PAG. WEB

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 079 -2017- DG-HVLH

Magdalena del Mar, 25 de Abril de 2017

Visto; la Nota Informativa N° 111-2017-OESA-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842 y sus Modificatorias, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el literal a) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA de fecha 17 de Julio del 2015, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local";

Que, en el contexto expuesto, con la finalidad de contribuir a optimizar la gestión en salud del hospital Víctor Larco Herrera, mediante el documento del Visto la Oficina de Epidemiología de Salud Ambiental, ha elaborado el Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) Año 2016 del hospital Víctor Larco Herrera, cuyo documento contiene información relevante para los procesos de conducción, gerencia, toma de decisiones y por ende mejorar la calidad de atención en Salud Mental;

Que, mediante Nota Informativa N° 056-2017-OEPE/HVLH, la Jefatura de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, emite opinión técnica favorable, con relación al documento técnico denominado "Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) - 2017), indicando que cumple con la estructura señalada en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos para el Ministerio de Salud" y solicita a la Dirección General su aprobación, mediante acto resolutivo;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional y alcanzar los objetivos y metas, resulta pertinente atender lo solicitado, consecuentemente corresponde emitir el acto resolutivo aprobando el documento denominado "Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) Año 2016;

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y con el visado del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

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

SE RESUELVE:

Articulo 1º.-APROBAR el Documento Denominado: **"ANÁLISIS SITUACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (ASEH) AÑO 2016"** del Hospital "Víctor Larco Herrera" el mismo que a fojas once (251), debidamente visado, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.-Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 3º.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Porta Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera **(www.larcoherrera.gob.pe)**

Regístrese y Comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Noemí Angélica Collado Guzmán
Directora General (e)
C.M.P. 17783 R.N.E. 7719

NACG/MVRV/.

PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"

ANÁLISIS SITUACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (ASEH)

AÑO 2016.

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

PERÚ/MINSA/IGSS/DISA-L-M/HVLH/OESA

Magdalena del Mar.

Lima – Perú.

Oficina de Epidemiología y Salud ambiental OESA - HVLH

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA

ANÁLISIS SITUACIONAL ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (ASEH) AÑO 2016.

MAGDALENA DEL MAR – AÑO 2016

MINISTERIO DE SALUD

Señora Ministra de Salud
PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA

Señora Viceministra de Salud
SILVIA ESTER PESSAH ELJAY

Méd. Gladys Marina Ramírez Prada
Directora General
Dirección General de Epidemiología

DIRECTOR DE SALUD LIMA METROPOLITANA
MC JORGE ARTURO FLORES DEL POZO

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Dra. Noemí Angélica Collado Guzmán.
Directora General.

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

Med. Roger Alejando Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Lic. Obdulia Violeta Flores Fernández (Departamento de Enfermería)
Responsable Unidad Funcional de Vigilancia Epidemiológica

Sr. Samuel Reátegui Gonzales.
Unidad Funcional de Salud Ambiental

Sr. Edgar Tuesta Ramos
Unidad Funcional de Bioestadística

Sra. María Magdalena Ching Contreras
Asistente Administrativo

Sra. María Antay Zambrano
Secretaria

ELABORADO POR:

Med. Roger Alejando Abanto Marín
Sr. Edgar Tuesta Ramos
Agradecimiento:
Méd. Gladys Marina Ramírez Prada
Directora General **de Epidemiologia del Ministerio de Salud.**

EQUIPO DE GESTIÓN

Med. Noemí Angélica Collado Guzmán.
Directora General
Med. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso
Director Adjunto
Mg. Humberto García Ordinola
Director de la Oficina Ejecutiva de Administración.
CPC. Abelardo Milko Mayor López.
Jefe del Órgano de Control Institucional.
Med. Ana Erika Chinen Yara
Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Med. Roger Alejandro Abanto Marín.
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Med. Carlos Alexis Salgado Valenzuela.
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Lic. Adm. Clorinda Ríos Escobedo
Jefa de la Oficina de Personal
Abogada. Miriam Ysabel Rodríguez Vargas
Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica
CPC. Rosa Yesilú Llontop Checa
Jefe de la Oficina de Economía
Abog. Luz Ofelia Martínez Velezmoro
Jefe de la Oficina de Logística
Ing. Jonny Humberto Choquehuanca Pacheco
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Abog. Hipólito Castro Lázaro
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática.
Dr. Enrique Javier Bojórquez Giraldo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Med. Walter Hugo Contreras Juárez
Jefe de la Oficina de Comunicaciones
Med. Gloria Grados Reyes
Jefa de Departamento de Adicciones
Méd. Ana Boza Huamaní
Jefa del Departamento de Hospitalización
Med. Leonardo Augusto Rodríguez Monzón
Jefe de Departamento de Emergencia
Med. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez
Jefa de Departamento de Psiquiatría del Niños y Adolescentes
Med. Juana Villa Morocho
Jefa de Departamento Consulta Externa
Méd. Ana María Zamalloa Torres
Jefa de Salud Mental Comunitaria
Med. Pedro Mauricio Gago Manco
Jefe de Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
Med. Moisés Abel Pajuelo Romero
Jefe de Departamento de Apoyo Medico Complementario
Lic. María del Carmen Curahua Rivera
Jefa de Departamento de Enfermería
MG Ada Gabriela Vásquez Ames
Jefa de Departamento de Psicología
QF Julissa Janet Rivera Aguirre de Cayo
Jefa de Departamento de Farmacia
Lic. Nelly Vásquez Delgado
Jefa de Departamento de Nutrición y Dietética
Lic. Salomé Cavero Lizarme
Jefa de Departamento de Trabajo Social

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 079 -2017- DG-HVLH

Magdalena del Mar, 25 de Abril de 2017

Visto; la Nota Informativa N° 111-2017-OESA-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842 y sus Modificatorias, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el literal a) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA de fecha 17 de Julio del 2015, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local";

Que, en el contexto expuesto, con la finalidad de contribuir a optimizar la gestión en salud del hospital Víctor Larco Herrera, mediante el documento del Visto la Oficina de Epidemiología de Salud Ambiental, ha elaborado el Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) Año 2016 del hospital Víctor Larco Herrera, cuyo documento contiene información relevante para los procesos de conducción, gerencia, toma de decisiones y por ende mejorar la calidad de atención en Salud Mental;

Que, mediante Nota Informativa N° 056-2017-OEPE/HVLH, la Jefatura de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, emite opinión técnica favorable, con relación al documento técnico denominado "Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) - 2017), indicando que cumple con la estructura señalada en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos para el Ministerio de Salud" y solicita a la Dirección General su aprobación, mediante acto resolutivo;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional y alcanzar los objetivos y metas, resulta pertinente atender lo solicitado, consecuentemente corresponde emitir el acto resolutivo aprobando el documento denominado "Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) Año 2016;

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y con el visado del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

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

SE RESUELVE:

Articulo 1º.-APROBAR el Documento Denominado: **"ANÁLISIS SITUACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (ASEH) AÑO 2016"** del Hospital "Víctor Larco Herrera" el mismo que a fojas once (251), debidamente visado, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.-Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 3º.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Porta Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera **(www.larcoherrera.gob.pe)**

Regístrese y Comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Med. Noemí Angélica Collado Guzmán
Directora General (e)
C.M.P. 17783 R.N.E.

NACG/MYRV/.

AGRADECIMIENTO

La Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera agradece a las diferentes Direcciones, Oficinas y Departamentos, Servicios y Unidades Asistenciales de la Institución, por brindarnos Información, para la elaboración del presente documento de gestión.

Med. Roger Alejandro Abanto Marín

Jefe de Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental

Hospital Víctor Larco Herrera.

PRESENTACIÓN

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera, ente responsable del manejo e interpretación de la información, viene contribuyendo al mejor conocimiento de la realidad sanitaria, a través de los análisis de situación de salud.

En los últimos años, se han presentado diversos fenómenos demográficos y sociales que están repercutiendo en el estado de salud del país, determinando cambios en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto; lo cual plantea retos interesantes al sistema de salud. La metodología del análisis de situación de salud, se constituye en una herramienta valiosa para evidenciar las implicancias de los determinantes en el estado de salud. De esta manera se convierte en un proceso que permanentemente está indicando las prioridades a incorporar en la agenda sanitaria de la institución.

El presente documento muestra los problemas del estado de salud y sus determinantes, identificando la información más relevante, con el fin de que se planifiquen investigaciones más específicas que permitan tener una lectura más profunda de las causas de los problemas de salud, y así diseñar las intervenciones más apropiadas.

Esta publicación servirá de insumo para los tomadores de decisiones del equipo de gestión del Hospital Víctor Larco Herrera, así como a los demás hospitales y al MINSA, permitiendo direccionar la gestión y las políticas de salud sustentado en base a evidencias técnicas.

Roger Alejandro Abanto Marín

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

INDICE

Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN. 12

II. FINALIDAD 13

III. OBJETIVOS 13

IV. BASE LEGAL. 13

V. AMBITO DE APLICACIÓN. 13

VI. CONTENIDO: 14

6.1 Análisis de los determinantes 14

6.2 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA.- Pirámide Poblacional – Año 2015 & 2016. 82

6.3 Análisis de la Demanda de Atención Hospitalaria 86

6.3.1.1 Consulta Externa 97

6.3.1.2 DPTO. DE ADICCIONES – Consulta Externa 2015–2016 110

6.3.1.3 Violencia Familiar 2015-2016 112

6.3.1.4 HOSPITALIZACION (Egresos) (2012 – 2016) 127

6.3.1.5 De Emergencia (2012 – 2016) 134

6.4 Análisis de la Oferta Hospitalaria. 140

6.4.1 Recurso Humano 141

6.4.2 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 144

6.4.2.1 INFORME DE RESULTADO DE MEDICION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (SERVQUAL)-2016 144

6.4.2.2 MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA 2016. 160

6.4.2.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE 188

6.5 DOCENCIA E INVESTIGACION 190

6.6 Gestión de los Servicio de Salud 193

6.7 Infraestructura Hospitalaria. 196

6.7.1 Ver foto de centro de acopio antiguo año 2016 196

6.7.2 Ver foto comenzando la remodelación del nuevo centro de acopio año 2016 197

6.7.3 DISPONIBILIDAD DE CAMAS 199

6.8 Aspectos Generales del Hospital Víctor Larco Herrera. 200

6.8.1 Plano de conjunto 206

6.8.2 VISTA AEREA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 207

6.8.3 Planta física 208

6.8.4 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y ORGANIZACIÓN 209

6.8.5 Descripción y análisis de la estructura orgánica del Hospital Víctor Larco Herrera. ... 210

6.9 Manejo de Residuos Sólidos. 212

6.10 Análisis del Financiamiento en relación a los objetivos. 217

6.10.1 CUADROS COMPARATIVO- EJECUCIÓN 2011 AL 2016 217

6.11 Priorización de Problemas y Riesgos. 220

6.11.1 DIAGNÓSTICO GENERAL EN EL PERIODO 220

6.11.2 MATRIZ DE EVALUACION ANUAL DE OBJETIVOS GENERALES INSTITUCIONALES POA 2016. 229

VII. INDICADORES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2016 233

7.1 INDICADORES GLOBALES DE HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2016 233

7.2 INDICADORES ESPECIFICOS DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA AÑO 2016 238

VIII. RESPONSABILIDADES (OESA) 248

IX. BIBLIOGRAFIA 249

X. ANEXOS 250

RELACION DE COMITES HOSPITALARIOS. 250

I. INTRODUCCIÓN.

El Análisis de Situación de Salud en los Establecimientos Hospitalarios - ASEH- es un proceso analítico-sintético, dinámico y continuo que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto. Es una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias interinstitucionales que vulneren estos daños priorizados.

Los sistemas de salud tienen como principal objetivo llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de la población. Para lograr este cometido requieren información de calidad para la toma de decisiones operativas y estratégicas que permitan salvar vidas así como mejorar su salud y su calidad de vida. Esta información permite el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud; y sus resultados se aplican al control de enfermedades y de otros problemas sanitarios. La Inteligencia Sanitaria se encarga de capturarlo, administrarlo y utilizarlo para apoyar la toma de decisión con impacto en salud (6,7). Es decir, la Inteligencia Sanitaria es la que capta, recibe, almacena y procesa datos –sobre la salud de la población y sus determinantes sociales- para elaborar información de calidad y analizarla con el objetivo de generar conocimiento en forma oportuna y plantear alternativas de solución –a través de una comunicación efectiva- que permita al personal de salud y a los decisores políticos identificar y resolver los problemas que afectan la salud de la población.

El propósito del presente documento es Contribuir a optimizar la Gestión en Salud del Hospital Víctor Larco Herrera, proporcionando información relevante y directa tanto a la Dirección General, como a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, brindando los elementos necesarios para conocer la situación de salud en un espacio y tiempo determinado de acuerdo con las variables de las condiciones de vida y el estado de salud de la población.

El contenido del presente documento se divide en tres capítulos: En primer lugar se hace un análisis de los determinantes sociales en el Perú. En segundo lugar se muestra la Pirámide Poblacional del HVLH y en tercer lugar se hace el análisis de la oferta y demanda de la atención hospitalaria en sus diferentes servicios asistenciales. Se incluye también la información de violencia familiar y las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).

II. FINALIDAD

Contribuir a optimizar la Gestión en Salud del Hospital Víctor Larco Herrera, proporcionando información relevante y directa tanto a la Dirección General, como a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

III. OBJETIVOS

a. Generales

Continuar en la mejora permanente de la metodología, para la formulación del Análisis Situacional En Establecimientos Hospitalarios. (ASEH – 2016), de nuestro Hospital.

b. Específicos

a. Definir los procedimientos para la identificación de los problemas de morbilidad según grupo etario en el Hospital Víctor Larco Herrera.

b. Definir los procedimientos para caracterizar la oferta y la demanda.

c. Definir los procedimientos de priorización de problemas y riesgos.

d. Evaluar las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).

