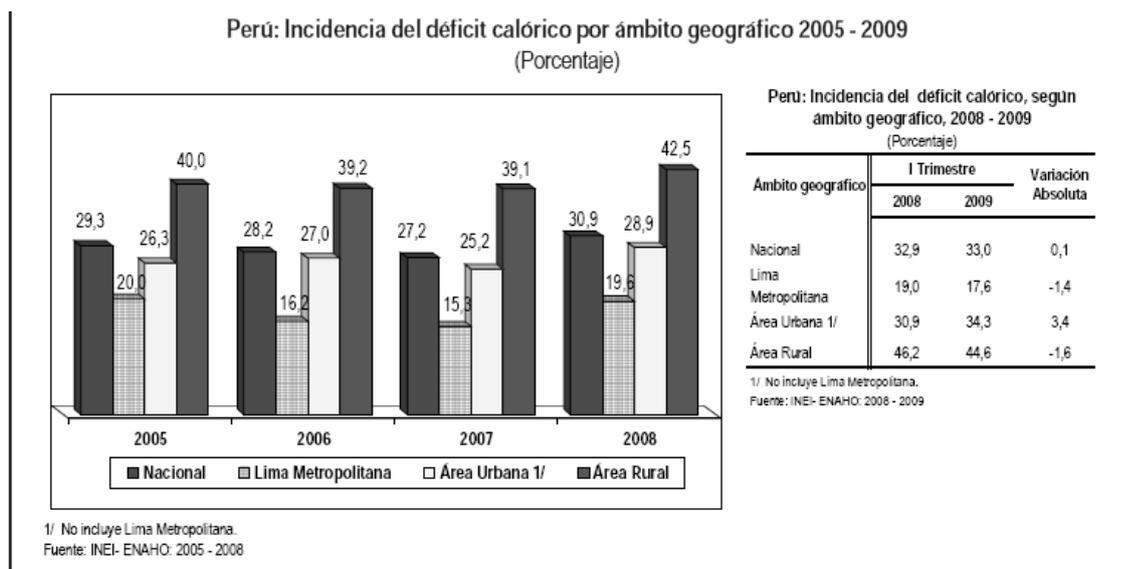
Perú: Población beneficiaria con al menos algún programa alimentario, por grupos de edad
Año: 2001 - 2008 y Trimestre 2007 - 2009
 (Porcentaje)

Año / Trimestre	Población beneficiada algún programa	Grupos de edad			
		De 0 a 17 años de edad	De 18 a 29 años de edad	De 30 a 59 años de edad	De 60 y más años de edad
Indicadores Anuales					
2001	18,6	35,6	5,7	6,1	12,4
2002	18,8	35,1	6,3	7,1	14,8
2003	19,2	37,5	5,0	6,1	17,0
2004	18,5	37,1	4,1	5,5	17,1
2005	17,6	36,5	3,9	4,8	14,4
2006	16,1	35,2	2,7	3,8	11,8
2007	16,7	36,8	2,7	3,5	12,4
2008	15,9	34,4	3,6	4,3	12,1
Indicadores Trimestrales					
2007					
Ene-Feb-Mar	15,6	34,0	2,4	3,5	11,2
Abr-May-Jun	15,1	33,8	2,3	2,7	10,2
Jul-Ago-Set	17,4	39,0	3,0	3,3	12,2
Oct-Nov-Dic	18,6	40,7	3,0	4,3	14,9
2008					
Ene-Feb-Mar	16,0	33,9	3,5	4,3	12,9
Abr-May-Jun	14,0	30,4	3,3	3,5	8,9
Jul-Ago-Set	16,4	34,9	3,6	4,6	13,0
Oct-Nov-Dic	17,7	38,1	4,0	4,6	13,1
2009					
Ene-Feb-Mar	13,7	29,2	2,9	3,6	12,6
Variación Absoluta (Puntos porcentuales)					
Ene-Feb-Mar 09 / Ene-Feb-Mar 08	-2,3	-4,7	-0,6	-0,7	-0,3

Fuente: INEI- Encuesta Nacional de Hogares, 2001 - 2009.

Los resultados de la ENAHO correspondiente al trimestre enero-febrero-marzo del 2009, revelan que el 33,0% de la población del país habría padecido de déficit calórico. Esto en el supuesto que el consumo de alimentos haya sido repartido equitativamente según las necesidades de cada uno de los miembros al interior del hogar. De acuerdo a este indicador, el principal contraste se da entre áreas de residencia; mientras que en **Lima Metropolitana** el déficit calórico afectó al 17,6% de la población, en el **Área Urbana** (excluye Lima Metropolitana) y en **Área Rural** del país, este problema afectó al 34,3% y 44,6% de sus habitantes, respectivamente.

Comparando los resultados obtenidos con similar trimestre del año 2008, se observó que la proporción de población con déficit calórico aumentó ligeramente en 0,1 punto porcentual (al pasar de 32,9% a 33,0%), en el Área Urbana se incrementó en 3,4 puntos porcentuales (al pasar de 30,9% a 34,3%). En Lima Metropolitana se redujo en 1,4 puntos porcentuales (al pasar de 19,0% a 17,6%) y en el Área Rural en 1,6 puntos porcentuales (al pasar de 46,2% a 44,6%).



2.3.6.- Educación

Lo que se refiere a las estadísticas de educación, la información que se presenta y analiza corresponde al mes de marzo de 2009. No se incluye enero y febrero por ser meses de vacaciones escolares.

Las cifras presentadas de educación son sólo referenciales ya que los resultados sólo refieren a un mes.

Tasa de asistencia escolar

Según resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) continua, correspondiente al mes de marzo del 2009, **a nivel nacional**, la tasa de asistencia escolar de la población de 3 a 16 años de edad, se ubicó en 63,7%, es decir, 6 de cada 10 niños(as) entre 3 a 16 años de edad asistieron al colegio. La tasa de asistencia escolar de mujeres (64,5%) fue superior al de los hombres (62,9%). Al comparar con el nivel de asistencia escolar en similar mes del año anterior, la asistencia escolar de los hombres y mujeres aumentó en 20,8 y 23,0 puntos porcentuales, respectivamente.

En **Lima Metropolitana** se registró una tasa de asistencia escolar de 76,7%, siendo superior en 13,0 puntos porcentuales que el promedio nacional (63,7%). Al analizar, según sexo, se observa una mayor tasa de asistencia escolar en las mujeres (78,9%) que en los hombres (74,8%). Al comparar con el nivel de asistencia escolar en similar mes del año anterior, la asistencia escolar de los hombres aumentó en 5,0 puntos porcentuales y de las mujeres en 18,1 puntos porcentuales.

Por otro lado, en el **Área Urbana** (excluye Lima Metropolitana), la tasa de asistencia escolar de la población de 3 a 16 años de edad, fue de 70,8%, siendo superior en 7,1 puntos porcentuales que el promedio nacional. Al analizar, según sexo, se observa una tasa de asistencia escolar para los hombres de 70,2% y para las mujeres de 71,4%. Al comparar con el nivel de asistencia escolar en similar mes del año anterior, la asistencia escolar de los hombres aumentó en 25,7 puntos porcentuales y en las mujeres en 25,0 puntos porcentuales.

2.4 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.

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.

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

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

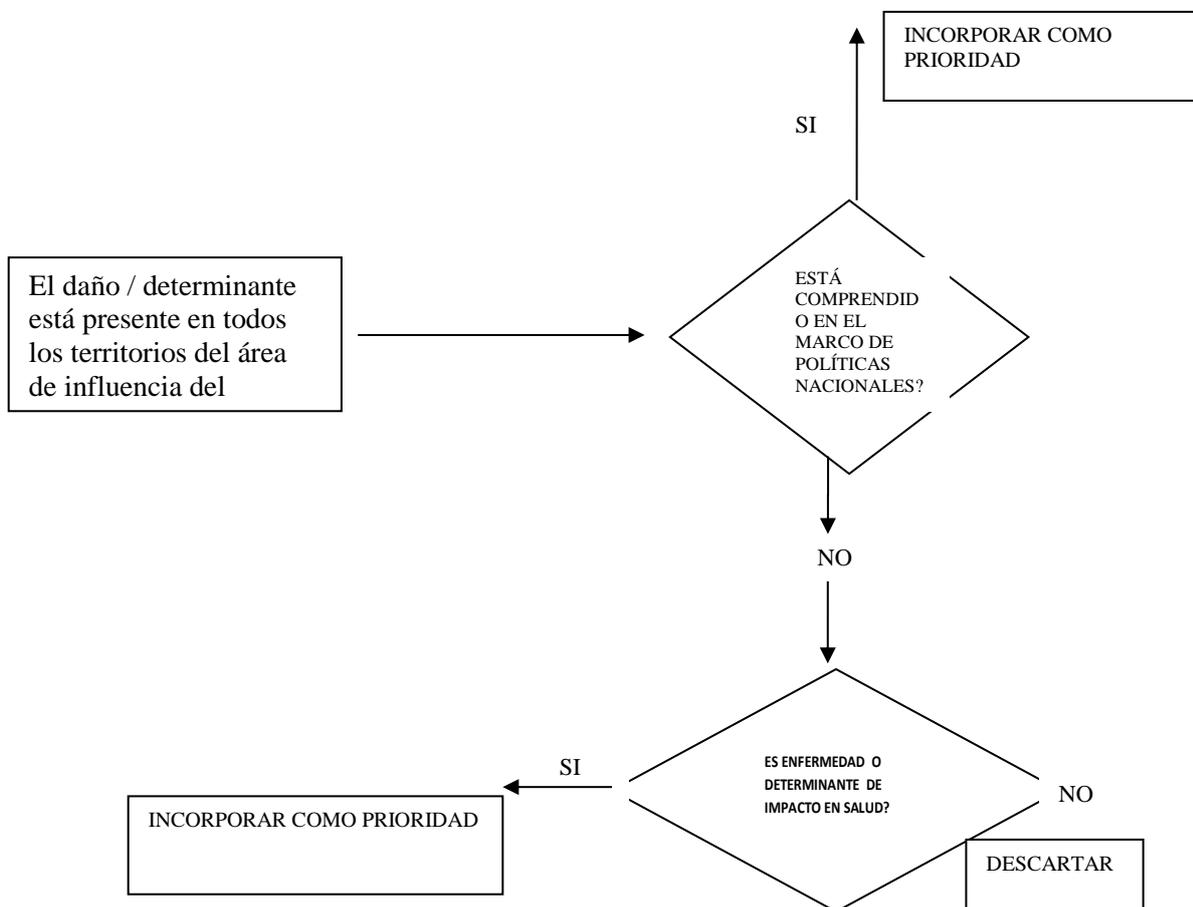
- Distritos de influencia identificados en el nivel más alto de Vulnerabilidad en Salud Mental.
- Problemas en Salud Mental de importancia sanitaria específicos que se concentran en los distritos vulnerables.
- Problemas o determinantes en Salud Mental, que afectan en una proporción importante a todos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

Tabla N° 41
MATRIZ DE ORGANIZACIÓN DE PROBLEMAS PARA PRIORIZACIÓN

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

En el tercer atributo de análisis (3), referente a la transversalidad sanitaria regional, orientada a la identificación de daños que se propagan en una parte importante de los territorios de la región; no todos los daños identificados en este primer momento van a ingresar al proceso de priorización.