IV. BASE LEGAL.

- Ley Nª 26842- Ley General de Salud
- Ley N° 27314. Ley General de Residuos Sólidos
- Ley Nº 29783, Ley de seguridad y Salud en el Trabajo
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 439-2015/MINSA, aprueba el documento técnico “Metodología, para el Análisis de Situación de Salud Local”.
- Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera”.
- Decreto Supremo N° 057-2004-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos
- Norma Técnica en Salud Nº 096-MINSA/DIGESA V.01. R.M. Nº 554-2012/MINSA
- Resolución Directoral Nº 079-2017-DG-HVLH, que aprueba el ASEH 2016.

V. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento técnico deberá ser utilizado como referente, por las diferentes Oficinas y/o Departamentos del Hospital Víctor Larco Herrera.

VI. CONTENIDO:

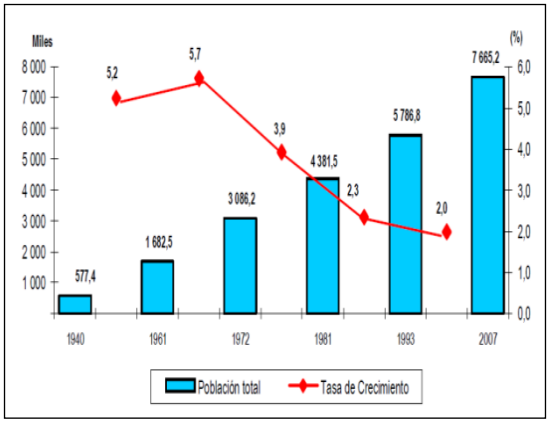
6.1 Análisis de los determinantes

6.1.1 Tasa de crecimiento intercensal

El indicador tasa de crecimiento total anual: Es el incremento medio anual total de una población, vale decir el número de nacimientos menos el de defunciones, más el de inmigrantes y menos el de emigrantes, durante un determinado período. Evalúa la velocidad del incremento anual de la población en términos relativos.

En los últimos 67 años (censo 1940/2007) la población de la provincia de Lima creció en 13,5 veces.

Provincia de Lima: Población total y tasa de crecimiento promedio anual, 1940 – 2007



Año	Total	Incremento Intercensal	Incremento Anual	Tasa de Crecimiento Promedio Anual %
1940	577 437			
		1105 072	52 622	5,2
1961	1 682 509			
		1 403 716	127 611	5,7
1972	3 086 225			
		1 295 255	143 917	3,9
1981	4 381 480			
		1 405 278	117 107	2,3
1993	5 786 758			
		1 878 464	134 176	2,0
2007	7 665 222			

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

Esta tendencia declinante del ritmo de crecimiento poblacional, se explica fundamentalmente por la reducción de los niveles de fecundidad.

El comportamiento por distrito en el mismo periodo, muestra que el mayor incremento se presenta en Pachacamac, con un aumento en el volumen de su población de 244,8%, creciendo a un ritmo promedio anual de 9,1%, que equivale a 3 mil 471 hab. por año. En segundo y tercer lugar, se encuentra a Cieneguilla y Santa Rosa, con un crecimiento poblacional de 197,2% y 179,3% respectivamente, es decir, 1 mil 267 y 500 hab. por año, a un ritmo anual de 7,9% y 7,5% respectivamente.

Provincia de Lima: Tasa de crecimiento promedio anual de la población censada por distrito, 1981, 1993 y 2007 (por cien)

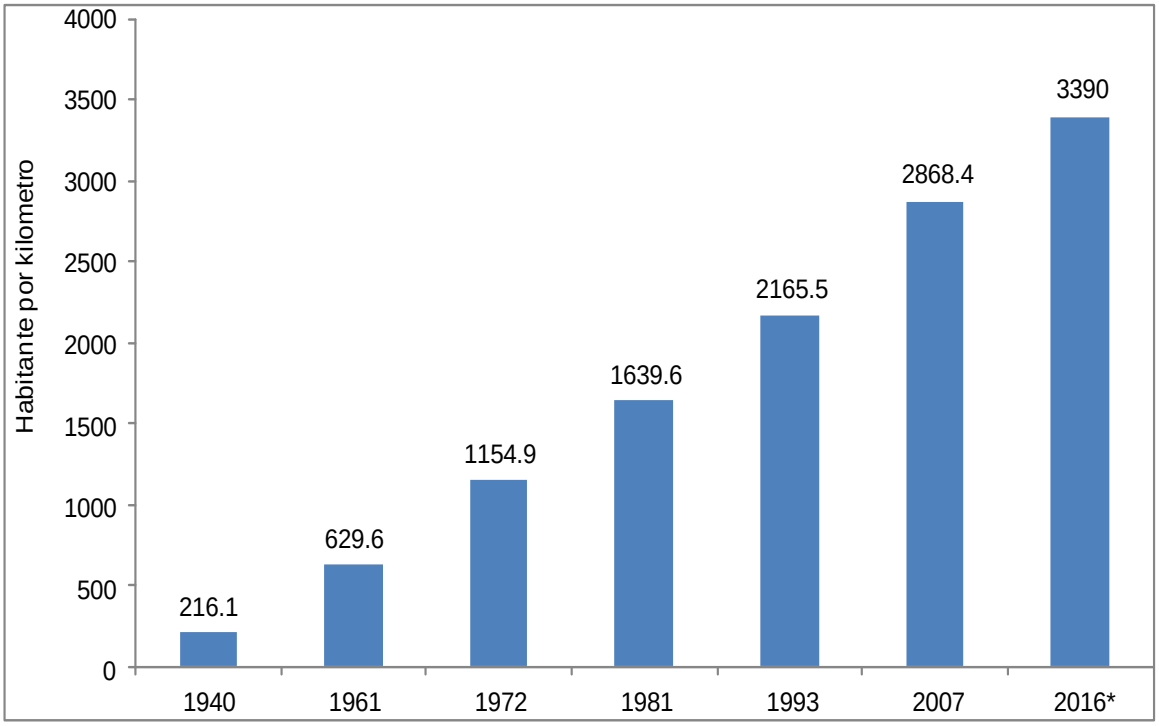
Distrito	1981		1993		2007	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total	**4 132 781**	**99,2**	**5 681 941**	**99,6**	**7 596 058**	**99,9**
Lima	371 122	100,0	340 422	100,0	299 493	100,0
Ancón	8 425	100,0	19 695	100,0	33 367	100,0
Ate	113 064	99,8	266 398	100,0	478 278	100,0
Barranco	46 478	100,0	40 660	100,0	33 903	100,0
Breña	112 398	100,0	89 973	100,0	81 909	100,0
Carabayllo	48 822	92,5	98 492	92,4	206 980	97,0
Chaclacayo	31 592	100,0	35 994	100,0	41 110	100,0
Chorrillos	141 881	100,0	217 000	100,0	286 977	100,0
Cieneguilla	4 031	88,7	8 123	90,3	26 540	99,3
Comas	288 905	99,7	404 352	100,0	486 977	100,0
El Agustino	128 373	99,3	154 028	100,0	180 262	100,0
Independencia	152 747	100,0	183 927	100,0	207 647	100,0
Jesús María	83 179	100,0	65 557	100,0	66 171	100,0
La Molina	14 659	100,0	78 235	100,0	132 498	100,0
La Victoria	270 773	100,0	226 857	100,0	192 724	100,0
Lince	80 456	100,0	62 938	100,0	55 242	100,0
Los Olivos	87 519	100,0	228 143	100,0	318 140	100,0
Lurigancho	54 690	84,0	99 660	99,4	169 359	100,0
Lurín	14 841	85,4	29 941	87,4	61 274	97,4
Magdalena del Mar	55 535	100,0	48 963	100,0	50 764	100,0
Magdalena Vieja	83 985	100,0	74 054	100,0	74 164	100,0
Miraflores	103 453	100,0	87 113	100,0	85 065	100,0
Pachacamac	2 845	42,0	16 097	81,1	67 553	98,7
Pucusana	3 905	95,2	3 966	93,7	10 566	99,4
Puente Piedra	30 115	88,8	101 568	98,8	233 602	100,0
Punta Hermosa	1 010	100,0	3 086	94,1	5 423	94,1
Punta Negra	553	100,0	2 290	96,5	5 283	100,0
Rímac	184 484	100,0	189 736	100,0	176 169	100,0
San Bartolo	2 720	93,4	3 212	97,2	5 708	98,2
San Borja	56 327	100,0	99 947	100,0	105 076	100,0
San Isidro	69 096	100,0	63 004	100,0	58 056	100,0
San Juan de Lurigancho	259 390	100,0	582 975	100,0	898 443	100,0
San Juan de Miraflores	165 303	99,7	283 349	100,0	362 643	100,0
San Luis	50 659	100,0	48 909	100,0	54 634	100,0
San Martín de Porres	293 689	99,4	378 353	99,5	579 561	100,0
San Miguel	99 221	100,0	117 488	100,0	129 107	100,0
Santa Anita	70 419	99,5	118 659	100,0	184 614	100,0
Santa María del Mar	96	100,0	125	69,1	733	96,3
Santa Rosa	233	47,4	3 182	81,5	10 903	100,0
Santiago de Surco	139 504	99,8	200 598	99,9	289 597	100,0
Surquillo	93 389	100,0	88 464	100,0	89 283	100,0
Villa El Salvador	134 489	99,3	252 854	99,3	381 790	100,0
Villa María del Triunfo	178 406	100,0	263 554	100,0	378 470	100,0

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1981, 1993 y 2007.

6.1.2 La densidad poblacional

La densidad poblacional total, es un indicador que permite evaluar la concentración de la población de una determinada área geográfica, comprende el número de hab./ Km2, que se encuentran en una determinada extensión territorial.

Provincia de Lima: Densidad poblacional 1940 al 2016* (hab./km2**)**



Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda
1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2007 y *2016 Estimada

El comportamiento de la densidad poblacional en la provincia de Lima en los últimos 67 (1940/2007) años se incrementó 13.3 veces, pasando de 216,1 a 2868,4 Hab./Km^2 y representaba el 0.2% del territorio nacional y era una de las áreas de mayor densidad poblacional.

En 1961 el número de personas por Km^2 fue de 629,6, en 1972 alcanzó 1154,9, en 1981 subió a 1639,6 y en 1993 y 2007 llegó a 2165,5 y 2868.4 hab/Km^2.

El 2016 incremento a 3,390 hab/Km^2, aumentos que estarían asociados a la evolución demográfica del componente de fecundidad, proceso de urbanización (rural/urbano) y a la migración interna.

DISA LM: Superficie y densidad poblacional por distrito, 1981,1993, 2007,2016*

Distrito	Superficie (Km2)	1981*		1993*		2007*		2016**	
		Población	Densidad	Población	Densidad	Población	Densidad	Densidad	Poblacion
Prov. Lima	**2664.32**	**4,164,597**	**337858.3**	**5,706,127**	**352688.5**	**7,605,742**	**386758.8**	**3390**	**9,031,034**
Lima	21.98	371,122	16884.5	340,422	15487.8	299,493	13625.7	12556	275,988
Ancon	298.64	8,425	28.2	19,695	65.9	33,367	111.7	147	44,048
Ate	77.72	113,277	1457.5	266,398	3427.7	478,278	6153.9	8232	639,764
Barranco	3.33	46,478	13957.4	40,660	12210.2	33,903	10181.1	9143	30,445
Breña	3.22	112,398	34906.2	89,973	27941.9	81,909	25437.6	23941	77,091
Carabayllo	346.88	52,800	152.2	106,543	307.1	213,386	615.2	884	306,616
Chaclacayo	39.5	31,592	799.8	35,994	911.2	41,110	1040.8	1116	44,095
Chorrillos	38.94	141,881	3643.6	217,000	5572.7	286,977	7369.7	8489	330,547
Cieneguilla	240.33	4,546	18.9	8,993	37.4	26,725	111.2	199	47,803
Comas	48.75	289,806	5944.7	404,352	8294.4	486,977	9989.3	10932	532,957
El Agustino	12.54	129,245	10306.6	154,028	12282.9	180,262	14375.0	15495	194,304
Independencia	14.56	152,747	10490.9	183,927	12632.3	207,647	14261.5	15120	220,152
Jesus Maria	4.57	83,179	18201.1	65,557	14345.1	66,171	14479.4	15906	72,689
La Molina	65.75	14,659	223.0	78,235	1189.9	132,498	2015.2	2651	174,283
La Victoria	8.74	270,773	30980.9	226,857	25956.2	192,724	22050.8	19956	174,418
Lince	3.03	80,456	26553.1	62,938	20771.6	55,242	18231.7	16832	51,000
Los Olivos	18.25	87,519	4795.6	228,143	12501.0	318,140	17432.3	20654	376,931
Lurigancho	236.47	65,139	275.5	100,240	423.9	169,359	716.2	940	222,340
Lurin	180.26	17,388	96.5	34,268	190.1	62,940	349.2	480	86,440
Magdalena del Mar	3.61	55,535	15383.7	48,963	13563.2	50,764	14062.0	15373	55,496
Pueblo Libre	4.38	83,985	19174.7	74,054	16907.3	74,164	16932.4	17645	77,283
Miraflores	9.62	103,453	10754.0	87,113	9055.4	85,065	8842.5	8648	83,190
Pachacamac	160.23	6,780	42.3	19,850	123.9	68,441	427.1	822	131,645
Pucusana	31.66	4,104	129.6	4,233	133.7	10,633	335.8	547	17,306
Puente Piedra	71.18	33,922	476.6	102,808	1444.3	233,602	3281.8	5040	358,754
Punta Hermosa	119.5	1,010	8.5	3,281	27.5	5,762	48.2	65	7,726
Punta Negra	130.5	553	4.2	2,373	18.2	5,284	40.5	62	8,056
Rimac	11.87	184,484	15542.0	189,736	15984.5	176,169	14841.5	14106	167,444
San Bartolo	45.01	2,913	64.7	3,303	73.4	5,812	129.1	174	7,817
San Borja	9.96	56,327	5655.3	99,947	10034.8	105,076	10549.8	11410	113,647
San Isidro	11.1	69,096	6224.9	63,004	5676.0	58,056	5230.3	4958	55,039
San Juan de Lurigancho	131.25	259,390	1976.3	582,975	4441.7	898,443	6845.3	8442	1,108,066
San Juan de Miraflores	23.98	165,765	6912.6	283,349	11816.1	362,643	15122.7	17106	410,207
San Luis	3.49	50,659	14515.5	48,909	14014.0	54,634	15654.4	16758	58,485
San Martin de Porres	36.91	295,585	8008.3	380,384	10305.7	579,561	15702.0	19261	710,932
San Miguel	10.72	99,221	9255.7	117,488	10959.7	129,107	12043.6	12835	137,587
Santa Anita	10.69	70,753	6618.6	118,659	11100.0	184,614	17269.8	21696	231,931
Santa Maria del Mar	9.81	96	9.8	181	18.5	761	77.6	166	1,633
Santa Rosa	21.15	492	22.9	3,903	181.5	10,903	507.1	900	19,039
Santiago de Surco	34.75	139,800	4023.0	200,732	5776.5	289,597	8333.7	10058	349,530
Surquillo	3.46	93,389	26991.0	88,464	25567.6	89,283	25804.3	26806	92,749
Villa El Salvador	35.46	135,449	3819.8	254,641	7181.1	381,790	10766.8	13258	470,126
Villa Maria del Triunfo	70.57	178,406	2528.1	263,554	3734.6	378,470	5363.0	6454	455,435