Para identificar los daños de gran extensión que ingresan en esta etapa de análisis utilizamos el siguiente algoritmo de decisión:

Gráfica N° 33**RUTA PARA DAÑOS O DETERMINANTES PRESENTES EN TODAS LAS ÁREAS DE INFLUENCIA
DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

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

MARCO DE POLÍTICAS NACIONALES

Tabla Nº 42

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL
MILENIO

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

ACUERDO NACIONAL

Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:

- Democracia y Estado de Derecho
- Equidad y Justicia Social
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

Décimo Tercera Política de Estado*Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social*

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

ACUERDO NACIONAL

Políticas de Estado

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

Tabla N° 43.3

ACUERDO NACIONAL

Políticas de Estado

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

Tabla N° 43.4

ACUERDO NACIONAL

Vigésimo Cuarta Política de Estado

Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente

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

Tabla N° 44

EL PLAN BICENTENARIO

El Perú hacia el 2021 considera seis objetivos estratégicos nacionales:

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

- Que provea servicios de educación y de salud de calidad.

Tabla N° 45

**PLAN NACIONAL CONCERTADO DE
SALUD 2007-2020****3.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007 – 2020**

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

Tabla N° 46

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS DE SALUD
AL 2016 - MINSA****OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:**

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

Tabla N° 47

**LINEAMIENTOS PARA LA ACCIÓN EN
SALUD MENTAL**

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

Problemas de Salud Identificados con la Matriz AVPP-REM

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

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

Listado Final de las Prioridades Sanitarias

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

TABLA N° 48

PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

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

DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y TERRITORIOS VULNERABLES PRIORIZADOS

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

TABLA N° 49

DISTRITOS VULNERABLES PRIORIZADOS

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

ANÁLISIS DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES E INTERVENCIONES EN SALUD

Para el análisis de las prioridades sanitarias regionales e intervenciones de salud en el área de influencia del hospital, se han sistematizado los elementos causales que explican la presencia de cada una de las prioridades sanitarias, y también se ha realizado un análisis de la priorización de las Intervenciones Sanitarias.

Referente al Análisis de la Priorización de las Intervenciones Sanitarias, se tomaron en cuenta cinco criterios que debían analizarse para cada intervención propuesta; debiendo estas intervenciones incidir sobre los siguientes problemas:

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

CONCLUSIONES**Demanda**

1. En el Departamento de Consulta Externa Adultos los atendidos y atenciones se han incrementado. En el año 2011 hubo 7, 385 atendidos y 35,425 atenciones, los atendidos y atenciones se presentaron más en pacientes entre 30 a 59 años, que representan el 50.5% y 36.7% respectivamente. Hubo mayor caso de atenciones de género masculino.
2. Asimismo, se encontró que hay mayor demanda de atendidos en adultos y jóvenes con 36.5% y 40.8% respectivamente, pacientes en su mayoría solteros (66,52%), procedentes mayormente del distrito de Magdalena del Mar, los cuales tienen hacen uso del Servido por Consulta Externa aproximadamente entre 2 a 5 veces al año.

3. En el Departamento de Emergencia, hubo mayor número de atenciones en pacientes de género femenino (52.55%), los pacientes adultos y jóvenes realizaron mayor número de atenciones con 44.85% y 37.52% respectivamente, así mismo hubo mayor atención a pacientes con estado civil soltero (a), que presenta el 66.52% del total de atenciones, haciendo uso del servicio entre 0 a 72 horas, procedentes en su mayoría del distrito de Chorrillos.
4. En el Departamento de Hospitalización, las atenciones fueron más en pacientes de género masculino (56.8%). Se presentaron mayor número atenciones en pacientes adultos y jóvenes con 58.8% y 34.8% respectivamente, así mismo se observa pacientes cuyo grado de instrucción son de secundaria, en su mayoría procedentes del servicio de Emergencia (70.6%), son pacientes que se internan por primera vez (49.8%), en su mayoría pacientes de casos agudos; procedentes de los distritos de Magdalena y Surco.

Oferta

1. No hubo variación significativa de camas del Año 2010 al 2011, en el HVLH, se contó con 602 camas, de los cuales 228 fueron ofertadas y 374 permanecieron cautivas.
2. En el año 2011, a nivel Nacional, de los 24 departamentos. Siete departamentos no cuentan en sus establecimientos con algún profesional de salud mental (Tumbes, Amazonas, Cajamarca, San Martín, Huánuco, Pasco y Moquegua), de los 17 departamentos que tienen algún profesional de salud mental. Doce solo cuentan con Psicólogos (Madre de Dios, Loreto, Ucayali, Apurímac, Puno, Ayacucho, Huancavelica, Junín, Tacna, Arequipa, Ica, Ancash), solo cinco departamentos en sus establecimientos cuentan con Médico Psiquiatras (Lima, Piura, Lambayeque, Libertad y Cuzco). En algunos de estos establecimientos – 18 hospitales en el 2004 – funcionaban Unidades Especializadas Denominadas Módulos De Atención Al Maltrato Infantil (MAMIS).
3. El HVLH "Hospital Víctor Larco Herrera", se encuentra con los Servicios De Consulta Externa de Adultos y Niños y Adolescentes, Hospitalización, Emergencia; cuenta con un área de 211,721.74 metros cuadrados, de los cuales 52,447.52 m² se encuentra construido. Cuenta con nueve Pabellones De Hospitalización, tres de los cuales son de material noble de dos pisos y seis son de quincha y adobe de un piso además cuenta con 16 ambientes para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas.
4. Para el año 2011, el HVLH, cuenta con 813 trabajadores de los cuales 650 son nombrados. Se cuenta con 49 médicos psiquiatras y 98 enfermeras.
5. En Consulta Externa, en los últimos cuatro años, la principal causa de morbilidad fue la esquizofrenia, que representa el 14% del total de pacientes que ingresan por Consulta Externa, seguido de los episodios depresivos.
6. Los casos de morbilidad en Consulta Externa y que tienen el diagnóstico de esquizofrenia, frecuentemente son del sexo masculino (63.9%). En su mayoría provenientes de los distritos de Lima y Calló con 6.1% y 10,7% respectivamente.

7. En el Departamento de Emergencia, en los últimos cuatro años fue la esquizofrenia, que presenta el 38.5% del total de pacientes que ingresan por Emergencia. En la etapa de vida del niño y el adolescente fueron los trastornos de la personalidad y el maltrato infantil.
8. En el Departamento de Hospitalización la principal causa de hospitalización fue la esquizofrenia (62.8%) seguido de los trastornos mentales y del comportamiento debido a adicciones, como el uso de cocaína, siendo las dos primeras causas de morbilidad en la etapa de vida adulto joven fue los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, seguido de los trastornos específicos de la personalidad.

RECOMENDACIONES

1. Para la recolección de información estadística se ha tenido numerosos obstáculos que se pudieran salvar, si contaríamos con personal profesional competente en la Oficina de Estadística e Informática, por lo que recomiendo la asignación de un Ingeniero de Sistemas, y un Bioestadística con el fin de que analice prioritariamente las carencias de Recurso Humano Competente como asimismo de la Infraestructura; con el fin de optimizar en breve tiempo, la vasta información estadística con que cuenta nuestro Hospital; teniendo muy claro que estamos a la vanguardia en ese rubro con respecto a los Hospitales Especializados en Psiquiatría en Lima, como es el caso del Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Honorio Delgado – Hideyo Noguchi; pero como repito esta basta información no la podemos analizar adecuadamente, por falta de recurso humano competente en la citada Oficina; tan solo obtenemos una información disminuida o sesgada como es el caso de las enfermedades almacenadas en el código Z71 detectado en el Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, la cual aglutina tres nosologías importantes, como por ejemplo Trastornos de las Emociones (F93), Trastornos del Comportamiento (F94), y Autismo (F84), que haciendo un total de 3,262 casos, del 2,007 al 2,011, cifra bastante significativa e importante que no se ha podido consignar en el presente ASISHO, porque nuestro Sistema HIS, solo los incorpora hasta los 10 años de edad. En mayores de 10 años ya no lo acepta el Sistema; razón por lo que se está dejando de consignar, una importante información epidemiológica procedente del citado Departamento.
2. Reforzar la Salud Mental Comunitaria, para que a través de su labor, trabaje en forma subordinada a las políticas actuales que estime la Dirección General, con el fin de ejercer una vigilancia epidemiológica, la cual redundará en prevención y control de la misma, para identificar los casos incidentes de las enfermedades psiquiátricas y de Salud Mental, que tengan proyección social, como es el caso de Violencia Familiar que por primera vez incorporamos en este año para ver los problemas individuales que puedan convertirse en problemas colectivos.

III OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2014

Los Objetivos Estratégicos Generales son:

- OG 1. Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.
- OG 2. Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación y diagnóstico temprano
- OG 3. Mejorar la Calidad de la atención.

- OG 4. Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas
- OG 5. Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral.

Correlación entre objetivos estratégicos 2012-2016 y objetivos generales POA 2014

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2012-2016	OBJETIVOS GENERALES POA 2014
OEG 1. Priorizar la vigilancia prevención y atención con nuevo modelo de atención por patologías de las enfermedades de salud mental	OG1): Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.
OEG 2. Garantizar el acceso y financiamiento de las prestaciones de salud y gestión eficiente de fondos	(OG3): Mejorar la Calidad de la atención.
OEG 3. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos	(OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas
OEG 4. Fortalecer el rol de rectoría en salud mental y optimización de los servicios de salud	
OEG 5. Desarrollo de las competencias y capacidades del personal de salud	(OG 05): Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral.
OEG 6. Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud con articulación multisectorial	(OG2): Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación y diagnóstico temprano

Resultados Esperados 2014

1. Implementación de la atención especializada por patologías
2. Implementación del Programa de tratamiento y Rehabilitación biopsicosocial.
3. Fortalecer la Vigilancia epidemiológica de la salud mental.
4. Fortalecer el modelo de atención MAMIS - Hospital Víctor Larco Herrera, que priorizan la prevención y atención de víctimas de VIF – MI, con comorbilidad.
5. Coordinaciones y desarrollo de actividades con autoridades, líderes, instituciones públicas y privadas de la comunidad.
6. Elaborar Programas de Promoción y Prevención.
7. Brindar al paciente psiquiátrico una atención integral, continua y de calidad.
8. Atención con equidad a la población sujeta de atención.
9. Desarrollo de la cultura de calidad de la atención.
10. Sistema de ordenamiento de acervo documentario implementado.
11. Proponer y promover un sistema de información institucional vinculado e integrado tanto interno como externo.
12. Reportar un sistema moderno (red estructurada) de comunicaciones de red (datos, voz y video) administrativo de software.
13. Proceso de atención acorde a la necesidad del usuario.
14. Acreditación del hospital III-E.
15. Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.
16. Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.

17. Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, ROF, MAPRO (Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo).
18. Brindar en forma oportuna el pago de planilla de Cesantes.
19. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo ejecutado
20. Implementación del modelo de Gestión Presupuesto por Resultados (PpR).
21. Ejecución del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS)
22. Mejora del acceso a medicamentos.
23. Implementación del programa de farmacoterapia óptima.
24. Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico.
25. Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencia por Desastres.
26. Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados.
27. Implementación del programa de revaloración del recurso humano, y Capacitación del personal en las áreas de su competencia y destrezas.
28. Promover la Investigación científica y operativa en la institución.
29. Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital.