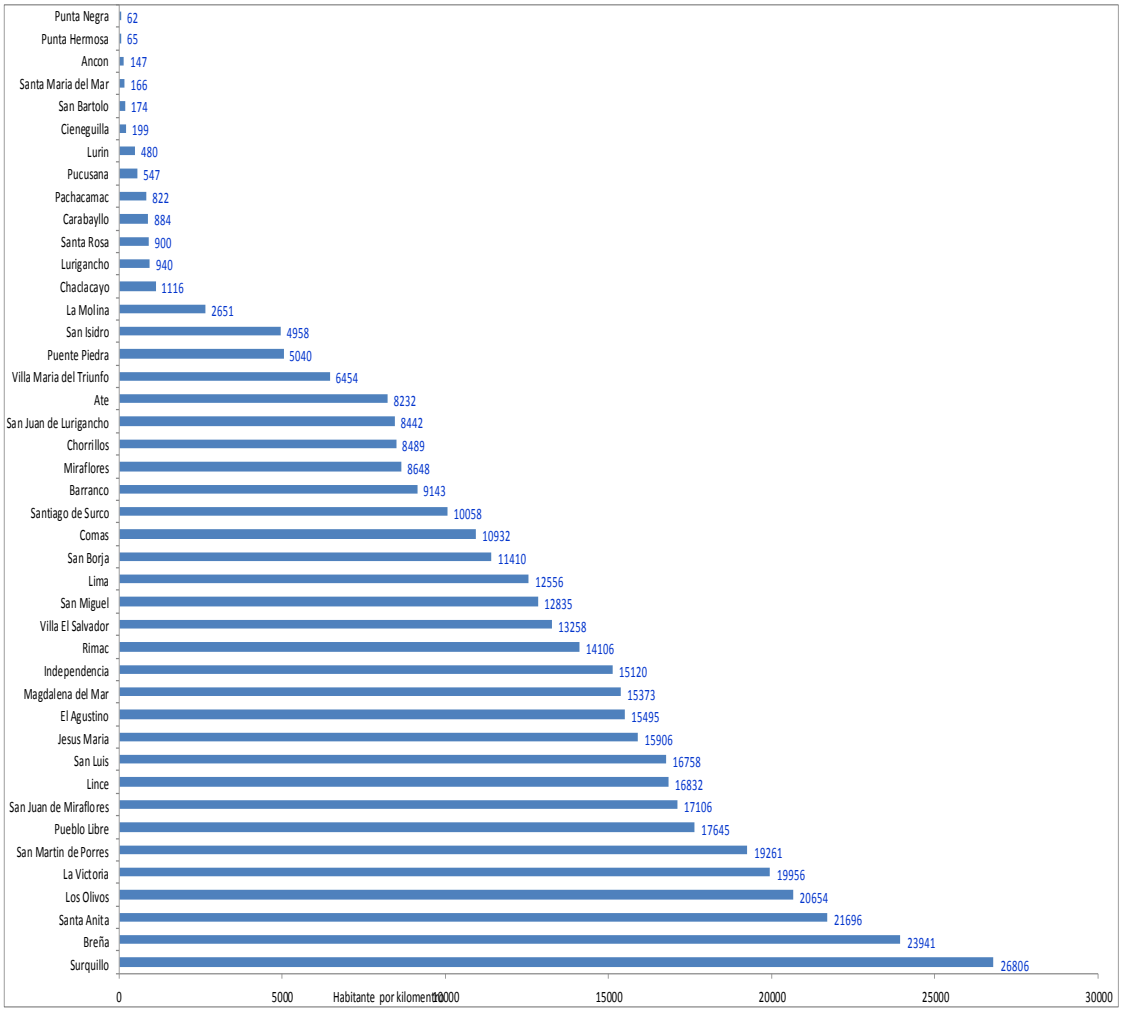
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1981, 1993 y 2007 y *2016: Estimado

Según información del 2016, la densidad poblacional por distrito presenta variaciones al interior de cada uno, desde menos de 50 hab./Km^2 hasta más de 26 mil hab./Km^2. De los 43 distritos, 4 tiene concentraciones superiores a 20 mil hab./Km^2 y son Surquillo (26,806), Breña (23941),Santa Anita (21696) y los Olivos (20654) hab./Km^2.

El segundo grupo de distritos con mayor densidad entre menor a 20 y 15 mil hab./km^2 son La Victoria, San Martin de Porres, Pueblo Libre, San Juan de Miraflores, Lince, San Luis, Jesús María, El Agustino, Magdalena del Mar, Independencia con 19956, 19261, 17645, 17106, 16832, 16758, 15906, 15495, 15373, 15120 mil hab./Km^2 respectivamente.

Con una densidad poblacional menor a 15 mil hab./Km^2 se encuentran el Rimac, Villa El Salvador, San Miguel, Lima, San Borja, Comas, Santiago de Surco con 14106, 13258, 12835, 12556, 11410, 10932, 10058 mil hab./Km$^{2.}$

Provincia de Lima: Densidad poblacional por distrito, 2016

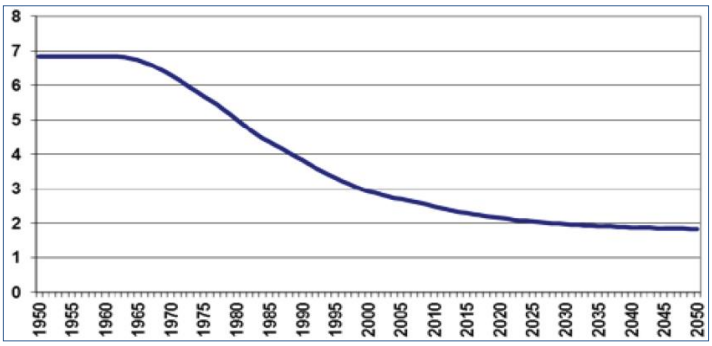


Fuente: Estimado por el INEI

Los distritos con menor concentración poblacional son Punta Negra, Punta Hermosa, Ancón, Santa María del Mar, San Bartolo, Cieneguilla, Lurín, Pucusana, Pachacamac,

Carabayllo, Santa Rosa, Lurigancho con 62, 65, 147, 166, 174, 199, 480, 547, 822, 884, 900, 940 hab./Km$^{2.}$

6.1.3 Tasa global de fecundidad (TGF)



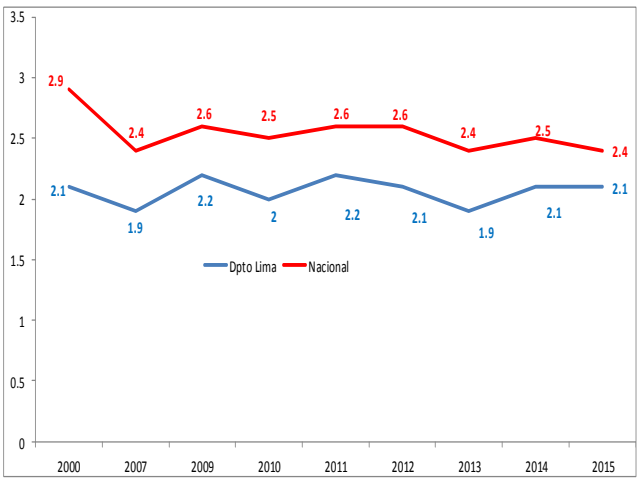
Perú: Tasa global de fecundidad estimada y proyectada, 1959 - 2050

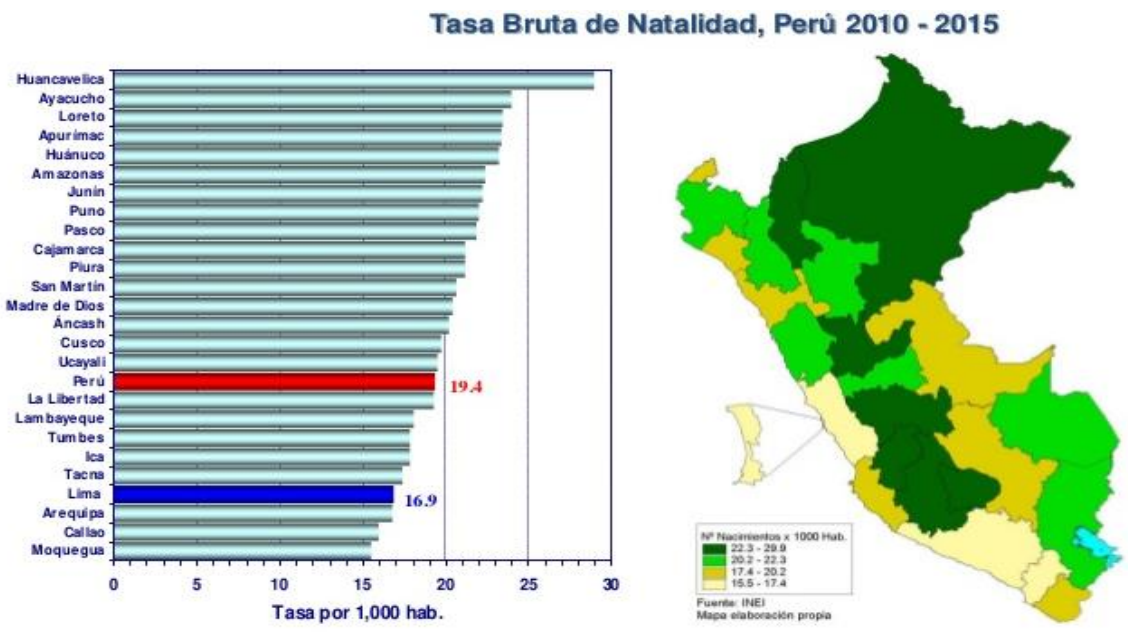
En el Perú el descenso de la fecundidad ha sido constante desde los años 65 donde era cerca de 7 hijos por mujer, y se espera que entre los años 2025 y 2030 sea más baja que la tasa de reposición.

Elaboración propia

Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950 – 2050

El número promedio de hijos que tenía una mujer entre el 2000 y 2015 durante su vida fértil fue de 2.9 a 2.4 hijos por mujer. El comportamiento del indicador en el departamento de Lima muestra una tendencia estacionaria, manteniéndose en 2.1 hijos por mujer.



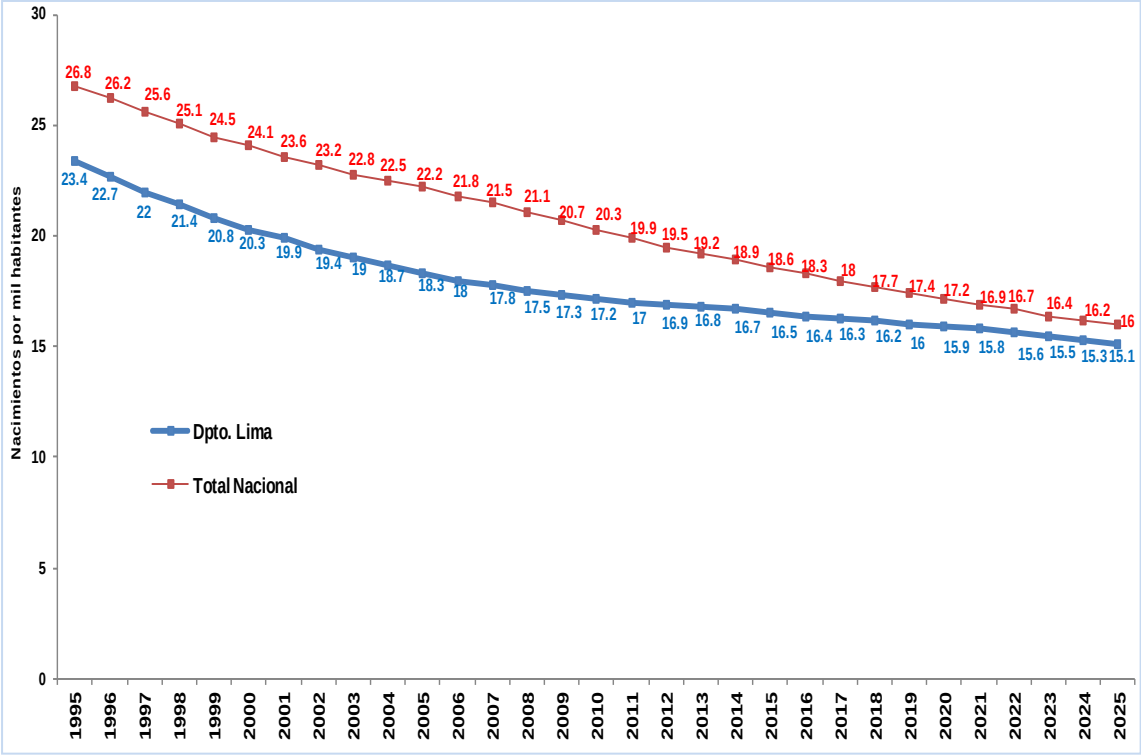


Fuente: INEI. Mapa de Estimaciones y Proyecciones Departamentales de Población 1995-2025. (aplicativo informático).

Perú y departamento de Lima: Tasa global de fecundidad

6.1.4 Tasa bruta de natalidad (TBN)

Perú y Departamento de Lima: Tasa bruta de natalidad 1955-2050



Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. Boletín Especial Nº 17 y Nº 22.

En el Perú el indicador TBN que mide la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una determinada población por cada mil hab. Muestra desde 1995 un descenso progresivo continuo pasando de 26.8.a 18.6 nacimientos por cada mil hab. en el 2015 y que expresa una variación relativa de -23.3%.

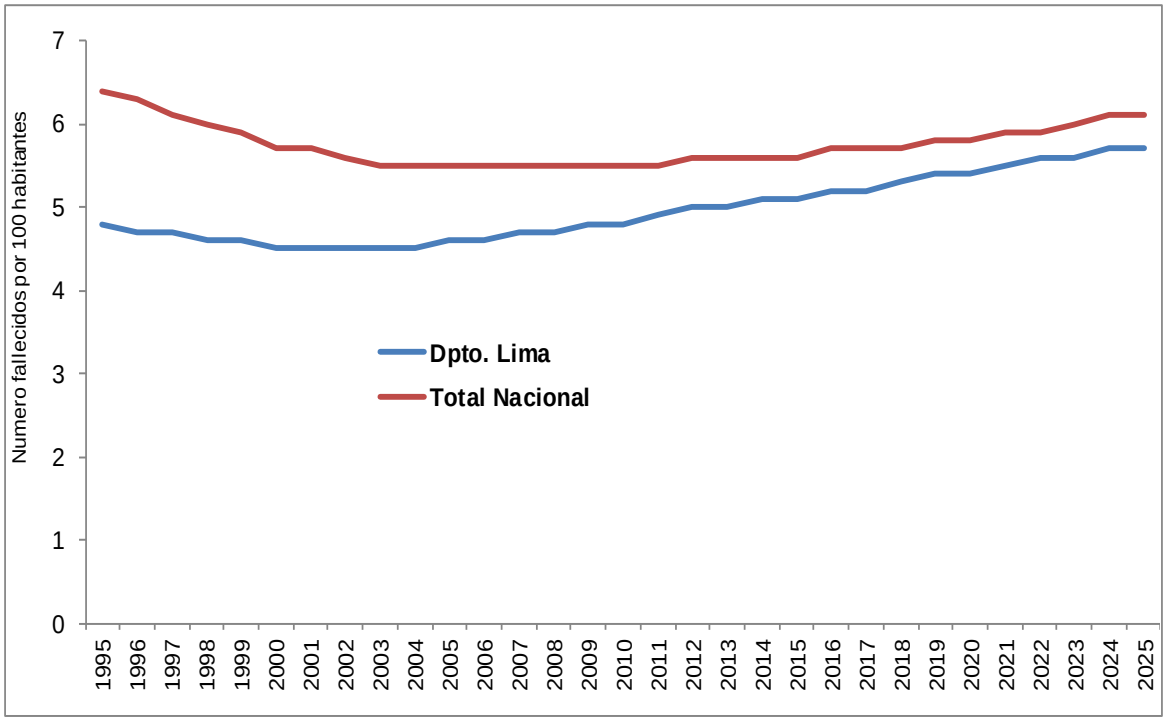
Entre el 2010 y 2015 el promedio nacional estimado fue 19.4 nacimientos por cada mil hab. y para 2025 y 2050 este descenso será menor.

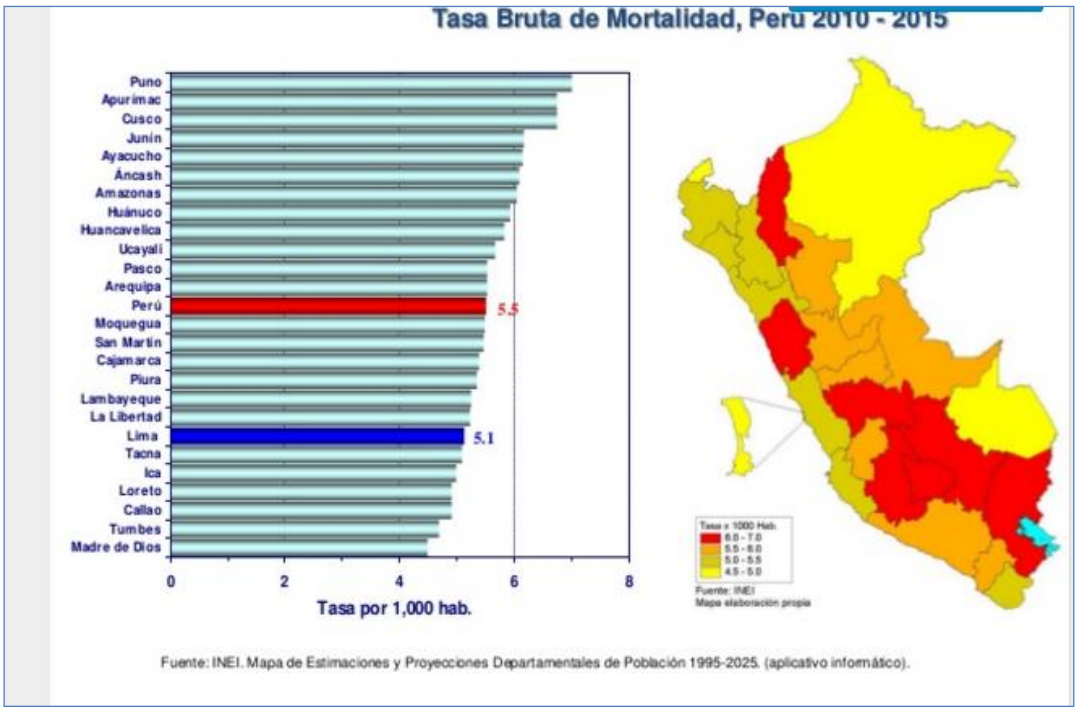
El departamento de Lima información referencial para la provincia de Lima ante la disponibilidad de la misma también evidencia un descenso progresivo, pasando de 23.4 a 16.5 nacimientos por cada mil hab. Para ambos según las estimaciones muestran que estas seguirán descendiendo pero menor magnitud.

6.1.5 Análisis de la mortalidad

Los datos del 2010 -2015 muestran que la tasa bruta de mortalidad (TBM) en el Perú es de 5.5 y en el departamento de Lima 5.1 personas fallecidas por cada mil hab., cifras comparadas a los años 50 en donde la tasa era de 22,5 muertes por cada mil hab.; existe una disminución progresiva. Sin embargo estimaciones proyectadas al 2025 esta ascenderá en los próximos años. El departamento de Lima muestra similares cifras y también el mismo comportamiento.

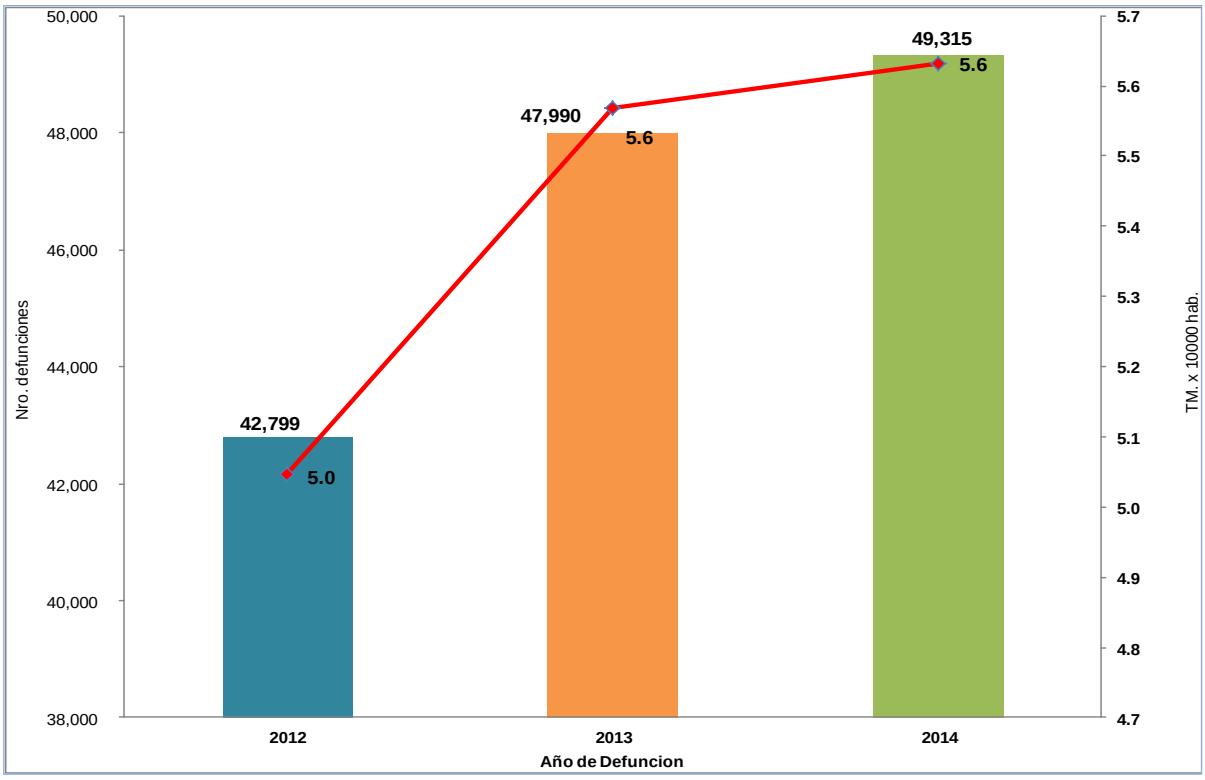
Perú y Departamento de Lima: Tasa Bruta de Mortalidad, 1995-2025





Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. Boletín Especial Nº 17 y Nº 22.

DISA LM: Tasa de mortalidad, 2012-2014



En la DISA LM para el 2012 se estimó que por cada mil hab. ocurrían 5 muertes en promedio por cada mil hab. y para el 2013 la tasa de mortalidad se incrementó a 5.6 muertes más por cada mil hab.; lo que expresa un incremento del 12% manteniéndose con la misma cifra el 2014.