MATRIZ DE AJUSTE A LOS OBJETIVOS GENERALES INSTITUCIONALES DEL PLIEGO MINSA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL MINSA	OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA*	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.</p>	<p>OG 1. Desarrollar un nuevo modelo de atención especializada por patologías</p>	<p>Implementación de la atención especializada por patologías. Implementación del Programa de tratamiento y Rehabilitación biopsicosocial. Implementación del Programa de psicoterapia basada en evidencia. Fortalecer la Vigilancia epidemiológica de la salud mental.</p>
	<p>OG 2. Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación de la enfermedad y diagnóstico temprano.</p>	<p>Fortalecer el modelo de atención MAMIS - Hospital Víctor Larco Herrera, que priorizan la prevención y atención de víctimas de VIF – MI, con comorbilidad. Coordinaciones y desarrollo de actividades con autoridades, líderes, instituciones públicas y privadas de la comunidad. Elaborar Programas de Promoción y Prevención.</p>
<p>Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de Salud</p>	<p>OG 3. Mejorar la calidad de la atención</p>	<p>Desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de los pacientes. Desarrollo de la cultura de calidad de la atención. Brindar al paciente psiquiátrico una atención integral, continua y de calidad. Atención con equidad a la población sujeta de atención.</p>
	<p>OG 4. Lograr eficiencia en los procesos administrativos, actualización y cumplimiento de la Normatividad.</p>	<p>Centros de Costos implementados Sistema de ordenamiento de acervo documentario implementado Proponer y promover un sistema de información institucional vinculado e integrado tanto interno como externo. Reportar un sistema moderno (red estructurada) de comunicaciones de red (datos, voz y video) administrativo de software. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo ejecutado Sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica electrónica implementado. Proceso de atención acorde a la necesidad del usuario. Acreditación del hospital III-E Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos. Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos Brindar en forma oportuna el pago de planilla de Cesantes. Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, ROF, MAPRO (Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo). Implementación del plan maestro: saneamiento en la propiedad del terreno del hospital, revisión y actualización del plan maestro, gestión de presupuesto, implementación por etapas. Implementación del modelo de Gestión Presupuesto por Resultados (PpR) Implementación del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS) Mejora del acceso a medicamentos Implementación del programa de farmacoterapia óptima. Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico. Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencia por Desastres.</p>
<p>OG 5. Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral</p>	<p>Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados. Implementación del programa de revaloración del recurso humano. Capacitación del personal en las áreas de su competencia y destrezas. Promover la Investigación científica y operativa en la institución. Capacitación y evaluación al personal de salud hacia el primer y segundo nivel de atención. Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital.</p>	

MATRIZ N° 2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 192 - MINSA/OGPP V.02
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO, PRESUPUESTAL Y DE INVERSIONES DEL AÑO 2013 –
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD

MATRIZ DE INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OG. 1. : Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.

1. DESCRIPCION:

Con el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral, se debe lograr un adecuado control de las enfermedades no transmisibles, con un tratamiento inmediato y eficiente, con un seguimiento y monitoreo de las Oficinas de Epidemiología y Estadística e Informática que evaluarán la recuperación adecuada del paciente logrando el acortamiento de la estancia del mismo.

2. PERSPECTIVAS DE AVANCE:

Reducción de la Morbilidad por Enfermedades no Transmisibles Salud Mental (Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión, Alcoholismo y otras).

3. RESULTADOS ESPERADOS:

RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS
Implementación de la atención especializada por patologías.	Reducción de la morbilidad por enfermedades no transmisibles en salud mental
Implementación del Programa de tratamiento y Rehabilitación biopsicosocial.	Sub Programas de Rehabilitación Implementados
Implementación del Programa de psicoterapia basada en evidencia.	Programa de Psicoterapia en ejecución
Fortalecer la Vigilancia epidemiológica de la salud mental.	Análisis de Situación de salud 2013 del hospital - ASISHO

4. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:

CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Reducción de la tasa de morbilidad por enfermedades no transmisibles en salud mental	Se debe de establecer un basal nacional para poder iniciar la medición anual del indicador								
Forma de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{casos nuevos c/problemas y trastornos Mentales (ESQUIZOFRENIA)}}{\text{Población en riesgo (1\% Pob)}} \times 100$								
Datos históricos	No existen								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	NE	NE	NE	70%
2011	2012	2013	2014						
NE	NE	NE	70%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	20%	20%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
20%	20%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Epidemiología -Estadística e Informática								
Indicador: Reducción de la tasa de morbilidad por enfermedades no transmisibles en salud mental	Se debe de establecer un basal nacional para poder iniciar la medición anual del indicador								
Forma de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{casos nuevos c/problemas y trastornos Mentales (DEPRESIÓN)}}{\text{Población en riesgo (18\% Pob)}} \times 100$								
Datos históricos	No existen								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	NE	NE	NE	70%
2011	2012	2013	2014						
NE	NE	NE	70%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	20%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
20%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Epidemiología -Estadística e Informática								
Indicador: Reducción de la tasa de morbilidad por enfermedades no transmisibles en salud mental	Se debe de establecer un basal nacional para poder iniciar la medición anual del indicador								
Forma de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{casos nuevos con problemas y trastornos Mentales (ANSIEDAD)}}{\text{Población en riesgo (18\% Pob)}} \times 100$								
Datos históricos	No existen								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	NE	NE	NE	70%
2011	2012	2013	2014						
NE	NE	NE	70%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	20%	20%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
20%	20%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Epidemiología -Estadística e Informática								

Indicador: Reducción de la tasa de morbilidad por enfermedades no transmisibles en salud mental	Se debe de establecer un basal nacional para poder iniciar la medición anual del indicador								
Forma de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos nuevos } c/\text{prob. y trast. Mentales (Consumo sustancias sicotrópicas)}}{\text{Población en riesgo (3.55\%)} } \times 100$								
Datos históricos	<i>No existen</i>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>NE</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	NE	NE	NE	70%
2011	2012	2013	2014						
NE	NE	NE	70%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	20%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
20%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Epidemiología -Estadística e Informática</i>								
CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Sub Programas de Rehabilitación Implementados	La implementación de un nuevo modelo de atención supone un reto el cual debe de iniciar en el 2014								
Forma de Cálculo	Porcentaje de Avance								
Datos históricos	<i>Se ha conformado comisiones encargadas de realizar los programas para este fin, los cuales deberán funcionar en este año</i>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>45%</td> <td>55%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	0	0	45%	55%
2011	2012	2013	2014						
0	0	45%	55%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25%</td> <td>30%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	25%	30%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
25%	30%								
CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Programa de Psicoterapia en ejecución	La implementación de un nuevo modelo de atención supone un reto el cual debe continuar en el 2014								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Registros programados}}{\text{Total de registros ejecutados}} \times 100$								
Datos históricos	<i>Se ha conformado comisiones encargadas de realizar los programas para este fin, los cuales deberán funcionar en este año</i>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	0	0	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
0	0	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Comisiones encargadas y Dirección general (monitoreo)</i>								
CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: ASIS especializado en enfermedades psiquiátricas, basados en datos hospitalarios con tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades a nivel nacional u hospitalario	El Análisis de Situación del Hospital elaborado para el año 2013, debe de tener datos de las enfermedades prevalentes de salud mental en el hospital, y sus tasas.								
Forma de Cálculo	ASISHO basado en Epidemiología Psiquiátrica								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	0	1	1	1
2011	2012	2013	2014						
0	1	1	1						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	0	1				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
0	1								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Epidemiología</i>								

* Esta matriz puede ampliarse lo necesario y suficiente para considerar a todos los indicadores a desarrollar

--	--

MATRIZ N° 2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 192 - MINSA/OGPP V.02
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO, PRESUPUESTAL Y DE INVERSIONES DEL AÑO 2013 –

MATRIZ DE INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

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

1. DESCRIPCION:

La prevención de trastornos mentales y del comportamiento se encuentra ligado a estilos de vidas saludables y protección a las personas sobretudo los menores de edad, ya que mientras mas temprano adquieran estilos de vida saludables evitará y/o prolongará los tiempos de instalación de la enfermedad.

2. PERSPECTIVAS DE AVANCE:

Se debe de trabajar en la prevención y promoción a través de estilos de vida saludables.

3. RESULTADOS ESPERADOS:

RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS
Fortalecer el modelo de atención MAMIS - Hospital Víctor Larco Herrera, que priorizan la prevención y atención de víctimas de VIF – MI, con comorbilidad.	Atención con el modelo MAMIS al 100%
Elaborar Programas de Promoción y Prevención.	Campañas de Salud Mental en la Comunidad
	Desarrollo de actividades con Organizaciones de la Comunidad

4. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:

CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Eficacia de atención con modelo MAMIS a quienes acuden por VIF	Atención con el modelo MAMIS al 100% de la población que acude por Violencia Intrafamiliar								
Forma de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes atendidos por VIF}}{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes que acuden por atención por VIF}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Departamento de Trabajo Social								
Indicador: Campañas de Salud Mental en la Comunidad	Fortalecer el desarrollo familiar mediante campañas de Prevención de Violencia Intrafamiliar								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personas informadas mediante campañas, talleres}}{\text{Total de Personas Programadas}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Departamento de Trabajo Social								
Indicador: Desarrollo de actividades con Organizaciones de la Comunidad	Muestra el avance de las actividades encaminadas hacia la prevención de la violencia intrafamiliar con Organizaciones de la								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades ejecutadas c/Organizaciones de la Comunidad}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades programadas c/Organizaciones de la Comunidad.}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Departamento de Trabajo Social								

* Esta matriz puede ampliarse lo necesario y suficiente para considerar a todos los indicadores a desarrollar

MATRIZ N° 2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 192 - MINSA/OGPP V.02
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO, PRESUPUESTAL Y DE INVERSIONES DEL AÑO 2013 –
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD

MATRIZ DE INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OG. 3. : Mejorar la calidad de la atención.

1. DESCRIPCION:

En el Hospital Víctor Larco Herrera, el personal técnico, profesionales no médicos y algunos médicos que no brindan una atención atención.

2. PERSPECTIVAS DE AVANCE:

Se espera lograr un avance hacia la total satisfacción del usuario interno y externo en un periodo de ocho años.