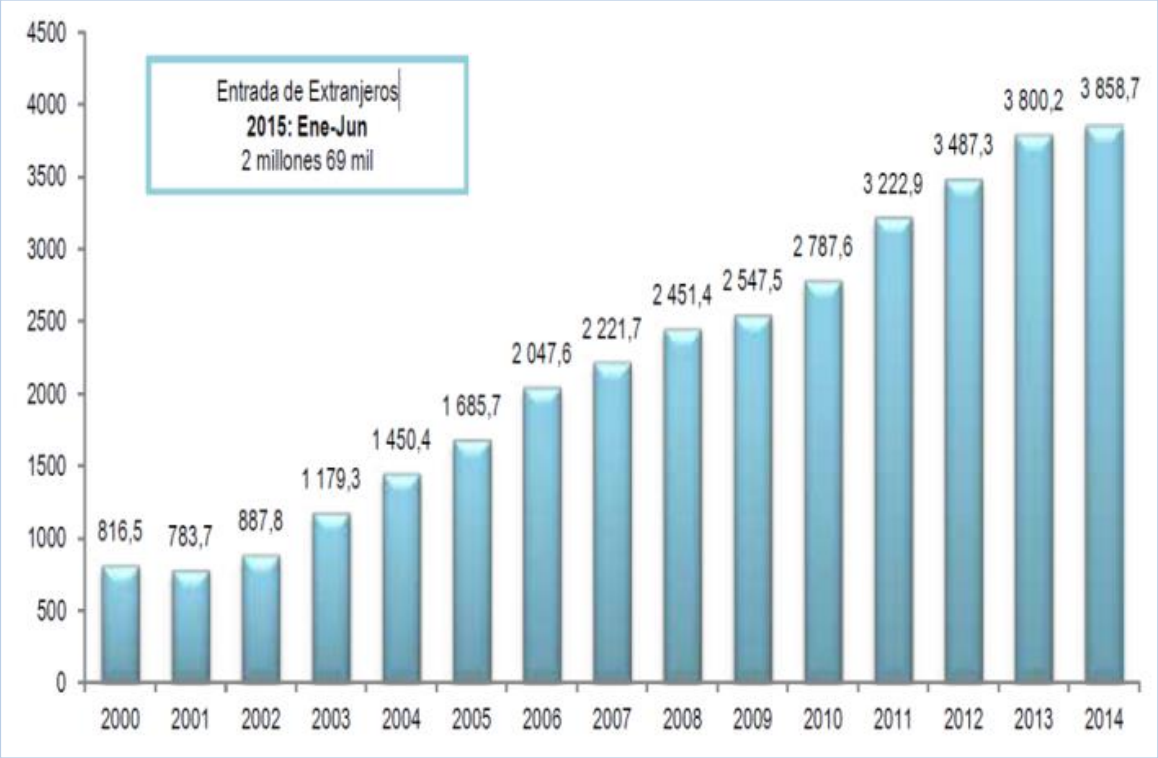
Fuente: Base de datos defunciones

Elaborado Oficina de epidemiologia

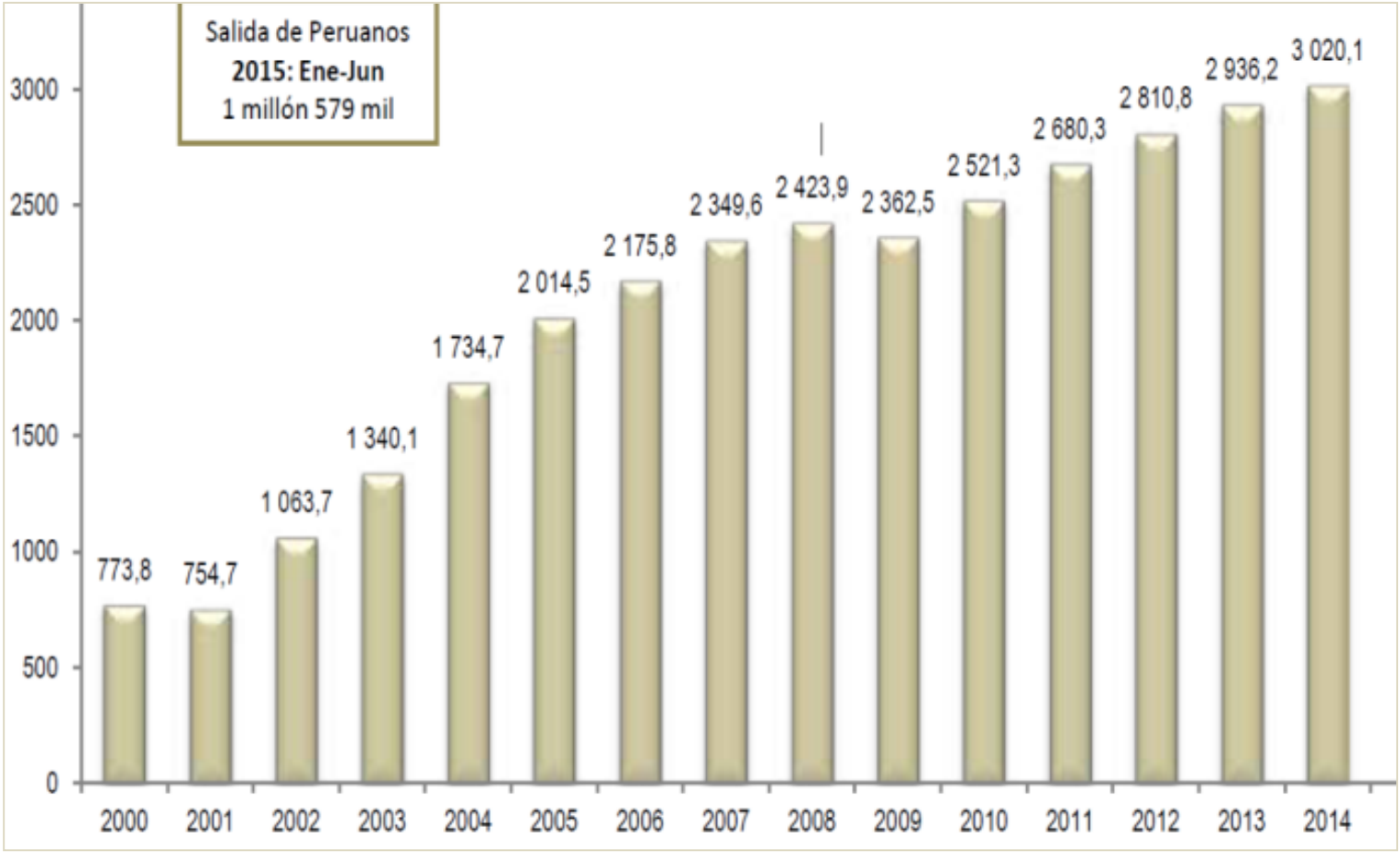
En donde podemos decir que en los años 50 había muchos nacimientos, pero también muchas muertes, no obstante la diferencia entre estos dos indicadores daba un incremento positivo de población (TBNTBM). Sin embargo también la tendencia evidencia que esta se incrementara en los próximos años.

6.1.6 Migración

PERÚ**:** Entrada de extranjeros



Salida de peruanos, Miles de personas-2000-2014

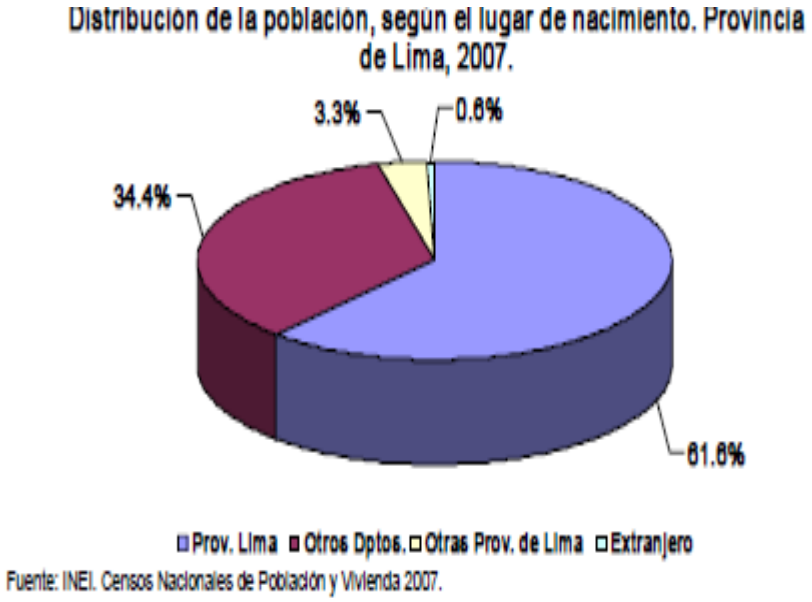


Fuente: Superintendencia Nacional de Migraciones

La migración es un proceso que afecta el crecimiento y la estructura de la población, puede ser entendida como el cambio permanente de lugar de residencia siempre y cuando se haya traspasado la frontera político-administrativo-geográfica. Puede abordarse desde dos enfoques: i) migración de toda la vida y ii) migración reciente.

Migración de toda la vida (cuando la residencia actual es distinta del lugar de nacimiento.)

Durante el 2007, 4 millones 685 mil 769 hab. (61.6%) empadronados en la provincia de Lima, declararon haber nacido en la misma provincia, mientras que 2 millones 919 mil 973 hab. (34.4%) declararon haber nacido en un lugar diferente.



Considerando solo la migración interna, 2 millones 873 mil 525 hab. (34.4%) empadronados en la provincia de Lima durante el 2007, declararon haber nacido en un lugar diferente al del empadronamiento; 254 mil 675 hab. (3.4%) nacieron en otras provincias de Lima, y 2 millones 618 mil 850 hab. (34.6%) nacieron en otras regiones.

La población inmigrante, según el lugar de nacimiento, procedió principalmente de Junín (10.8%), de las otras provincias de Lima (8.9%), de Ancash (8.8%), de Ayacucho (6.8%), de Cajamarca (6.5%), de Piura (5.5%), y de Huánuco (5.1%), constituyendo en conjunto más del 50% del total de la población inmigrante de la provincia.

Dicha población se concentró mayoritariamente en los distritos de San Juan de Lurigancho (13%), San Martín de Porres (8.1%), Ate (7.3%), y Comas (5.7%).

La población inmigrante procedió en menor proporción de Madre de Dios (0.1%), Moquegua (0.3%), Tacna (0.4%), Tumbes (0.5%) y Ucayali (1.1%).

La población emigrante de la provincia de Lima, según el lugar de nacimiento, ascendió a 369 mil 953 hab., es decir, los nacidos en la provincia de Lima pero que fueron empadronados en otro lugar; los lugares de mayor atracción fueron la provincia constitucional del Callao (31.3%), las otras provincias de Lima (8.4%), La Libertad (6%), y Arequipa (5.5%).

Distribución de la población migrante interna, según lugar de nacimiento y destino. Provincia de Lima, 2007.

Lugar de nacimiento	Inmigrantes (1)		Lugar de destino	Emigrantes (2)	
	Hab.	%		Hab.	%
Total	**2,873,525**	**100.0**	**Total**	**369,953**	**100.0**
Amazonas	56,618	2.0	Amazonas	2,478	0.7
Ancash	251,612	8.8	Ancash	18,120	4.9
Apurimac	135,700	4.7	Apurímac	4,771	1.3
Arequipa	102,033	3.6	Arequipa	20,244	5.5
Ayacucho	194,074	6.8	Ayacucho	9,246	2.5
Cajamarca	190,016	6.6	Cajamarca	8,752	2.4
Callao	123,475	4.3	Callao	115,720	31.3
Cusco	110,790	3.9	Cusco	11,027	3.0
Huancavelica	112,275	3.9	Huancavelica	2,061	0.6
Huanuco	145,820	5.1	Huánuco	8,253	2.2
Ica	106,140	3.7	Ica	18,406	5.0
Junin	308,995	10.8	Junín	19,164	5.2
La Libertad	125,378	4.4	La Libertad	22,061	6.0
Lambayeque	131,026	4.6	Lambayeque	16,432	4.4
Loreto	61,731	2.1	Loreto	7,590	2.1
Madre de Dios	3,608	0.1	Madre de Dios	2,271	0.6
Moquegua	8,781	0.3	Moquegua	2,645	0.7
Pasco	77,988	2.7	Pasco	3,422	0.9
Piura	158,931	5.5	Piura	16,198	4.4
Puno	76,430	2.7	Puno	4,031	1.1
San Martín	82,124	2.9	San Martín	7,668	2.1
Tacna	11,036	0.4	Tacna	7,161	1.9
Tumbes	13,969	0.5	Tumbes	3,447	0.9
Ucayali	30,300	1.1	Ucayali	7,630	2.1
Otras provincias de Lima	254,675	8.9	Otras provincias de Lima	31,155	8.4
Barranca	21,419	0.7	Barranca	3,583	1.0
Cajatambo	8,671	0.3	Cajatambo	223	0.1
Canta	14,218	0.5	Canta	891	0.2
Cañete	40,253	1.4	Cañete	8,926	2.4
Huaral	33,128	1.2	Huaral	6,078	1.6
Huarochiri	25,657	0.9	Huarochiri	4,564	1.2
Huaura	69,845	2.4	Huaura	5,707	1.5
Oyon	9,713	0.3	Oyon	613	0.2
Yauyos	18,305	0.6	Yauyos	570	0.2
No especificada	13,466	0.5	No especificada	0	0.0

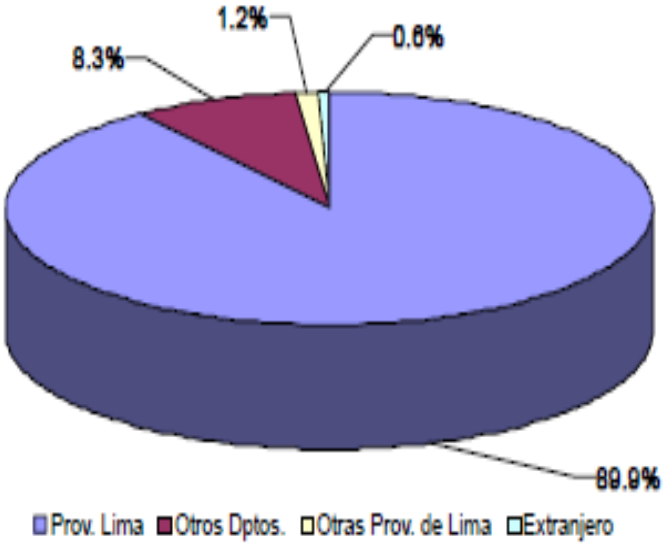
(1) Considera a la población empadronada en la provincia de Lima.
(2) Considera a la población nacida en la provincia de Lima.
Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

Durante el 2007, la provincia de Lima registró un saldo migratorio neto de 2 millones 503 mil 572 hab., es decir, un mayor número de personas llegaron, en relación al número de personas que salieron, de acuerdo al lugar de nacimiento.

Por otra parte, los distritos de la provincia de Lima tuvieron durante el 2007, entre 25.4% y 54.1% de población inmigrante según el lugar de nacimiento. Los distritos que tuvieron una mayor proporción fueron Breña (54.1%), Santa María del Mar (52.8%), Puente Piedra (46.1%), y Pachacamac (45%); mientras que Barranco (25.4%), Rímac (29.7%), El Agustino (31%) y Lima (31.4%) fueron los que tuvieron una menor proporción.

Migración reciente (cuando se ha cambiado de lugar de residencia hace 5 años).

Distribución de la población, según el lugar de residencia hace cinco años. Provincia de Lima, 2007 (*).



(*) Considera sólo a la población de cinco años a más.
Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

Durante el 2007, el 89.9% (6'268,955 hab.) de la población de 5 años a más empadronada en la provincia de Lima, declararon que residían en esta provincia desde hace 5 años (periodo 2002-2007), mientras que el 10.1% (701,885 hab.) declararon que residieron en un lugar diferente.

Considerando solo la migración interna, el 9.5% (661,082 hab.) de la población de 5 años a más empadronada en la provincia de Lima, tuvieron menos de 5 años de residencia en la provincia; 576 mil 121 hab. (8.3%) residieron en otras regiones, y 84 mil 961 hab. residieron en otras provincias del departamento de Lima (1.2%).

La población inmigrante reciente de la provincia de Lima durante el periodo 2002-2007, procedió principalmente de Junín (10.9%), de la provincia constitucional del Callao (7.9%), de la provincia de Huarochirí (7.1%), de Piura (6.2%), de Lambayeque (5.8%), de Cajamarca (5.8%), de Ancash (5.8%), y de Huánuco (5.1%), representando en conjunto más del 50% de la población inmigrante reciente.

Dicha población inmigrante, se concentró mayoritariamente en los distritos de San Juan de Lurigancho (12.1%), San Martín de Porres (8.6%), Ate (7.4%), Santiago de Surco (4.9%), Los Olivos (4.6%), y Comas (4.6%).

La población inmigrante reciente procedió en menor proporción de Madre de Dios (0.2%), Moquegua (0.3%), Tumbes (0.6%), y Tacna (0.7%)

La población emigrante reciente de la provincia de Lima, ascendió a 260 mil 422 hab.; los lugares de mayor atracción fueron la provincia constitucional del Callao (19.1%), las otras provincias de Lima (8.5%), Junín (7.2%), y Ancash (5.7%).

Distribución de la población migrante interna, según lugar de destino y residencia hace cinco años. Provincia de Lima, 2007 (*).