3. RESULTADOS ESPERADOS:

RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS
Brindar al paciente psiquiátrico una atención Integral, continua y de calidad.	Plan integral implementado
	Programa de Atención Integral para el paciente psiquiátrico
	Análisis de laboratorio por paciente en Consulta Externa
Atención con equidad a la población sujeta de atención.	Encuesta de satisfacción de usuario
Desarrollo de la cultura de calidad de la atención.	100% de quejas atendidas

4. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:

CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Plan integral de Remodelación y Conservación de la Infraestructura y Equipamiento, y de equipos de alta tecnología	Plan Integral Implementado de Remodelación y Conservación de la Infraestructura y Equipamiento, y de Equipos de alta tecnología								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Planes Integrales Implementados}}{\text{N}^\circ \text{ Planes Integrales diseñados}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	N	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	N	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	100%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	100%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Nutrición</i>								
Indicador: Programa de Atención Integral para el paciente psiquiátrico	Programa de Atención Integral operativo para la mejora de la calidad de los servicios en la Institución Hospitalaria.								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de raciones programadas según tipo en un período}}{\text{N}^\circ \text{ raciones atendidas en el mismo período}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	100%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	100%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Nutrición</i>								
Indicador: análisis de laboratorio por paciente en Consulta Externa	Incremento del Promedio de análisis de laboratorio por paciente								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Exám. Clínic. efectuado por indicación de servicio de Consulta Externa}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes clínicos efectuados en la Unidad de Laboratorio Clínico}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	50%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	50%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Gestión de la Calidad y Departamento de Apoyo Médico Complementario</i>								

Indicador: Encuesta de satisfacción de usuario	Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios externo			
Forma de Cálculo	Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del Hospital en consulta externa/hospitalización/emergencia según nivel y categoría.			
Datos históricos	<i>Para este cálculo se utiliza el promedio de los cinco criterios de la encuesta SERVQUAL: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.</i>			
	2011	2012	2013	2014
	45.64%		60%	76%
Resultado para el año	I SEMESTRE		II SEMESTRE	
	<i>No Programado</i>		76%	
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Gestión de la Calidad</i>			
Indicador: Porcentaje de quejas atendidas	Ley de transparencia exige que se tenga una atención total y rápida a las quejas de los usuarios			
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N° de atenciones de quejas y reclamos}}{\text{Total de Quejas y Reclamos}} \times 100$			
Datos históricos	<i>No se tiene un basal de quejas</i>			
	2011	2012	2013	2014
	N	N	100%	100%
Resultado para el año	I SEMESTRE		II SEMESTRE	
	50%		100%	
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Gestión de la Calidad</i>			
* Esta matriz puede ampliarse lo necesario y suficiente para considerar a todos los indicadores a desarrollar				

MATRIZ N° 2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 192 - MINSA/OGPP V.02

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO, PRESUPUESTAL Y DE INVERSIONES DEL AÑO 2013

MATRIZ DE INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OG. 4 : Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos, actualización y cumplimiento de la Normatividad

1. DESCRIPCION:

El sistema administrativo tiene dificultades en programar, girar y el devengue de sus gastos, por lo que requiere de una mejora y rapidez en las acciones, un mayor monitoreo en los sistemas de logística y economía, así como una mayor coordinación con planeamiento; asimismo, se debe asegurar el funcionamiento de equipos e infraestructura a través de

2. PERSPECTIVAS DE AVANCE:

Realizar una gestión presupuestal efectiva a través de un sistema de programación y ejecución eficiente del gasto.

3. RESULTADOS ESPERADOS:

RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS
Sistema de ordenamiento de acervo documentario implementado	Plan de implementación de sistema de ordenamiento del acervo documentario de Estadística e Informática
Proponer y promover un sistema de información institucional vinculado e integrado tanto interno como externo.	Sistema de información implementado Ambiente adecuado para el archivo de historias clínicas
Reportar un sistema moderno (red estructurada) de comunicaciones de red (datos, voz y video) administrativo de software.	Sistema de red de comunicaciones implementado Sistema Estadístico informático Integrador Implementado
Proceso de atención acorde a la necesidad del usuario.	Estadística diaria del número de historias clínicas Egresos por servicios Hospitalarios
Acreditación del hospital III-E	Hospital Autoevaluado
Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.	Programa de mejora continua Implementado Sistema de Referencia y Contrareferencia Implementado
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	Normativa de la Institución actualizada Procesos Administrativos eficientes Cumplimiento con el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones Porcentaje de Ejecución por RO Estimación de los Costos de las diferentes unidades orgánicas del Hospital
Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, ROF, MAPRO.	Documentos de Gestión actualizados, monitoreados y evaluados Cumplimiento de Pago de Aguinaldo en el tiempo determinado Cumplimiento del Plan Anual de Control
Brindar en forma oportuna el pago de planilla de Cesantes.	Planillas realizadas oportunamente
Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo ejecutado.	Mejoramiento del Sistema de Servicios Generales Plan de Mantenimiento e infraestructura y de Equipos Cumplimiento del Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo
Implementación del modelo de Gestión Presupuesto por Resultados (PpR)	Modelo Implementado
Ejecución del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS)	SIS en Ejecución
Mejora del acceso a medicamentos	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos HVLH
Implementación del programa de farmacoterapia óptima.	Uso Racional de los medicamentos
Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico. Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencia por Desastres.	Programa de farmacoterapia óptima implementado

4. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:				
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador: Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo		Implementación del Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo al 100%		
Forma de Cálculo		Avance del Plan de implementación		
Datos históricos		2011	2012	2013
		N	N	90%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		50%		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina de Servicios Generales y mantenimiento		
Porcentaje de Ejecución RO		Porcentaje de ejecución mayor al 90%		
Forma de Cálculo		Presupuesto Ejecutado/Presupuesto Institucional Modificado (PIM)		
Datos históricos		2011	2012	2013
		88.80%	93.70%	94.00%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		47%		95%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico, Oficina de Administración, Personal, Logística y Economía		
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador Plan de implementación de sistema de ordenamiento del acervo documentario		Implementación del sistema de ordenamiento del acervo documentario		
Forma de Cálculo		Plan implementado al 100%		
Datos históricos		Avances de ejecución del Plan		
		2011	2012	2013
		N	N	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		50%		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Dirección General		
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador: Sistema de información implementado		Implementación de plan de sistema de información		
Forma de Cálculo		Software en Producción x 100		
Datos históricos		Software diseñado		
		2011	2012	2013
		N	N	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		No Programado		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina de Estadística e Informática		
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador Planillas realizadas oportunamente		Planillas realizadas oportunamente		
Forma de Cálculo		Avances de ejecución de Planillas		
Datos históricos		2011	2012	2013
		100%	100%	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		100%		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina de Personal		
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador Cumplimiento con el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones		Cumplimiento con el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones al 100%		
Forma de Cálculo		Avance del Plan		
Datos históricos		2011	2012	2013
		N	N	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		50%		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina de Logística		
CONCEPTOS		PARAMETROS		
Indicador Sistema de red de comunicaciones implementado		Sistema de red de comunicaciones implementado y funcionando al 100%		
Forma de Cálculo		Avance del Plan de implementación		
Datos históricos		2011	2012	2013
		N	N	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE
		50%		100%
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		Oficina de Estadística e Informática		

CONCEPTOS		PARAMETROS			
Indicador Disponibilidad de Medicamentos HVLH		Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos HVLH mayor al 90%			
Forma de Cálculo		N° de medicamentos disponibles (>1mes)/Total de medicamentos x100			
Datos históricos		2011	2012	2013	2014
		N	85%	90.00%	>90%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE	
		45%		90%	
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		<i>Departamento de Farmacia</i>			
CONCEPTOS		PARAMETROS			
Indicador Programa de farmacoterapia óptima implementado		Programa de farmacoterapia óptima implementado y funcionando			
Forma de Cálculo		Avance del programa			
Datos históricos		2011	2012	2013	2014
		N	N	100%	100%
Resultado para el año		I SEMESTRE		II SEMESTRE	
		50%		100%	
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador		<i>Departamento de farmacia</i>			
* Esta matriz puede ampliarse lo necesario y suficiente para considerar a todos los indicadores a desarrollar					

MATRIZ N° 2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 192 - MINSA/OGPP V.02
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL PLANEAMIENTO OPERATIVO, PRESUPUESTAL Y DE INVERSIONES DEL AÑO 2013

MATRIZ DE INSTRUMENTACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA AÑO 2014

DEPENDENCIA: HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

OG. 05 : Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral

1. DESCRIPCION:

Actualización de profesionales, capacitación de los no profesionales con la finalidad de entregar atención con calidad y desarrollo del potencial humano.

2. PERSPECTIVAS DE AVANCE:

Lograr que en el hospital mejore la calidad de atención y la calidad del recurso humano en un buen clima laboral

3. RESULTADOS ESPERADOS:

RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS
Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados.	Clima positivo de relaciones laborales y una cultura de participación
Implementación del programa de revaloración del recurso humano; y Capacitación del personal en las áreas de su competencia y destrezas.	Capacitación del personal del hospital
Promover la Investigación científica y operativa en la institución.	Cumplir al 100% de las investigaciones aprobadas
Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital.	Normar los procesos de Docencia e Investigación

4. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:

CONCEPTOS	PARAMETROS								
Indicador: Estudio de Clima Laboral con resultados	Clima positivo de relaciones laborales y una cultura de participación								
Forma de Cálculo	Estudio de Clima laboral con resultados								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	N	80%
2011	2012	2013	2014						
N	N	N	80%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No programado</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	No programado	80%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
No programado	80%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Oficina de Personal y Oficina de Gestión de la Calidad								
Indicador: Capacitación del personal del hospital	Cumplir con las capacitaciones del personal del hospital programadas al 100%								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ capacitaciones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones programadas}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>55.00%</td> <td>90%</td> <td>100.00%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	55.00%	90%	100.00%	100%
2011	2012	2013	2014						
55.00%	90%	100.00%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	100%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	100%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Oficina de Personal								
Indicador: Investigaciones aprobadas	Cumplir al 100% de las investigaciones aprobadas								
Forma de Cálculo	$\frac{\text{Investigaciones Ejecutadas}}{\text{Investigaciones solicitadas}} \times 100$								
Datos históricos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>N</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2014	N	N	100%	100%
2011	2012	2013	2014						
N	N	100%	100%						
Resultado para el año	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I SEMESTRE</th> <th>II SEMESTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	I SEMESTRE	II SEMESTRE	50%	100%				
I SEMESTRE	II SEMESTRE								
50%	100%								
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación								

Indicador:	Normar los procesos de Docencia e Investigación			
Forma de Cálculo	Norma de Apoyo a la Docencia en Investigación Aprobada.			
Datos históricos	2011	2012	2013	2014
	N	N	N	100%
Resultado para el año	I SEMESTRE		II SEMESTRE	
	No programado		80%	
V°B° Oficina/Dirección encargada de identificación, registro y reporte del indicador	<i>Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación</i>			

IV REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS



MATRIZ 2-C

REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS ARTICULADAS A LA EFP - AÑO 2014

DENOMINACION: UE 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

OBJETIVO GENERAL (OG1): Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.

RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					META OPERATIVA			META FÍSICA						REQUERIMIENTO FINANCIERO (PIM)				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE			
	COD	FUNCION (4)	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES (10)	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL			R.O	R.D.R.	D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación de la atención especializada por patologías.	20	SALUD	ACCIÓN	5,704	5001561	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS	Hospitalizaciones en emergencia.	Acción	3464	866	175	866	198	373	200	200	773	432,372	425,372	7,000	0.00	Departamento de Emergencia	
							Atención ambulatoria de paciente.	Acción	2120	530	889	530	802	1,691	850	850	3,391						
							Interconsultas y transferencias recibidas.	Acción	120	30	3	30	1	4	5	5	14						
	20	SALUD	CONSULTAS	60,000	5001562	ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS	Brindar atención de pacientes Adictos Varones en consulta externa.	Atención	1,200	300	243	300	234	477	150	150	777	995,617	985,060	10,453	103	Dpto de Consulta Externa Adultos (Adicciones)	
							Brindar atención de pacientes Adictas Mujeres en consulta externa.	Atención	120	30	20	30	45	65	25	25	115						
							Consulta Psiquiátrica Adultos	Consulta	30,432	7,608	7,051	7,608	8,213	15,264	7,608	7,608	30,480						
							Consulta Psicológica (Sesiones Psicoterapéuticas) adultos	Consulta	9,540	2,385	3,452	2,385	3,513	6,965	2,550	2,485	12,000						
							Consulta a Adicciones adultos	Consulta	2,112	528	249	528	262	511	528	528	1,567					Dpto de Consulta Externa Adultos y Salud Mental Comunitaria	
							Consulta Médico Complementario Adultos (Ginecología, Medicina, Neurología y Odontología)	Consulta	4,961	1,239	1,562	1,239	1,533	3,095	450	450	3,995					Dpto Apoyo Medico Complementario	



OBJETIVO GENERAL (OG1): Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA						REQUERIMIENTO FINANCIERO (PIM)				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE			
	COD	FUNCION (4)	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES (10)	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL			R.O	R.D.R.	D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación de la atención especializada por patologías.	20	SALUD	CONSULTAS	60,000	5001562	ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS	Consulta Externa en Niños y Adolescentes	Consulta	7,646	1,800	2,036	2,023	1,739	3,775	2,023	1,800	7,598	995,617	985,060	10,453	103	Departamento Psiquiátrico de Niños y Adolescentes	
							Evaluaciones en terapia Física en el DPNYA	Persona Evaluada	144	36	30	36	42	72	36	36	144						
							Terapia en Terapia Física en el DPNYA	Persona en Tratamiento	3,168	792	699	792	847	1,546	792	792	3,130						
							Evaluaciones en Terapia de Aprendizaje en el DPNYA	Persona Evaluada	316	79	61	79	66	127	79	79	285						
							Terapia de Aprendizaje en el DPNYA	Persona en Tratamiento	4,876	1,219	1,121	1,219	1,356	2,477	1,219	1,219	4,915						
							Taller de atención de concentración	Taller	2	2	2	0	0	2	0	0	2						
							Taller Cálculo Matemático y mental	Taller	2	0	0	0	0	0	2	0	2						
							Evaluaciones Psicológicas en el DPNYA	Persona Evaluada	2,362	590	676	591	945	1,621	590	591	2,802						
							Consultas Psicológicas en el DPNYA	Consulta	6,292	1,573	1,411	1,573	1,234	2,645	1,573	1,573	5,791						
							Psicoterapia grupal psicológica	Atención	151	38	114	38	92	206	122	122	450						
							Talleres de Psicología para Pacientes en el DPNYA	Taller	7	1	2	4	3	5	2	0	7						
							Talleres de Psicología para Padres en el DPNYA	Taller	10	2	0	3	4	4	3	2	9						
							Talleres en terapia de Lenguaje en el DPNYA	Taller	28	7	0	7	1	1	7	7	15						
							Atenciones en Terapia de Lenguaje en el DPNYA	Paciente atendido	5,288	1,322	1,362	1,322	1,573	2,935	1,322	1,322	5,579						
							Evaluación Psicológica en Consulta Externa de Niños y Adolescentes.	Evaluación	4,000	1,000	780	1,000	1,090	1,870	1,000	1,000	3,870						
							Psicoterapia Cognitivo Conductual, psicoterapia Racional Emotiva y otras terapias Psicológicas Individuales en C.Externa de Niños y Adolescentes	Consulta	5,500	1,375	1,137	1,375	1,367	2,504	1,375	1,375	5,254						
							Elaboración de Informe Psicológica en C. Externa Niños y Adolescentes	Informe	600	150	80	150	136	216	150	150	516						
Psicoterapia Cognitivo Conductual, psicoterapia Racional Emotiva y otras terapias Psicológicas Individuales en C.Externa de Adultos y Adultos Mayores	Consulta	8,500	2,125	1,952	2,125	2,012	3,964	2,125	2,125	8,214													
Evaluación Psicológica en Consulta Externa de Adultos y Adultos Mayores	Evaluación	8,000	2,000	1,853	2,000	1,993	3,846	2,000	2,000	7,846													
Elaboración de Informe Psicológico de Adultos y Adultos Mayores	Informe	1,300	325	306	325	348	654	325	325	1,304													



OBJETIVO GENERAL (OG1): Desarrollar un nuevo modelo de atención especializada por Patologías.															REQUERIMIENTO FINANCIERO (PIM)				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE		
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					META OPERATIVA			META FISICA					TOTAL	R.O	R.D.R.	Dy T					
	COD	FUNCION (4)	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES (10)	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM						META EJECUTADA I SEMESTRE			META REPROGRAMADA	
										PROG	EJEC	PROG	EJEC						III TRIM	IV TRIM		
Implementación de la atención especializada por patologías.	20	SALUD	DIA/CAMA	163,724	5001563	ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	Evaluación Psic. Hospitalización de Corta Estancia	Evaluación	1,800	450	483	450	479	962	450	450	1,862	7,019,558	6,881,366	138,193	0.00	Departamento de Hospitalización
							Evaluación Psic. Hospitalización de Larga Estancia	Evaluación	1,700	425	1	425	132	133	425	425	983					
							Psicoterapia y atención psicológica individual Hospitalizac. Corta Estancia	Atención	3,100	775	971	775	940	1,911	775	775	3,461					
							Psicoterapia y atención psicológica grupal Hospitalizac. Corta Estancia	Sesión	200	50	41	50	85	126	50	50	226					
							Psicoterapia y atención psicológica individual Hospitalizac. Larga Estancia	Atención	3,500	875	1,153	875	856	2,009	875	875	3,759					
							Psicoterapia y atención psicológica grupal hospitalizac. Larga Estancia	Sesión	1,900	475	369	475	395	764	475	475	1,714					
							Elaboración de Informe Psicológico en Hospitalización en Corta Estancia	Informe	300	75	81	75	89	170	75	75	320					
							Elaboración de Informe Psicológico en Hospitalización en Larga Estancia	Informe	150	37	18	37	6	24	38	38	100					
							Transferencias de Pacientes de larga estancia	Casos	6	1	2	2	2	4	2	1	7					
							Programa Antisicóticos Atípicos	Casos	416	104	255	104	14	269	104	104	477					
							Evaluación de Discapacidades	Casos	444	111	93	111	92	185	111	111	407					
							Redacción de Epicrisis	Epicrisis Redactada	444	111	93	111	92	185	111	111	407					
							Elaboración de Historias Clínicas	Anamnesis	440	110	93	110	92	185	110	110	405					
							Atención Integral en la Hospitalización de pacientes del servicio de pacientes agudos	Día/ Cama	37,672	9,418	8,869	9,418	9,313	18,182	9,418	9,418	37,018					
							Atención Integral en la Hospitalización de pacientes del servicio de Recuperación y Reinserción Social	Día/ Cama	121,572	30,393	28,085	30,393	28,404	56,489	30,393	30,393	117,275					
Atención Integral en la Hospitalización de pacientes del servicio de Psiquiatría Forense	Día/ Cama	4,480	1,120	1,016	1,120	1,060	2,076	1,120	1,120	4,316												
Brindar atención en pacientes Adictos Varones hospitalizados	Cama Ocupada	360	90	49	90	96	145	60	60	265												
Brindar atención en pacientes Adictos Varones Hospitalizados	Caso Clínico	60	15	35	15	35	70	20	20	110												



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la industria Responsable y del
Compromisos Climático"

OBJETIVO GENERAL (OG1): Desarrollar un nuevo modelo de atención especializado por Patologías.																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA					REQUERIMIENTO FINANCIERO (PIM)				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE				
	COD	FUNCION (4)	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES (10)	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL			TOTAL	R.O	R.D.R.	D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación del Programa de tratamiento y Rehabilitación biopsicosocial.	20	SALUD	SESIÓN	29,740	5000446	APOYO A LA REHABILITACION FISICA	Brindar Orientación y Educación a la Comunidad sobre el tema de Adicciones	Sesión	8	2	20	2	14	34	25	25	84	130,884	128,164	2,720	0.00	Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia	
							Brindar atención a familiares de pacientes adictos	Sesión	96	24	56	24	24	80	24	24	128						
							Brindar atención en Emergencia a pacientes adictos	Atención	20	5	5	5	6	11	5	5	21						
							Brindar atención a Pacientes de Seguimiento	Sesión	20	5	6	5	6	12	5	5	22						
							Evaluación Psicológica en Adicciones	Evaluación	700	175	131	175	179	310	175	175	660						
							Psicoterapia y atención psicológica individual en Adicciones	Atención	1,300	325	260	325	396	656	325	325	1,306						
							Psicoterapia y atención psicológica grupal en Adicciones	Sesión	400	100	95	100	76	171	100	100	371						
							Evaluaciones en Terapia Ocupacional en el DPNYA	Persona Evaluada	88	22	60	22	55	115	22	22	159						
							Terapias en Terapia Ocupacional en el DPNYA	Persona en Tratamiento	3,496	874	839	874	947	1,786	874	874	3,534						
							Evaluaciones en Masoterapia en el DPNYA	Persona Evaluada	220	55	61	55	70	131	55	55	241						
							Terapia de Masoterapia en el DPNYA	Persona en Tratamiento	2,112	528	392	528	552	944	528	528	2,000						
							Reuniones Técnicas con el personal de enfermería	Sesión	248	62	62	62	64	126	62	62	250						
							Informes a Diferentes Servicios	Informe	1,800	450	139	450	510	649	450	450	1,549						
							Confección de censos diarios de Hospitalización	Censo	4,080	1,020	1,009	1,020	1,009	2,018	1,020	1,020	4,058						
							Coordinaciones con diferentes estamentos	Informe	6,480	1,620	510	1,620	610	1,120	1,620	1,620	4,360						
							Sesiones de Consejería	Sesión	460	115	115	115	113	228	115	115	458						
							Valoración y Notas de Enfermería	Documento	16,896	4,224	4,224	4,224	4,226	8,450	4,224	4,224	16,898						
							Supervisión y Monitoreo permanente	Informe	396	99	99	99	101	200	99	99	398						
							Capacitación para el Personal de Enfermería	Sesión	8	2	2	2	2	4	2	2	8						
							Aplicación de tratamiento parenteral	Procedimiento	9,560	2,390	2,390	2,390	3,388	5,778	2,390	2,390	10,558						
Actividades Rehabilitatorias de enfermería en jardinería y biohuerto, etc	Sesión	28,500	7,125	7,125	7,125	7,128	14,253	7,125	7,125	28,503													
Terapias Orientadas a familiares y personas responsables de pacientes hospitalizados	Persona Atendida	80	20	41	20	4	45	20	20	85	7,019,558	6,881,366	138,193	0.00									
Fortalecer la Vigilancia epidemiológica de la salud mental.	20	SALUD	ACCIÓN	1,952	5001286	VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO	Vigilancia y control epidemiológico	Acción	1,400	350	350	350	350	700	350	350	1,400	133,742	133,742	0.00	0.00	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
							Capacitaciones epidemiológicas	Acción	32	8	7	8	8	15	8	8	31						
							Análisis e investigación epidemiológica	Acción	520	130	130	130	130	260	130	130	520						
							Planes de Vigilancia de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (Residuos Sólidos, Calidad Sanitaria de Alimentos y Calidad de Agua)	Planes	3	3	3	0	0	3	0	0	3						



OBJETIVO GENERAL (OG2): Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación y diagnóstico temprano																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA						META OPERATIVA			META FISICA								REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE
	COD	FUNCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.	DyT		
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Fortalecer el modelo de atención MAMIS - Hospital Víctor Larco Herrera, que priorizan la prevención y atención de víctimas de VIF – MI, con comorbilidad.	20	SALUD	ATENCIÓN	450	5001060	ACCION NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL	Acciones contra la Violencia hacia la Mujer	Acción	420	105	46	105	274	320	105	105	530	4,300	4,300	0	0	Departamento de Consulta Externa Salud Mental	
							Consejería Terapia Familiar Educación Social	Reunión	26,400	6,600	6,600	6,600	6,600	13,200	6,600	6,600	26,400					Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia	
							Atención Social en Violencia contra la Mujer	Entrevista	462	115	144	116	99	243	116	115	474						
							Atención Social en MAMIS	Entrevista	528	132	374	132	254	628	132	132	892						
							Atención Social	Acción	18,057	4,514	4,464	4,515	4,560	9,024	4,514	4,514	18,052						
	20	SALUD	ACCIÓN	18918	5000455	APOYO AL CIUDADANO Y A LA FAMILIA	Sesiones de Consejería e intervención en crisis en Consulta Externa de Niños y Adolescentes	Sesión	2,001	500	500	500	501	1,001	500	500	2,001	573,296	573,296	0	0	Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria	
							Red de Soporte e Identidad Mental	Gestión	13,319	3,329	2,879	3,330	2,915	5,794	2,712	2,400	10,906						
							Acciones como integrantes del equipo multidisciplinario	Acción	13,652	3,413	3,384	3,413	3,442	6,826	3,413	3,413	13,652						
							Seguimiento Social del Usuario	Acción	2,900	725	677	725	781	1,458	725	725	2,908						
							Educación Social a la Familia y Comunidad	Acción	1,756	439	412	439	471	883	439	439	1,761						
Fortalecimiento de Capacidades del Personal del DPNA	Persona Capacitada	233	58	45	58	71	116	59	58	233													
Perfeccionamiento en Instrumentos de trabajo	Reunión	369	92	81	92	101	182	93	92	367													
Docencia	Reunión	264	66	43	66	89	132	66	66	264													



OBJETIVO GENERAL (OG2): Fortalecer la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, logrando así prolongar los tiempos de instalación y diagnóstico temprano																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA						META OPERATIVA			META FISICA								REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE
	COD	FUNCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.	DyT		
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Elaborar Programas de Promoción y Prevención.	20	SALUD	ACCIÓN	18918	5000455	APOYO AL CIUDADANO Y A LA FAMILIA	Actividades de Promoción y Prevención	Acción	330	82	122	83	82	204	83	82	369	0	0	5,750	0		Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
							Realizar 01 campaña de atención y prevención de adicciones en la Comunidad	Campaña	1	0	1	1	0	1	0	0	1						
							Campañas de Salud Mental en la Comunidad	Campaña	36	9	6	9	3	9	9	9	27						
							Campaña de Salud Mental a la Comunidad	Acción	4	1	6	1	4	10	1	1	12						
							Acciones de Atención y Prevención en Salud Mental Comunitaria	Acción	24	6	12	6	12	24	6	6	36						
							Acciones de educación y promoción de la salud mental en la comunidad.	Acción	12	3	4	3	8	12	3	3	18						
							Acciones de prevención de la enfermedad mental en organizaciones de la comunidad	Taller	24	6	1	6	8	9	6	6	21						
							Acciones de educación y promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad	Charlas	48	12	13	12	12	25	12	12	49						
							Capacitación a personal de salud	Capacitación	12	3	1	3	0	1	3	3	7						
							Preparación al paciente y de materiales para la toma de EKG, BK en jugo gástrico-	Procedimiento	320	80	80	80	85	165	80	80	325						
Toma de muestra de EKG, Obtención de muestra de BK en jugo gástrico - Nebulizaciones	Procedimiento	320	80	80	80	85	165	80	80	325													



OBJETIVO GENERAL (OG3): Mejorar la Calidad de la atención.

RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	
	COD	UNIDAD DE MEDIDA (9)	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES (10)	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			DyT
									PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Brindar al paciente psiquiátrico una atención integral, continua y de calidad.	20	RACIÓN	213,250	5000469	APOYO ALIMENTARIO PARA GRUPOS EN RIESGO	Capacitación especializada para Profesionales y Técnicos	Capacitación	5	1	1	1	1	2	2	1	5	3,705,410	3,671,160	34,250	0.00	Departamento de Hospitalización (nutrición)	
						Reuniones Técnicas	Reuniones	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
						Brindar una alimentación científicamente balanceada	Raciones	213,250	53,312	47,872	53,313	49,887	97,759	53,312	53,313	204,384						
						Evaluación Nutricional (Hospitalización) Interconsultas	Evaluación	170	45	45	35	35	80	45	45	170						
						Evaluación Nutricional en Hospitalización (Individualizada)	Evaluación	4	1	1	0	1	2	1	2	5						
Atención con equidad a la población sujeta de atención.	20	EXAMEN	31,500	5001189	SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Apoyo al Diagnóstico Clínico con exámenes realizados por la Unidad de Laboratorio Clínico	Examen	30,000	7,500	441	7,500	17,261	17,702	7,500	7,500	32,702	1,678,488	1,633,338	29,300	15,850	DEPARTAMENTO DE APOYO MÉDICO COMPLEMENTARIO - Unidad de Laboratorio Clínico	
						Reposición de Equipos para la Unidad de Laboratorio Clínico	Equipos	5	1	13	1	0	13	1	2	16						
Atención con equidad a la población sujeta de atención.	20	ACCIÓN	18,918	5000455	APOYO AL CIUDADANO Y A LA FAMILIA	Atención Social	Entrevista	13,780	3,445	3,401	3,445	3,451	6,852	3,445	3,445	13,742	579,046	573,296	5,750	0.00	DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA	
						Coordinación de Red de Soporte	Gestión	6,375	1,593	1,596	1,594	1,591	3,187	1,594	1,594	6,375						
						Monitoreo para prevención del abandono del tratamiento.	Visita domiciliaria	550	138	89	137	129	218	137	138	493						
Desarrollo de la cultura de calidad de la atención.	20	ACCIÓN	12	5000003	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Aplicación del cuestionario de satisfacción del usuario externo	Informe	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
						Propuestas de acciones de mejora de la satisfacción del usuario externo	Informe	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
						Atención, análisis y respuesta de quejas y sugerencias	Informe	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
						Atención, análisis y respuesta de reclamaciones	Informe	4	1	1	1	1	2	1	1	4						



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD Hospital "Victor Larco Herrera" Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú" "Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas

RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA						META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE				
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			Dy T			
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM										
Sistema de ordenamiento de acervo documentario.							Tramitación de Certificados Médicos psiquiátricos, informes médicos y constancias de atención, entre otros procedimientos por silencio	Informe	820	205	702	205	1319	2,021	800	800	3,621									
Proponer y promover un sistema de información institucional vinculado e integrado tanto interno como externo.							Facilitar la comunicación con los usuarios internos y externos, mediante el uso de la telefonía móvil, y promover el uso de telefonía IP (Internet Protocolo)	Equipo	3	0	25	1	25	50	20	20	90									
							Mantenimiento del Correo Electrónico Institucional y Creación de Nuevas Cuentas	Correo	75	19	250	18	250	500	19	19	538									
							Recepción, elaboración y tramitación de documentos de diversa índole en el ámbito interno y externo.	Expediente	5,649	1,412	1,436	1,413	1,436	2,872	1,412	1,412	5,696									
							Implementación de mayor nivel de seguridad en la red informática institucional, a fin que permita restringir el acceso a las páginas web de internet, mediante la adquisición de FIREWALL o muralla de fuego, o un servidor SQUID en LINUX.	Equipo	1	0	2	0	2	4	0	1	5									
Reportar un sistema moderno (red estructurada) de comunicaciones de red (datos, voz y video) administrativo de software.	20	SALUD	ACCIÓN	12	5000003	GESTION ADMINISTRATIVA	Implementación de Red de comunicación de voz, video y datos, parte administrativa y asistencial (Proyecto de Perfil de Red estructurada)	Informe	1	0	0	0	0	0	0	1	1									
							Promover la implementación de un sistema estadístico informático integrador, que permita administrar una gran base de datos correctamente interrelacionada con todos los agentes internos y externos, que participan en los diversos procesos y procedimientos en la atención a los pacientes (Usuarios Finales).	Software y/o Sistemas	1	0	1	0	1	2	0	1	3	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947					OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Proceso de atención acorde a la necesidad del usuario.							Apertura de historias clínicas pacientes nuevos	Historia Clínica	1,466	366	3,749	367	4,609	8,358	367	366	9,091									
							Llenado e integración de datos en el sistema HIS, suscritos en el registro de atención de consultas externas diarias hojas HIS.	Registro	20,311	5,077	22,559	5,078	25,400	47,959	5,078	5,078	58,115									
							Registrar las atenciones del servicio de emergencia en sistema y hoja de cálculo de Excel	Registro	643	160	767	161	668	1,435	161	161	1,757									
							Movilizar las historias clínicas para la atención de pacientes en la consulta externa y hospitalización.	Hist. Clínica	20,311	5,077	22,559	5,078	25,400	47,959	5,078	5,078	58,115									
							Elaborar los informes estadísticos de monitoreo hospitalario (ASIS, sala situacional, consulta externa Niños, Adultos, Hospitalización, Adicciones, Médicos Complementarios) vía correo electrónico.	Informe	6	1	3	2	3	6	2	1	9									
						Elaboración de informes de los egresos hospitalarios y extensión de certificados de discapacidad, en hoja de cálculo EXCEL (Egresos Normales e Informes del INPE).	Informe	4	1	3	1	3	6	1	1	8										