Lugar de residencia	Inmigrantes (1)		Lugar de destino	Emigrantes (2)	
	Hab.	%		Hab.	%
Total	**661,082**	**100.0**	**Total**	**260,422**	**100.0**
Amazonas	14,823	2.2	Amazonas	2,970	1.1
Ancash	38,260	5.8	Ancash	14,861	5.7
Apurimac	19,280	2.9	Apurímac	5,169	2.0
Arequipa	22,529	3.4	Arequipa	13,055	5.0
Ayacucho	22,984	3.5	Ayacucho	9,798	3.8
Cajamarca	38,427	5.8	Cajamarca	9,215	3.5
Callao	52,098	7.9	Callao	49,804	19.1
Cusco	21,000	3.2	Cusco	10,268	3.9
Huancavelica	15,699	2.4	Huancavelica	3,094	1.2
Huanuco	33,857	5.1	Huánuco	8,511	3.3
Ica	23,167	3.5	Ica	12,097	4.6
Junin	71,999	10.9	Junín	18,824	7.2
La Libertad	25,764	3.9	La Libertad	14,439	5.5
Lambayeque	38,640	5.8	Lambayeque	12,681	4.9
Loreto	17,505	2.6	Loreto	6,024	2.3
Madre de Dios	1,177	0.2	Madre de Dios	2,195	0.8
Moquegua	2,151	0.3	Moquegua	1,634	0.6
Pasco	14,435	2.2	Pasco	4,291	1.6
Piura	41,311	6.2	Piura	13,482	5.2
Puno	12,501	1.9	Puno	4,757	1.8
San Martín	27,726	4.2	San Martín	7,658	2.9
Tacna	4,493	0.7	Tacna	4,074	1.6
Tumbes	4,114	0.6	Tumbes	3,017	1.2
Ucayali	12,181	1.8	Ucayali	6,434	2.5
Otras provincias de Lima	84,961	12.9	Otras provincias de Lima	22,070	8.5
Barranca	4,745	0.7	Barranca	2,652	1.0
Cajatambo	972	0.1	Cajatambo	315	0.1
Canta	1,370	0.2	Canta	800	0.3
Cañete	8,006	1.2	Cañete	5,423	2.1
Huaral	5,610	0.8	Huaral	3,818	1.5
Huarochiri	46,960	7.1	Huarochiri	3,282	1.3
Huaura	7,051	1.1	Huaura	3,966	1.5
Oyon	1,378	0.2	Oyon	1,042	0.4
Yauyos	2,202	0.3	Yauyos	772	0.3
No especificada	6,667	1.0	No especificada	0	0.0

(*) Considera sólo a la población de cinco años a más.
(1) Considera a la población empadronada en la provincia de Lima.
(2) Considera a la población residente en la provincia de Lima hace cinco años.
Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

Durante el 2007, la provincia de Lima registró un saldo migratorio neto de 400 mil 660 hab., bajo el punto de vista del lugar de residencia de hace 5 años, es decir, durante el, periodo 2002-2007, llego un mayor número de personas, en relación al número que salieron.

Por otra parte, los distritos de la provincia de Lima tuvieron durante el 2007, entre 6.7% y 14% de población inmigrante reciente. Los distritos que tuvieron una mayor proporción fueron Santa María del Mar (14%), Pucusana (13.5%), Santa Anita (12.8%), Jesús María (12.7%), y San Miguel (12.3%); mientras que Rímac (6.7%), Villa María del Triunfo (6.7%), Comas (6.8%), e Independencia (6.9%) fueron los que tuvieron una menor proporción.

Población inmigrante interna por lugar de nacimiento y residencia hace cinco años, según distritos. Provincia de Lima, 2007.

Distrito	Por lugar de nacimiento		Por lugar de residencia hace 5 años (*)	
	Hab.	%	Hab.	%
Total	2,873,525	37.8	661,082	9.5
Lima	93,975	31.4	24,775	8.9
Ancón	13,164	39.5	2,891	9.6
Ate	210,592	44.0	49,070	11.3
Barranco	8,620	25.4	2,397	7.5
Breña	44,303	54.1	7,156	9.4
Carabayllo	85,469	40.1	16,741	8.7
Chaclacayo	13,591	33.1	2,770	7.3
Chorrillos	95,074	33.1	24,381	9.3
Cieneguilla	9,882	37.0	2,165	8.9
Comas	163,044	33.5	30,230	6.8
El Agustino	55,932	31.0	12,226	7.5
Independencia	68,513	33.0	13,149	6.9
Jesús María	26,783	40.5	7,962	12.7
La Molina	50,642	38.2	14,589	11.8
La Victoria	67,540	35.0	18,015	10.1
Lince	20,102	36.4	5,375	10.3
Los Olivos	134,992	42.4	30,272	10.4
Lurigancho	66,075	39.0	16,045	10.5
Lurín	21,192	33.7	5,013	8.9
Magdalena del Mar	17,468	34.4	4,929	10.3
Pueblo Libre	27,141	36.6	7,311	10.4
Miraflores	27,291	32.1	9,272	11.4
Pachacámac	30,824	45.0	6,235	10.2
Pucusana	3,862	36.3	1,273	13.5
Puente Piedra	107,636	46.1	24,436	11.7
Punta Hermosa	1,981	34.4	392	7.5
Punta Negra	1,910	36.1	425	8.8
Rímac	52,345	29.7	10,899	6.7
San Bartolo	2,296	35.8	559	9.5
San Borja	38,797	36.9	10,836	10.9
San Isidro	18,406	31.7	4,976	9.0
San Juan de Lurigancho	373,555	41.6	79,693	9.8
San Juan de Miraflores	127,565	35.2	25,823	7.8
San Luis	21,884	40.1	6,013	11.9
San Martín de Porres	232,829	40.2	57,096	10.7
San Miguel	51,061	39.5	14,853	12.3
Santa Anita	80,175	43.4	21,455	12.8
Santa María del Mar	85	52.8	22	14.0
Santa Rosa	4,751	43.6	964	9.8
Santiago de Surco	101,827	35.2	32,295	11.9
Surquillo	30,307	33.9	8,349	10.0
Villa El Salvador	139,614	36.6	24,760	7.2
Villa María del Triunfo	130,430	34.5	22,994	6.7

(*) Considera sólo a la población de cinco años a más.
Fuente: INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

6.1.7 Análisis de los determinantes socioeconómicos

El análisis se basa en la información del estudio especializado realizado por el INEI sobre las condiciones de vida y pobreza publicados en el documento "Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013", instrumento que tiene indicadores de pobreza elaborados con una metodología que combino datos del Empadronamiento Distrital de Población y Vivienda 2012-2013 (SISFOH), la ENAHO 2012-2013 y otras fuentes de datos para priorizar los distritos más pobres, implementar políticas, focalizar y fortalecer los programas sociales; por lo que debe ser utilizada como una herramienta por todos los gobernantes del Perú.

Situación de la Pobreza

La pobreza es un fenómeno que tiene muchas dimensiones, por lo que no existe una única manera de definirla, esto se debe a su carácter subjetivo, relativo y cambiante. Presentamos la situación de la pobreza a través de la medición de la pobreza monetaria y la no monetaria:

Pobreza Monetaria

Se define como la insuficiencia de recursos monetarios para adquirir **una canasta de consumo mínima** aceptable socialmente de la población para vivir.

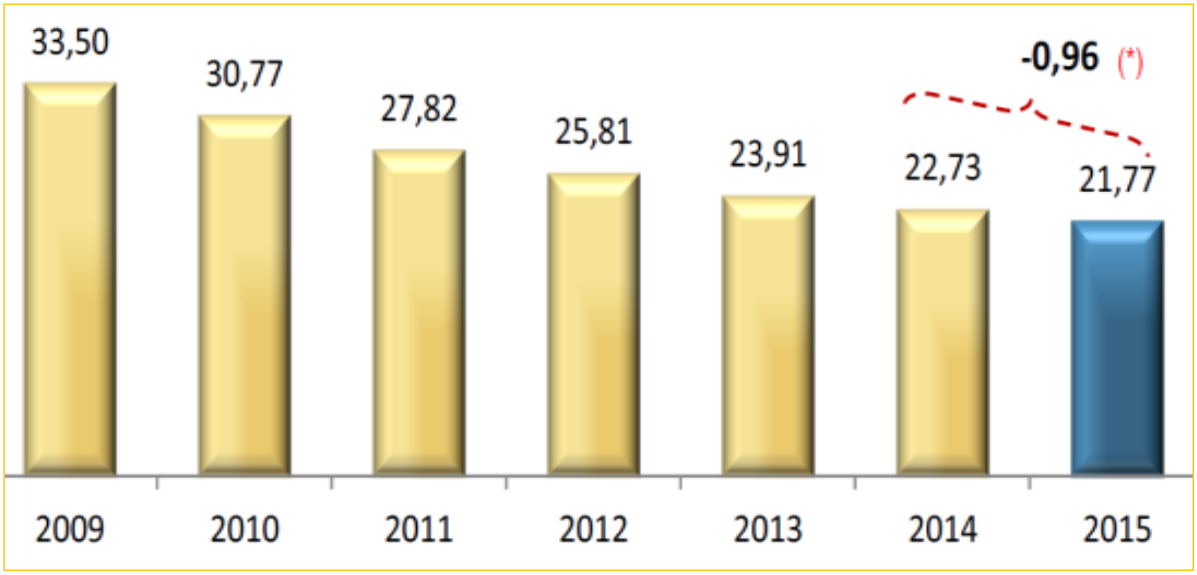
El Mapa de Pobreza provincial y distrital del 2013 se refiere únicamente a la pobreza monetaria, que en su medición utiliza el **gasto en consumo** como indicador de bienestar, el cual considera tanto los gastos monetarios, como los no monetarios (autoconsumo, auto-suministro, donaciones y transferencias en especie y en dinero sean de origen privado o público). Este mapa está más vinculado a las capacidades productivas y a la coyuntura económica.

Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria

La tasa de pobreza monetaria es comúnmente el indicador que hace referencia al nivel de vida

Perú: Evolución de la tasa de incidencia de la pobreza total, 2009-2015 (%) respecto del total de población)

El 2015, el 21,8% (6 millones 782 mil personas) de la población del país se encontraban en situación de **pobreza monetaria,** es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo (**alimentos y no alimentos);** comparado al 2014 disminuyó en 1%, es decir, 221 mil personas dejaron de ser pobres el 2015.



* Diferencia significativa (p < 0.10).

** Diferencia altamente significativa (p < 0.0 5).

*** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2009-2015.

Evolución de la pobreza extrema

Perú: Evolución de la incidencia de la pobreza extrema 2009 -2015 (%) respecto del total de población)

El 2015, el 4,07% de la población del país se encontraba en situación de **pobreza extrema,** que equivale a 1 millón 266 mil personas, que tenían **un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos**. Comparado al 2014 y 2015, disminuyó en 0,2%, lo que equivale a 53 mil personas.

* Diferencia significativa (p < 0.10).
** Diferencia altamente significativa (p < 0.0 5).
*** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2009-2015.

Pobreza No Monetaria o Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

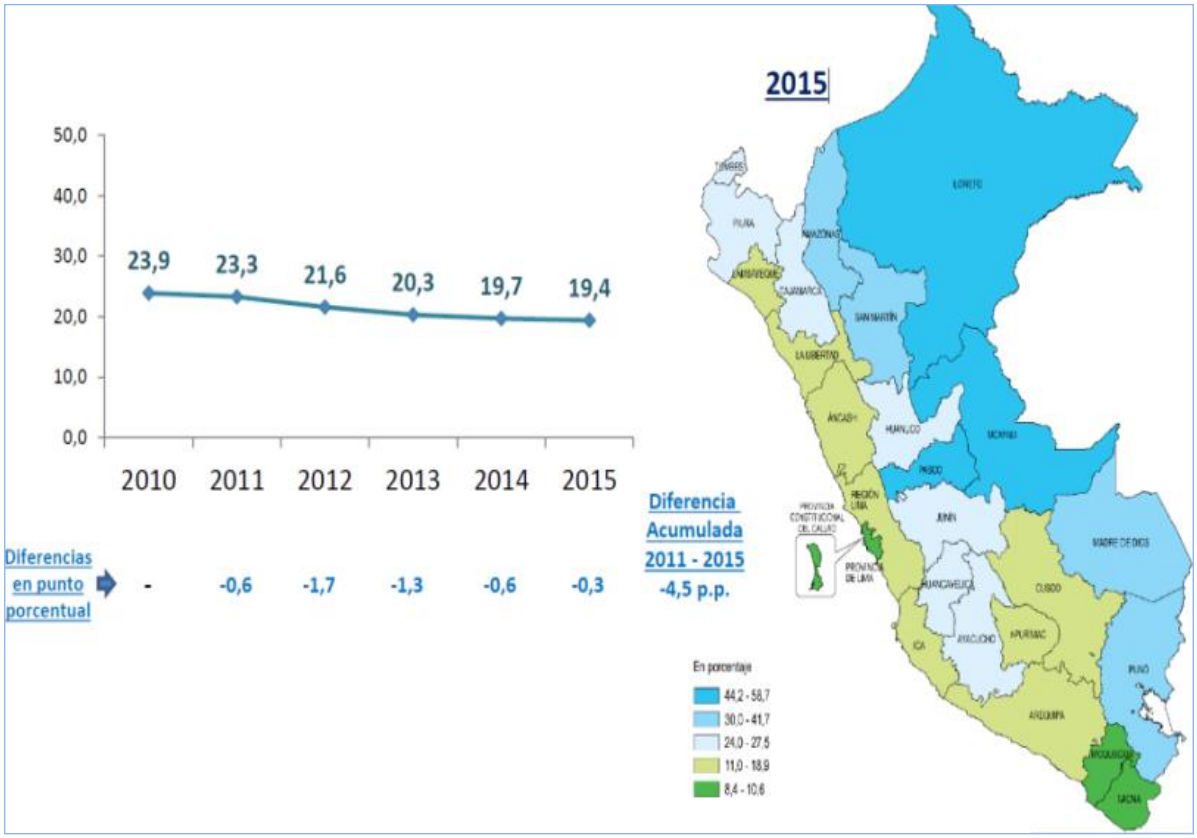
Mide la pobreza desde el aspecto social a través de las necesidades básicas estructurales (vivienda, educación, infraestructura, etc.), caracteriza los hogares en cuanto a su tenencia o calidad de bienes y servicios, o en todo caso, tenencia de capital humano que describa mejor sus condiciones de vida; los que pueden variar rápidamente en el corto plazo debido a factores como mayores ingresos monetarios del hogar (y por lo tanto mayor gasto).

Para elaborar los indicadores utilizó información de los Censos y de la ENHOs, siendo el censo la fuente que proporciono información detallada de:

- Hogares en viviendas con características físicas inadecuadas.- Toma en cuenta el material predominante en las paredes y pisos, así como al tipo de vivienda.
- Hogares en viviendas con hacinamiento.- Se determina que hay hacinamiento cuando residen más de 3.4 personas por habitación.
- Hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo.- Porcentaje de vivienda sin desagüe de ningún tipo.

- Hogares con niños que no asisten a la escuela.- Hogares con presencia de al menos un niño de 6 a 12 años que no asiste a un centro educativo.
- Hogares con alta dependencia económica.- Porcentaje de la población en hogares con jefe con primaria incompleta (hasta segundo año) y (i) con 4 o más personas por ocupado, o (ii) sin ningún miembro ocupado.

Perú: Evolución de la pobreza según NBI, 2010-2015 (porcentaje)



El mapa refleja que la incidencia de pobreza por NBI (acumulada 2011-2015) se redujo significativamente en menos 4.5%.

Lo que expresa que las carencias en la provisión de servicios a la vivienda y de educación, más vinculados al alcance de intervención del Estado han mejorado en todo el país.

DISA LM: Pobreza monetaria y No monetaria, 2013

DISTRITOS PROVINCIA DE LIMA		POBREZA MONETARIA (Líneas de pobreza),2013		POBREZA NO MONETARIA (Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI, 2013) Población por número de NBI						
		Incidencia de la Pobreza Total - inferior	Incidencia de la Pobreza Total - superior	Con alimentos una NBI	Sin NBI	Con 1 NBI	Con 2 NBI	Con 3 NBI	Con 4 NBI	Con 5 NBI
Lima Provincia	Nº	0	0	1,089,866	7,546,137	920,979	146,685	20,619	1,509	70
Agustino	Nº	0	0	26927	175002	24055	2452	397	23	0
	%	15.4	18.7	13.3	86.7	11.9	1.2	0.2	0	0
Santa Anita	Nº	0	0	25865	171971	23923	1735	189	17	0
	%	9.6	12.5	13.1	86.9	12.1	0.9	0.1	0	0
Ate	Nº	0	0	95569	436933	77933	15227	2270	139	0
	%	13.8	17.3	17.9	82.1	14.6	2.9	0.4	0	0
La Molina	Nº	0	0	4186	150834	4023	157	7	0	0
	%	0.9	1.6	2.7	97.3	2.6	0.1	0	0	0
Cieneguilla	Nº	0	0	5853	18741	4532	1169	152	0	0
	%	18.8	26.7	23.8	76.2	18.4	4.8	0.6	0	0
Chaclacayo	Nº	0	0	3715	41552	3294	387	33	0	0
	%	7.5	11.9	8.2	91.8	7.3	0.9	0.1	0	0
Lurigancho	Nº	0	0	37620	138753	30827	5996	740	57	0
	%	21.9	26.1	21.3	78.7	17.5	3.4	0.4	0	0
San Juan de Lurigancho	Nº	0	0	185977	844798	146368	33449	5722	388	50
	%	20	24	18	82	14	3.2	0.6	0	0
Barranco	Nº	0	0	2132	36166	2093	39	0	0	0
	%	5.6	9.3	5.6	94.4	5.5	0.1	0	0	0
Chorrillos	Nº	0	0	32362	298974	28762	3174	398	28	0
	%	12	15	9.8	90	8.7	1	0.1	0	0
Santiago de Surco	Nº	0	0	10850	347789	10210	585	54	0	0
	%	1.5	2.5	3	97	2.8	0.2	0	0	0
San Juan de Miraflores	Nº	0	0	41198	343209	36414	4232	482	70	0
	%	17	20	11	89	9.5	1.1	0.1	0	0
Villa Maria del Triunfo	Nº	0	0	79796	349832	64786	13396	1532	83	0
	%	17.6	23.8	18.6	81.4	15.1	3.1	0.4	0	0
Villa El Salvador	Nº	0	0	57176	395379	50778	5815	540	43	0
	%	20.2	25.4	12.6	87.4	11.2	1.3	0.1	0	0
Lurin	Nº	0	0	14166	59059	12213	1770	164	18	0
	%	22.3	28.6	19.3	80.7	16.7	2.4	0.2	0	0
Pachacamac	Nº	0	0	21602	60043	17407	3854	311	31	0
	%	20.2	26.2	26.5	73.5	21.3	4.7	0.4	0	0
San Bartolo	Nº	0	0	725	5349	661	65	0	0	0
	%	11.8	23	11.9	88.1	10.9	1.1	0	0	0
Pucusana	Nº	0	0	3993	9714	2701	1068	220	4	0
	%	24	34.5	29.1	70.9	19.7	7.8	1.6	0	0
Punta Hermosa	Nº	0	0	1073	4676	490	448	135	0	0
	%	18.3	35.9	18.7	81.3	8.5	7.8	2.3	0	0
Punta Negra	Nº	0	0	462	5514	446	16	0	0	0
	%	13.2	24.9	7.7	92.3	7.5	0.3	0	0	0
Santa Maria del Mar	Nº	0	0	74	1121	74	0	0	0	0
	%	2.1	19.2	6.2	93.8	6.2	0	0	0	0
Lima Cercado	Nº	0	0	32724	300281	30674	1962	80	7	0
	%	8.3	11.8	9.8	90.2	9.2	0.6	0	0	0
Breña	Nº	0	0	5611	87288	5420	181	10	0	0
	%	4.8	7	6	94	5.8	0.2	0	0	0
Jesus Maria	Nº	0	0	1579	77833	1546	33	0	0	0
	%	0.8	1.5	2	98	1.9	0	0	0	0
Magdalena del Mar	Nº	0	0	1715	59745	1673	42	0	0	0
	%	1.4	2.7	2.8	97.2	2.7	0.1	0	0	0
San Miguel	Nº	0	0	4461	142872	4218	230	13	0	0
	%	1.1	2.7	3	97	2.9	0.2	0	0	0
Pueblo Libre	Nº	0	0	1986	80021	1904	81	0	0	0
	%	0.7	1.4	2.4	97.6	2.3	0.1	0	0	0
La Victoria	Nº	0	0	27039	179016	25382	1558	99	0	0
	%	10	12.7	13.1	86.9	12.3	0.8	0	0	0
Lince	Nº	0	0	2058	58707	2006	52	0	0	0
	%	2.3	4.3	3.4	96.6	3.3	0.1	0	0	0
San Luis	Nº	0	0	5229	56851	5075	154	0	0	0
	%	4.3	6.7	8.4	91.6	8.2	0.2	0	0	0
San Borja	Nº	0	0	1814	115569	1771	43	0	0	0
	%	0.4	0.8	1.5	98.5	1.5	0	0	0	0
Surquillo	Nº	0	0	6247	88088	5927	277	43	0	0
	%	5.5	8	6.6	93.4	6.3	0.3	0	0	0
Miraflores	Nº	0	0	1527	92352	1515	11	0	0	0
	%	0.1	0.4	1.6	98.4	1.6	0	0	0	0
San Isidro	Nº	0	0	548	58800	548	0	0	0	0
	%	0	0.3	0.9	99.1	0.9	0	0	0	0
Independencia	Nº	0	0	31900	187673	26659	4435	750	56	0
	%	15.2	18.6	14.5	85.5	12.1	2	0.3	0	0
Comas	Nº	0	0	68677	481899	58619	8602	1355	93	8
	%	14.1	17.9	12.5	87.5	10.6	1.6	0.2	0	0
Carabayllo	Nº	0	0	55515	224287	44250	9626	1523	116	0
	%	20.3	26	19.8	80.2	15.8	3.4	0.5	0	0
Rimac	Nº	0	0	26343	177395	22303	3321	672	47	0
	%	12.1	15	12.9	87.1	10.9	1.6	0.3	0	0
San Martin de Porres	Nº	0	0	55929	581933	51515	4041	344	28	0
	%	9.2	11.7	8.8	91.2	8.1	0.6	0.1	0	0
Los Olivos	Nº	0	0	23616	342287	22289	1207	119	0	0
	%	7.7	11.8	6.5	93.5	6.1	0.3	0	0	0
Puente Piedra	Nº	0	0	66829	208437	52510	12279	1799	229	12
	%	26.4	30.2	24.3	75.7	19.1	4.5	0.7	0.1	0
Ancon	Nº	0	0	11115	35121	8497	2282	308	28	0
	%	23	29.6	24	76	18.4	4.9	0.7	0.1	0
Santa Rosa	Nº	0	0	6083	14273	4688	1234	158	4	0
	%	25.3	32.8	29.9	70.1	23	6.1	0.8	0	0

Fuentes: Empadronamiento Distrital de Población y Vivienda 2012-2013 (SISFHO) Mapa de pobreza provincial y distrital 2013 -IV Censo Nacional Agropecuario 2012 (CENAGRO).

6.1.8 Desarrollo humano (DH)

El DH tiene por objetivo ampliar las oportunidades de las personas, prestando especial atención a la riqueza de las vidas humanas y no solamente a la riqueza de las economías; su medición es con el indicador social índice de desarrollo humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Dimensiones del desarrollo humano

Fuente: Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano 2015

El IDH es un índice compuesto que se centra en tres dimensiones básicas del DH**: Vida larga y saludable**, que se mide por la esperanza de vida al nacer; la capacidad de adquirir conocimientos, que se mide por los años de escolaridad y los años esperados de escolaridad **(educación)**; y la capacidad de **lograr un nivel de vida digno**, que se mide por el ingreso nacional bruto per cápita. **El límite superior 1,0.**

El reporte sobre DH del 2015 señala que Perú subió una posición en el IDH 2014 respecto a la edición del 2013, ubicándose en el **puesto 84** (IDH de 0,734) **de 187 países;** cifras que no ubica en la categoría de países con DH alto, pero sigue ligeramente por **debajo del promedio** (0,744). Del mismo modo, sigue ligeramente bajo en comparación con el promedio de los países miembros de América Latina y el Caribe (0,748) según el informe difundido por el Instituto de Economía y Desarrollo Empresarial de la Cámara de Comercio de Lima (CCL) presentado en diciembre del 2015.

El indicador IDH en los 43 distritos de DISA LM es menor al límite superior 1.0; sin embargo muestra diferencias significativas en el aspecto básico del desarrollo humano, los distritos que presentan el indicador más bajos son Pucusana, Pachacamac, Cieneguilla, Carabayllo, Puente Piedra, Lurín, Villa María del Triunfo, Punta Negra y Ancón.

Con mejor desarrollo humano se encuentran Miraflores, La Molina, Lince San Isidro, Jesús María, San Borja, Magdalena, San Miguel.