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																								
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA						META OPERATIVA			META FÍSICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE		
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			DyT	
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM								
Acreditación del hospital III-E							Autoevaluación	Informe Técnico	1	0	0	0	0	0	1	0	1							
Implementación del programa de mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	12	5000003	GESTION ADMINISTRATIVA	Impulsar la adopción de Guías de Práctica Clínica por patología priorizada	Acta	1	0	0	1	1	1	0	0	1							
							Impulsa la Elaboración de Protocolos de atención por patología priorizada	Acta	1	0	0	1	1	1	0	0	1							
							Impulsar la adherencia a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica adoptadas	Acta	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
							Evaluación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	4	0	0	1	1	1	1	1	2	4						
							Evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1						
							Asesoría y Monitoreo de proyectos de mejora de las áreas administrativas y asistenciales	Informe	3	0	0	1	1	1	1	1	1	3						
							Implementación del Software REFCON	Informe	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1						
							Socialización y actualización de los componentes y Normatividad vigente del sistema de Referencia y Contrareferencia al personal del HVLH	Documento	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2						
Reporte de Referencia y Contrareferencias	Reporte	12	3	3	3	3	6	3	3	12														
																	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA					REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE				
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL			TOTAL	R.O	R.D.R.	D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	12	5000003	GESTION ADMINISTRATIVA	Recopilación de la Información para mantener actualizada la Página Web.	Formato	340	85	86	85	86	172	85	85	342	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE COMUNICACIONES	
							Difusión de normatividad de lucha contra la corrupción, transparencia y acceso a la información Pública, difusión del código de ética en la función pública.	Comunicado	22	6	6	6	6	12	5	5	22						
							Coordinar con los medios de prensa escrita, radial y televisiva para la difusión de actividades y entrevista a los profesionales de la Institución en Salud Mental	Entrevistas	52	13	13	13	12	25	13	13	51						
							Orientación al Público usuario.	Atenciones	4,202	1,051	1,051	1,050	1,051	2,102	1,051	1,050	4,203						
							Actividades de Salud Mental y Comunitaria	Banner	49	12	12	13	13	25	15	9	49						
							Actividades epidemiológicas del MINSA propias de la institución	Dípticos	13	3	3	3	3	6	4	3	13						
							Promover el Conocimiento y la Difusión de las normas en el hospital	Boletín - Informe	2	0	1	1	0	1	0	1	2						
							Brindar apoyo técnico legal a la Dirección General y a los demás órganos de control del hospital	Informe	2	0	1	1	0	1	0	1	2						
							Supervisión y Monitoreo del desarrollo de las actividades de las Oficinas administrativas (Oficinas de Economía, Logística, Personal y de Servicios Generales y Mantenimiento).	Documento	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
							Registro de Documentos internos y externos que ingresan a la Oficina Ejecutiva de Administración	Documentos	10,560	2,640	2,640	2,640	2,640	5,280	2,640	2,640	10,560						
							Redacción de Documentos Administrativos internos y externos de la OEA	Documentos	4,752	1,188	1,188	1,188	1,188	2,376	1,188	1,188	4,752						
							Fotocopiado de Documentos ingresados a la OEA	Documentos	7,920	1,980	1,980	1,980	1,980	3,960	1,980	1,980	7,920						
							Despacho de documentos de la OEA	Documentos	10,560	2,640	2,640	2,640	2,640	5,280	2,640	2,640	10,560						
Numeración de documentos redactados	Documentos	4,752	1,188	1,188	1,188	1,188	2,376	1,188	1,188	4,752													
Archivo de documentos recibidos y despachados	Documentos	10,560	2,640	2,640	2,640	2,640	5,280	2,640	2,640	10,560													



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la industria Responsable y del
Compromisos Climático"

OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA						META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	12	5000003	GESTION ADMINISTRATIVA	Seguimiento del Plan Anual de Contrataciones	Supervisión	12	3	3	3	3	6	3	3	12	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE LOGÍSTICA	
							Consolidar Cuadro de Necesidades requerimientos y Proyectar plan Anual	Documento - Reunión	1	0	0	0	0	0	1	1							
							Adquisición de Bienes y Servicios	Documento	1,500	375	452	375	687	1,139	375	375	1,889						
							Fomentar el trabajo en Equipo	Reunión	4	1	1	1	1	2	1	1	4						
							Recepción de Bienes	Documento	1,200	300	563	300	492	1,055	300	300	1,655						
							Patrimonio e inventario Institucional	Documento	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
							Registro de compromisos girado y devengados.	Registro	8,000	2,000	1,714	2,000	1,742	3,456	2,000	2,000	7,456						
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	16	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Habilitación de la partida de Gasto 2.1.1 - Retribuciones y Complementos en efectivo	Documento	1	1	1	0	0	1	0	0	1	14,314	13,231	1,083	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Unidad de Presupuesto y Costos	
							Incorporación de Saldo de Balance	Documento	2	2	2	0	0	2	0	0	2						
							Evaluación Anual de Presupuesto y Metas Físicas 2013	Documento	1	1	1	0	0	1	0	0	1						
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	16	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Información de Ejecución Presupuestal mensual para la Página Web	Documento	12	3	3	3	3	6	3	3	12	14,314	13,231	1,083	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Unidad de Presupuesto y Costos	
							Ejecución Mensual de Presupuesto	Documento	24	6	6	6	6	12	6	6	24						
							Programación y Formulación Multianual de Presupuesto 2015 - 2017	Documento	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
							Certificación de Créditos Presupuestarios	Documento	120	30	219	30	320	539	30	30	599						
							Notas de Modificación Presupuestal	Documento	12	3	21	3	27	48	3	3	54						
							Elaboración de la Estructura de Costos de las Unidades Orgánicas	Coordinación	6	2	2	1	1	3	1	1	5						
							Reunión para Exposición "Normativa y Metodología de Costeo Hospitalario" para los jefes de las diferentes unidades orgánicas del Hospital	Acta	1	0	0	1	0	0	0	0	0						
							Elaboración de Costos de las Terapias y Psicoterapias, para su incorporación en el Tarifario Institucional	Coordinación	3	1	1	1	1	2	1	0	3						
							Continuar con la elaboración de la estructura de costos de los Análisis Clínicos del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Informe	2	1	1	1	1	2	0	0	2						



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA						META OPERATIVA			META FISICA								REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.	D y T		
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación de política de gasto del presupuesto asignado, atención de documentos de logística, eficacia y eficiencia en todos los procesos Administrativos.	20	SALUD	ACCIÓN	16	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Coordinar con el Servicio de Apoyo al Diagnóstico para la elaboración de Estructura de Costos de los Análisis Clínicos	Coordinación	2	1	1	1	1	2	0	0	2	14,314	13,231	1,083	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Unidad de Presupuesto y Costos	
							Elaborar la Estructura de Costos de Servicio de Odontología	Informe	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
							Informe situacional del proyecto de TUPA del Hospital	Informe	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
							Elaborar Informe Anual 2013 de Rendición de Cuentas de l Hospital en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares de la Contraloria General de la Republica con la informacion de las oficinas involucradas	Informe	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, ROF, MAPRO (Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo).	20	SALUD	ACCIÓN	16	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Prestar apoyo, Organizar y Supervisar actividades de apoyo administrativo y secretarial	Acciones	1,584	396	396	396	396	792	396	396	1,584	14,314	13,231	1,083	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Secretaría	
							Redactar, revisar la documentación y apoyar en la elaboración de documentos técnicos	Documentos	120	30	30	30	30	60	30	30	120						
							Organizar y concertar reuniones; recibir y atender visitas	Acciones	7	4	4	1	1	5	1	1	7						
							Organizar y mantener actualizado el archivo de gestión	Acciones	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
							Coordinar con la Oficinas, Departamentos y Servicios sobre el planeamiento operativo	Coordinación	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
							Asistencia técnica en Planeamiento a Personal de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HVLH	Exposición	2	0	0	1	1	1	1	0	2						
							Gestionar el Presupuesto Anual 2015 ante el Ministerio de Salud	Coordinación	6	1	1	1	1	2	3	1	6						
							Asesorar y orientar a la Dirección General en temas de Planeamiento Estratégico y Operativo	Informe	2	0	1	1	0	1	1	0	2						
							Elaboración del Manual de Organización y Funciones	Documento	24	6	4	6	0	4	6	6	16						
							Formulación del Cuadro de Asignación de Personal.	Documento	2	0	0	1	0	0	1	0	1						
Actualización de Manual de Procedimientos y Guías de procedimientos	Documento	30	7	2	8	1	3	7	8	18													



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																							
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA						REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE			
	COD	FUNCION	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL			R.O	R.D.R.	D y T
										PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Actualización de documentos de gestión, PEI, POA, CAP, MOF, ROF, MAPRO (Actualización o creación de la normatividad de procedimientos asistenciales y administrativos y seguimiento respectivo).	20	SALUD	ACCIÓN	16	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Opinión sobre Documentos Técnico Normativos, de acuerdo a Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA	Documento	70	25	30	15	17	47	15	15	77	14,314	13,231	1,083	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - Unidad de Planeamiento, Organización y Proyectos	
							Evaluación del Plan estratégico Institucional 2012 - 2016 del año 2012 y 2013	Documento	1	0	0	1	1	1	1	0	2						
							Evaluación Anual de Plan Operativo Anual 2013 del Hospital Víctor Larco Herrera	Documento	1	1	1	0	0	1	0	0	1						
							Formulación del Plan Operativo Anual 2014 del Hospital Víctor Larco Herrera	Documento	1	1	0	0	1	1	1	0	1						
							Taller para formulación POA 2015 del Hospital Víctor Larco Herrera	Acta	1	1	1	0	0	1	0	0	1						
							Monitoreo I Trimestre del Plan Operativo Anual 2014 Hospital Víctor Larco Herrera.	Documento	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
							Formulación del PRE-POA 2015 del Hospital Víctor Larco Herrera	Documento	1	0	0	1	1	1	0	0	1						
							Evaluación I Semestre del Plan Operativo 2014 del Hospital Víctor Larco Herrera.	Documento	1	0	0	0	0	0	1	0	1						
							Reprogramación y/o Reformulación del Plan Operativo Anual 2015 del Hospital Víctor Larco Herrera	Documento	1	0	0	0	0	0	1	0	1						
							Monitoreo III Trimestre del Plan Operativo Anual 2015 Hospital Víctor Larco Herrera.	Documento	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
Formulación del Plan Operativo 2016 definitiva (ajustado al presupuesto aprobado) del Hospital Víctor Larco Herrera.	Documento	1	0	0	0	0	0	0	1	1													
Brindar en forma oportuna el pago de planilla de Cesantes.	20	SALUD	PLANILLA	2	5000001	PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	Pago de Aguinaldo de Personal por Contrato Administrativo de Servicios	Planilla	2	0	0	1	1	1	0	0	1	121,100	121,100	0.00	0.00	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	
							ACCIONES DE CONTROL Y AUDITORIA	Acciones y Actividades de Control	Informe	27	6	6	7	6	12	7	7	26	117,740	113,900	3,840	0.00	OFICINA DE CONTROL INTERNO
Brindar en forma oportuna el pago de planilla de Cesantes.	24	PREVISION SOCIAL	PLANILLA	12	5000991	OBLIGACIONES PREVISIONALES	Sistema de Pensiones	Planilla	12	3	3	3	3	6	3	3	12	6,281,172	6,281,172	0.00	0.00	OFICINA DE PERSONAL	



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD Hospital "Victor Larco Herrera" Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú" "Año de la Promoción de la industria Responsable y del Compromisos Climático"

OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas

RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	
	COD	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			D y T
									PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo ejecutado.	20	ACCIÓN	12	5001195	SERVICIOS GENERALES	Acondicionamiento y mantenimiento de jardines , limpieza, sanitización de pabellones, oficinas y servicios, actividades de saneamiento ambiental y vigilancia interna.	Acción	12	3	3	3	3	6	3	3	12	5,180,196	4,999,196	181,000	0.00	OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	
						Confección de Ropa de Pacientes de Hospitalización	Unidad	720	180	180	180	0	180	180	180	540						
						Confección de ropa de cama de pacientes Hospitalizados	Unidad	4,008	1,002	1,002	1,002	0	1,002	1002	1002	3,006						
						Arreglo de ropa de pacientes de Hospitalización	Unidad	1,500	375	375	375	1,004	1,379	375	375	2,129						
						Confección de Uniformes de Faena del personal asistencial y administrativa, otras prendas	Unidad	1,944	486	486	486	486	972	486	486	1,944						
	Lavado de ropa de Pacientes y de cama del Dpto. de Hospitalización, de Emergencia y Rehabilitación y Otros de Consulta Externa.	Kilos	114,396	28,599	28,599	28,599	32,794	61,393	28,599	28,599	118,591											
	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPO	20	EQUIPO	120	5001565	Mantenimiento y Reparación de equipos	Equipo	120	30	7	30	4	11	30	30	71	147,400	78,500	68,900	0.00		
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	20	ACCIÓN	1,320	5000953	Reparación y Mantenimiento de Infraestructura	Acción	1,320	330	363	330	436	799	330	330	1,459	1,783,829	1,778,590	5,239	0.00			
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	20	ACCIÓN	12	5000003	Ejecutar el Plan de Mantenimiento preventivo y Correctivo de equipos, ejecución del Plan de Contingencia y Administración de Software	Equipo	68	17	100	17	100	200	17	17	234	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA		
Implementación del modelo de Gestión Presupuesto por Resultados (PpR)	20	ATENCIÓN	180	5002789	ATENCIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Psicomotriz	Unidad en Funcionamiento	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2,200	2,200	0.00	0.00	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN Y PSICOTERAPIA	
						Implementación de Unidad de Remediación Cognitiva	Unidad Implementada	1	0	0	0	0	0	1	0	1						
						Terapias especializadas de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad en Niños y Adolescentes	Persona Atendida	180	45	160	45	175	335	45	45	425						
						Atención de Terapia Ocupacional	Persona Atendida	60	15	26	15	18	44	15	15	74						
						Terapias especializadas de remediación cognitiva y psicomotricidad	Persona Atendida	60	15	6	15	30	36	15	15	66						
						Aprestamiento en Actividades Básicas de la Vida Diaria	Persona Atendida	60	15	17	15	15	32	15	15	62						
	Aprestamiento en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Persona Atendida	20	5	0	5	5	5	5	5	15											
CERTIFICACIÓN	20	CERTIFICACIÓN	500	5002790	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD	Certificaciones de Discapacidad e Incapacidad entregadas.	Certificado	500	125	106	125	125	231	125	125	481	1,000	1,000	0.00	0.00		



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																						
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	
	COD	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			D y T
									PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Implementación del modelo de Gestión Presupuesto por Resultados (PpR)	20	PERSONA TRATADA	300	5000102	Exámenes de Tamizaje y Tratamiento de Pacientes con Problemas y Trastornos de Salud Mental	Tamizaje y tratamiento de pacientes con problemas y Trastornos de Salud Mental en el Departamento de Niños y Adolescentes	Persona Tratada	100	25	4	25	17	21	25	25	71	1,621,364	618,150	6,000	997,214	DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	
						Tratamiento Ambulatorio de Salud mental de los Trastornos afectivos (episodio depresivo, ansiedad y conducta suicida)	Persona Tratada	200	50	48	50	79	127	50	50	227					DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA	
Ejecución del Aseguramiento Universal en Salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS)	20	ACCIÓN	12	5000003	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Atención al Cien por ciento (100%) de pacientes asegurados referidos al Hospital	Atención	15,200	3,800	3,798	3,800	4,800	8,598	3,800	3,800	16,198	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
						Registro y Control de Calidad del formato único de atención	Informe	2	0	0	1	1	1	0	1	2						
						Socialización y actualización de los componentes y normativa vigente del Seguro Integral de Salud al personal del HVLH.	Documento	4	1	1	1	2	3	1	1	5						
						Capacitación al personal de la Unidad de Seguros	Persona Capacitada	9	0	0	3	2	2	3	3	8						
Mejora del acceso a medicamentos	20	RECETA	105,000	5001867	BRINDAR UNA ADECUADA DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Dispensación de medicamentos en Farmacia de Consultorios Externos y Hospitalización	Receta	66,000	16,500	17,468	16,500	18,630	36,098	16,500	16,500	69,098	3,523,971	430,252	2,884,306	209,413	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	
						Dispensación de medicamentos en Farmacia de Emergencia.	Receta	13,200	3,300	4,380	3,300	4,621	9,001	3,300	3,300	15,601						
						Dispensación de medicamentos en Dosis Unitaria	Receta	34,000	8,500	9,450	8,500	9,487	18,937	8,500	8,500	35,937						
						Supervisión, Control e Informe de uso de Psicotrópicos	Receta	800	200	152	200	274	426	200	200	826						
						Suministro de productos Farmacéuticos y Dispositivos médicos e Insumos	Orden de Compra	240	60	43	60	89	132	60	60	252						
						Distribución de material e Insumos de consumo interno	Formato	200	50	48	50	49	97	50	50	197						
						Asegurar la adecuada conservación y seguridad de los Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos e Insumos	Documento	4	1	1	1	1	2	1	1	4						
						Informes de Consumo, movimiento económico y listado de precios	Documento	36	9	9	9	9	18	9	9	36						
						Monitoreo y Control de Stock de productos farmacéuticos	Documento	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
						Charlas Informativas de Uso Racional de Medicamentos para personal del HVLH	Registro	12	3	3	3	3	6	3	3	12						
						Intervención Farmacéutica	Formato	120	30	23	30	25	48	30	30	108						
						Fortalecer los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapéutico	Elaboración de Reenvasado de soluciones y reajustes de dosis de medicamentos	Pedido	16	4	4	4	2	6	4	4						14
	Elaboración de reporte de Tramitación	Formato	120	30	20	30	20	40	30	30	100											
	Evaluación de las notificaciones de sospecha de RAMs	Formato	120	30	25	30	20	45	30	30	105											



OBJETIVO GENERAL (OG4): Lograr eficiencia en los Procesos Administrativos y la actualización de la Normatividad e Implementación de las mismas																						
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA						REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE		
	COD	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O			R.D.R.	D y T
									PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencia por Desastres.	20	DOCUMENTO	2	5004280	DESARROLLO DE INSTRUMENTOS ESTRATEGICOS PARA LA GESTION DE RIESGO DE DESASTRES	Reuniones Técnicas para la Elaboración, Articulación y Aprobación del Plan de Prevención y Reducción de Riesgos	Documento	4	1	1	1	1	2	1	1	4	10,500	10,500	0.00	0.00	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	
						Reuniones Técnicas para la Elaboración de los Planes de Contingencia	Documento Aprobado	1	1	1	0	0	1	0	0	1						
						Reuniones Técnicas para la Elaboración de los Planes de Respuesta	Taller	1	0	0	1	0	0	0	1	1						
		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	1	5001576	SEGURIDAD FUNCIONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Realizar el Inventario de Recursos	Informe	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3,000	3,000	0.00		0.00
						Señalización de Rutas de Emergencia y salida frente a Emergencias y Desastres	Establecimiento de Salud	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	1	5004475	SEGURIDAD ESTRUCTURAL Y NO ESTRUCTURAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Mantenimiento y Reforzamiento estructural de los servicios críticos	Informe	1	1	1	0	0	1	0	0	1	19,000	19,000	0.00	0.00		
						Mantenimiento de Muros exteriores e interiores del EE. SS.	Establecimiento de Salud	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
Mantenimiento de las Líneas Vitales	Establecimiento de Salud					1	0	0	0	0	0	1	0	1								
Mantenimiento de los Sistemas de Calefacción, Ventilación, Aire acondicionado y/o Agua caliente, principalmente de servicios críticos.	Establecimiento de Salud					1	0	0	1	1	1	0	0	1								
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	1	5003304	CAPACIDAD DE EXPANSIÓN ASISTENCIAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ESTRATÉGICOS	Implementación de las áreas de expansión asistencial en el Establecimiento de Salud	Documento	1	0	0	1	1	1	0	1	2	53,250	53,250	0.00	0.00				
SIMULACRO	3	5003303	ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SIMULACROS FRENTE A EMERGENCIAS Y DESASTRES	Ejecución del Simulacro, que incluya la evacuación, el armado y desarmado de carpas	Simulacro	3	0	0	1	1	1	1	1	1	3	6,000	6,000	0.00	0.00			
INFORME TÉCNICO	12	5004473	IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS DE OPERACIONES DE EMERGENCIAS DE SALUD PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES ANTES SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES	Elaboración de Informes Técnicos	Informe Técnico	12	3	3	3	3	6	3	3	12	145,800.00	145,800	0.00	0.00	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA			



OBJETIVO GENERAL (OG 05): Fortalecimiento de competencias y mejora del clima laboral.																						
RESULTADO ESPERADO	CADENA FUNCIONAL PROGRAMATICA					META OPERATIVA			META FISICA							REQUERIMIENTO FINANCIERO				OBSERVACIONES	DEPENDENCIA Y/O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	
	COD	UNIDAD DE MEDIDA	META REPROGRAMADA	COD	ACTIVIDADES	ACCIONES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO / ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUAL	I TRIM		II TRIM		META EJECUTADA I SEMESTRE	META REPROGRAMADA		TOTAL META REPROGRAMADA ANUAL	TOTAL	R.O	R.D.R.			DyT
									PROG	EJEC	PROG	EJEC		III TRIM	IV TRIM							
Fomentar una Cultura Organizacional y Clima Laboral adecuados.	20	ACCION	550	5000005	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Organizar actividades deportivas y de camaradería y reconocimiento a los trabajadores. Felicitación en cumpleaños a trabajadores	Diploma	1,065	241	241	342	243	484	241	241	966	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE COMUNICACIONES	
						Talleres de desarrollo de potencial humano en pabellones asistenciales	Informe	3	0	0	1	1	1	1	1	3	1,231,659	1,111,430	87,283	32,947	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
						Talleres de desarrollo organizacional	Informe	3	0	0	1	1	1	1	1	3						
						Aplicación de sociogramas	Informe	3	0	0	1	1	1	1	1	3						
						Aplicación de instrumento de medición del clima organizacional	Informe	1	0	0	0	0	0	0	1	1						
Implementación del programa de revaloración del recurso humano; y Capacitación del personal en las áreas						Plan de Desarrollo de las Personas	capacitación	50	10	0	18	0	0	18	4	22	100,000	100,000	0.00	0.00	OFICINA DE PERSONAL	
Promover la Investigación científica y operativa en la institución.	20	INVESTIGACION	15	5000913	INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	Formar Equipos de Investigación	Equipo	1	0	0	0	0	0	1	0	1	19,623	16,123	3,500	0.00	OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
						Aprobar Protocolos de Investigación	Protocolo	15	3	4	4	5	9	4	4	17						
						Formalizar Convenios con Instituciones de Educación Superior	Informe	10	3	3	3	5	8	2	2	12						
						Evaluar las actividades Docentes	Visita	2	1	0	0	1	1	1	0	2						
Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital.	20	ACCION	11	5000538	CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO	Personal orientado a mejorar la gestión de la Institución	Personas	11	3	22	3	0	22	0	0	22	130,558	127,158	3,400	0.00	OFICINA DE PERSONAL	