Índice de Desarrollo Humano: Provincia de Lima por distrito, 2012

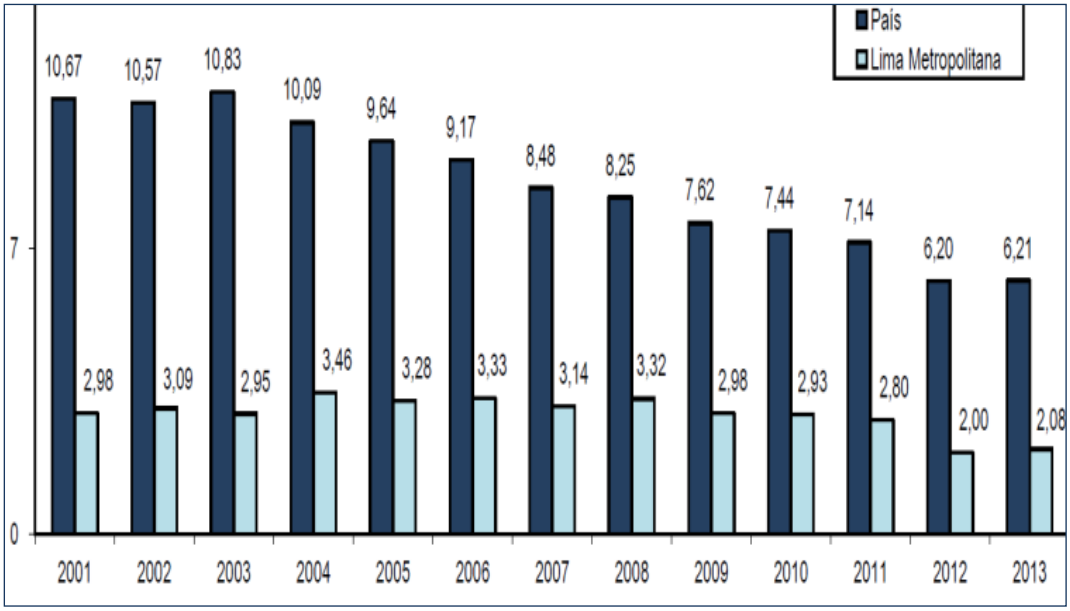
Ubigeo 2010	Provincia		Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer		Población con Educ. secundaria completa		Años de educación (Poblac. 25 y más)		Ingreso familiar per cápita	
		Distrito	habitantes	ranking	IDH	ranking	años	ranking	%	ranking	años	ranking	N.S. mes	ranking
000000	**PERÚ a/**		**30,135,875**		**0.5058**		**74.31**		**67.87**		**9.00**		**696.9**	
150000	**Dpto. LIMA**		**9,395,149**	**1**	**0.6340**	**1**	**78.75**	**2**	**80.90**	**3**	**10.75**	**1**	**1017.0**	**2**
150100	**Provincia de Lima**		**8,481,415**	**1**	**0.6417**	**3**	**79.02**	**16**	**79.09**	**8**	**10.93**	**5**	**1049.2**	**5**
150101	1	Pucusana	14,403	368	0.4974	274	77.62	327	60.94	517	9.84	180	623.9	314
150102	2	Pachacamac	102,691	50	0.5447	139	77.87	303	66.50	398	9.93	163	767.8	169
150103	3	Cieneguilla	38,328	151	0.5615	116	77.97	293	79.22	162	10.08	146	762.3	176
150104	4	Carabayllo	267,961	18	0.5624	115	78.20	271	73.25	259	10.26	127	783.6	155
150105	5	Puente Piedra	305,537	14	0.5679	105	78.36	258	74.21	244	10.26	126	798.5	145
150106	6	Lurin	76,874	75	0.5873	86	78.61	238	70.78	310	10.07	148	905.7	88
150107	7	Villa Maria del Triunfo	426,462	6	0.5879	85	78.97	186	74.15	247	10.16	136	877.8	95
150108	8	Punta Negra	6,878	700	0.5950	78	78.14	274	70.20	317	11.03	62	902.9	89
150109	9	Ancon	39,769	143	0.5983	68	77.93	299	74.68	237	10.13	138	939.0	76
150110	10	Villa El Salvador	436,289	5	0.6028	66	78.86	207	75.30	216	10.67	86	911.8	84
150111	11	Ate	573,948	3	0.6034	65	78.73	228	74.99	230	10.59	92	922.6	81
150112	12	Lurigancho	201,248	24	0.6050	63	79.13	166	76.13	205	10.74	79	908.5	86
150113	13	El Agustino	189,924	25	0.6058	61	80.08	65	69.45	337	10.21	133	965.9	68
150114	14	Santa Rosa	15,399	343	0.6111	57	78.03	285	79.04	164	11.04	60	922.4	82
150115	15	San Juan de Lurigancho	1,025,929	1	0.6160	54	78.73	227	76.31	200	10.84	75	957.9	70
150116	16	San Bartolo	7,008	685	0.6203	53	78.90	198	81.87	110	11.01	65	933.8	77
150117	17	Independencia	216,503	22	0.6224	52	78.85	209	77.25	181	10.86	74	978.3	64
150118	18	Comas	517,881	4	0.6302	48	78.91	196	80.03	140	11.14	51	981.7	63
150119	19	Punta Hermosa	6,935	692	0.6329	46	77.93	298	73.86	251	11.07	56	1055.3	51
150120	20	Santa Anita	213,561	23	0.6380	45	79.49	119	76.19	203	10.79	78	1050.1	53
150121	21	San Juan de Miraflores	393,493	8	0.6420	44	79.32	141	80.14	136	11.02	64	1033.4	57
150122	22	La Victoria	182,552	27	0.6459	43	78.87	204	75.97	206	11.16	50	1080.8	49
150123	23	San Martin de Porres	659,613	2	0.6553	42	79.08	176	82.79	100	11.78	28	1044.3	56
150124	24	Chorrillos	314,835	13	0.6570	41	78.65	233	77.24	182	11.11	54	1133.3	39
150125	25	Los Olivos	355,101	10	0.6593	40	79.16	159	80.63	126	11.61	33	1083.6	48
150126	26	Rimac	171,921	29	0.6594	38	79.08	173	75.94	208	11.06	57	1149.1	36
150127	27	Chaclacayo	43,180	132	0.6627	35	79.56	108	79.72	154	11.43	37	1107.8	46
150128	28	Santa Maria del Mar	1,220	1573	0.6735	29	78.29	263	100.00	4	10.37	113	1126.5	41
150129	29	Lima	286,849	16	0.6787	26	79.14	164	80.16	135	11.54	35	1186.8	29
150130	30	San Luis	57,368	105	0.7058	21	80.37	53	79.74	153	12.12	23	1268.5	24
150131	31	Breña	79,456	66	0.7196	18	78.99	183	84.44	79	12.14	22	1336.6	21
150132	32	Surquillo	92,328	56	0.7363	14	79.23	149	85.08	71	12.36	20	1403.8	17
150133	33	Santiago de Surco	326,928	11	0.7371	13	79.45	126	87.05	48	13.41	8	1324.3	23
150134	34	Barranco	31,959	169	0.7460	12	79.08	174	86.94	50	12.46	18	1440.6	12
150135	35	Magdalena del Mar	54,386	113	0.7491	11	79.52	114	84.52	78	12.98	15	1433.0	13
150136	36	San Miguel	135,086	41	0.7521	10	79.33	140	85.29	70	13.01	14	1446.3	10
150137	37	Magdalena Vieja	77,038	73	0.7532	9	79.44	128	87.19	45	13.31	10	1415.9	16
150138	38	San Borja	111,568	46	0.7569	8	79.55	112	87.06	47	13.97	4	1396.6	18
150139	39	Jesus Maria	71,364	82	0.7572	7	79.51	115	85.62	67	13.42	7	1442.0	11
150140	40	San Isidro	56,570	107	0.7638	5	79.46	124	88.89	34	14.02	3	1418.7	15
150141	41	Lince	52,961	117	0.7670	4	79.49	120	85.74	63	12.85	16	1534.4	6
150142	42	La Molina	157,638	34	0.7814	3	79.38	138	86.20	57	13.76	5	1557.5	5
150143	43	Miraflores	84,473	64	0.7971	1	79.41	132	89.50	31	14.25	1	1589.1	4

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda 2007. ENAHO y ENAPRES - Elaboración: PNUD-Perú.

6.1.9 Educación

Población analfabetismo de 15 a más años

Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años de edad, 2001-2013 (%**)**



Observamos que el acceso a la educación en el país y Lima Metropolitana mejoro de manera progresiva, expresados en el indicador de tasa de analfabetismo paso de 10.6 a 6.2 y de 2.9 a 2 % entre el 2001 y 2013.

Nota técnica: Las estimaciones de los indicadores provenientes de la ENAHO- han sido actualizadas teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados sobre la base de los resultados del Censo de Población del 2007, por sexo y grupos de edad; los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del país. La ENAHO tiene como objetivo medir las condiciones de vida de la población, y en el marco de la actualización metodológica de la estimación de la pobreza, se han mejorado los procedimientos de imputación de los valores faltantes de la encuesta.
1/ Incluye Provincia Lima y Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: INEI-ENAHO.

Analfabetismo en mujeres de 15 a más años

Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo de la población femenina de 15 y más años de edad, 2005-2013 (% respecto del total de población masculina de 15 y más años de edad)

Ámbito geográfico	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013			
									Estima-ción	Intervalo de confianza al 95%		C.V
										Inferior	Superior	(%)
País	14,4	13,8	12,8	12,4	11,7	11,3	10,5	9,3	9,3	9,0	9,7	2,0
Lima Metropolitana 1/	4,7	5,1	4,9	4,9	4,6	4,4	4,1	3,3	3,2	2,7	3,7	7,7

Nota técnica: Las estimaciones de los indicadores provenientes de la ENAHO- se actualizo teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados sobre la base de los resultados del Censo de Población del 2007, por sexo y grupos de edad; los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del País. La ENAHO tiene como objetivo medir las condiciones de vida de la población, y en el marco de la actualización metodológica de la estimación de la pobreza, se mejoró los procedimientos de imputación de los valores faltantes de la encuesta.
1/ Incluye Provincia Lima y Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: INEI- ENAHO.

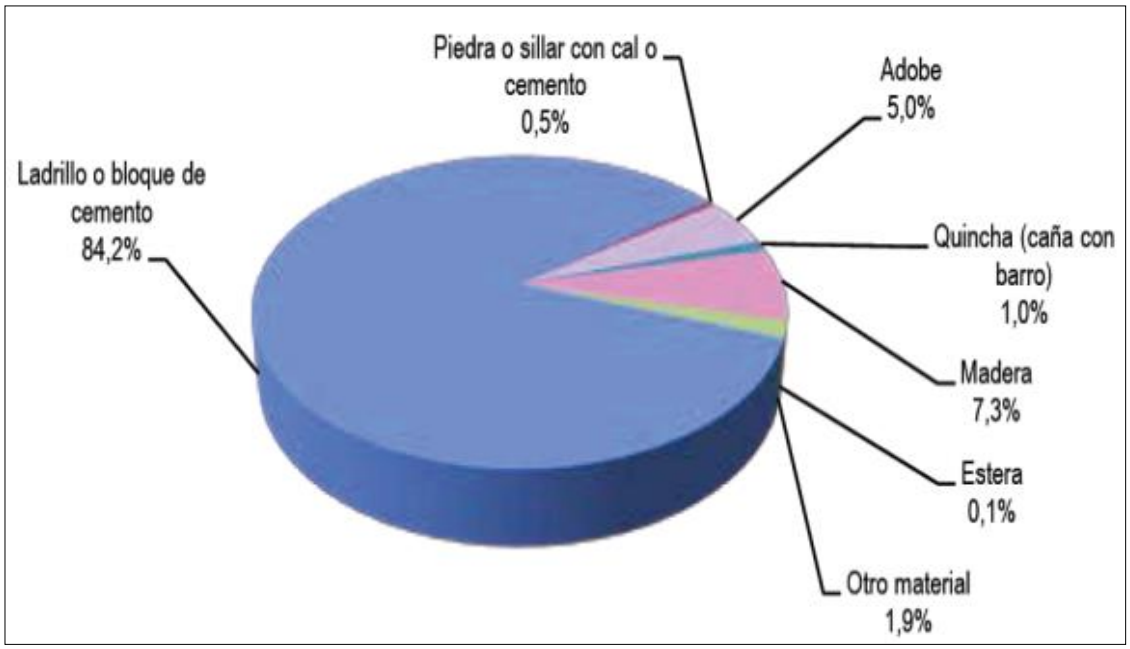
6.1.10 Esperanza de Vida

Esperanza de vida en el país es de 75 años, un promedio de **escolaridad de 9 años**, un período de educación promedio de 13 años y un ingreso nacional bruto per cápita de US$ 11 medidos bajo la paridad de poder adquisitivo (PPA). Respecto a los países que integran la Alianza del Pacífico, Chile es la única economía que clasifica entre los países con un IDH alto. **México y Colombia** comparten el bloque "alto" con Perú. Fuente: Diario la Republica- http://larepublica.pe/impresa/economia/733231-peru-retrocedio-una-posicion-en-indice-de-desarrollo-humano.

6.1.11 Vivienda

Lima Metropolitana: Viviendas particulares, según material predominante en las paredes exteriores, 2004-2013 (%).

Tipo de material de las paredes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Ladrillo o bloque de cemento	81,4	82,5	81,7	82,6	83,0	83,3	84,6	84,1	84,2	84,2
Piedra o sillar con cal o cemento	0,2	0,3	0,7	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5
Adobe	5,9	5,2	5,4	4,6	4,6	4,7	4,4	4,2	4,6	5,0
Tapia	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Quincha (caña con barro)	0,7	1,0	1,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	1,0
Piedra con barro	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Madera	6,5	7,0	4,1	4,5	5,8	5,9	4,3	6,1	6,7	7,3
Estera	1,5	1,0	1,3	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,2	0,1
Otro material	3,7	2,9	5,3	6,5	4,9	4,7	5,4	4,3	3,3	1,9



Fuente: INEI

6.1.12 Análisis de los determinantes relacionados al sistema de salud:

El sistema de salud de Perú está compuesto por cinco subsistemas que brindan servicios de salud: a) el MINSA que comprende al SIS como un asegurador público con autonomía administrativa; b) ESSALUD adscrito al Ministerio de Trabajo; c) las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscrita al Ministerio de Defensa; d) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior; y e) las instituciones del

sector privado: Entidades Prestadoras de Salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC). Describimos la organización, la accesibilidad geográfica, la disponibilidad y la cobertura de recursos y servicios de salud del sistema de salud de la DISA LM.

6.1.13 Organización de los servicios

La Reforma en Salud iniciada el 2011 tiene objetivo ampliar la cobertura de Aseguramiento Público en Salud al 2016 en el 100% de la población del país. Y como parte de este proceso en febrero del 2015 modifican el artículo 01 de la R.M. Nº 020-2014/MINSA en donde se determina la dependencia funcional de las DISA II LS y DISA IV LE del Despacho Viceministerial de Salud Pública como órganos desconcentrados del MINSA con funciones de regulación, supervisión, inspección y control del cumplimiento de las normas y procedimientos en materia de salud.
En el marco de lo dispuesto en el DL N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA, ejerciendo la autoridad sanitaria por delegación de la Alta Dirección.

6.1.14 Disponibilidad de recursos y cobertura de los servicios Recursos Humanos (RRHH) en salud- En proceso

Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)

Para garantizar el acceso a los servicios básicos de atención materna neonatal (identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y del RN) y demanda en general se debe cumplir con las FON Básicas, Esenciales I, Esenciales II e Intensivas; en tal sentido la capacidad resolutiva y servicios médicos de apoyo en el 100% de EESS del sistema de salud deben ser superiores al 90% en todas sus categorías (Infraestructura, equipamiento e instrumental médico, medicamentos e insumos, personal asistencial calificado).

6.1.15 Funciones Obstétricas Neonatales Primaria (FON- P):

La capacidad resolutiva de los EESS FON-P, es menor a 90% en todos los EESS evaluados, situación que limita la atención integral, oportuna y con calidad de Planificación familiar, CPN reenfocada, parto inminente, atención básica del RN, anticoncepción post parto; identificación y referencia oportuna de gestantes, puérperas y RN complicados.

6.1.16 Funciones Obstétricas Neonatales Básica (FON-B):

Los 35 EESS el 2015 tienen capacidad resolutiva menor al 70%, considerados muros de contención para la Atención con CPN reenfocada básica, parto eutócico y del RN normal, trabajo de parto distócico, atención del RN complicado (DER), atención frente a la retención de placenta no complicada, atención de HIE leve y severa (DER), atención de hemorragia leve, grave o shock hipovolémico (DER), atención de casos de sepsis materna y neonatal DER, atención en caso de aborto incompleto DER y planificación familiar.

Funciones Obstétricas Neonatales Básica, 2015

Nro	Distrito	Categoría	Nombre del Establecimiento de Salud	Capacidad Resolutiva	
				2015 S-I	2015 S-II
1	Rimac	I-4	Piedra Liza	66	76
2	Chaclacayo	I-4	Miguel Grau	68	69
3	Ate	I-4	San Fernando	52	61
4	Cieneguilla	I-4	Tambo Viejo	58	57
5	Santa Anita	I-4	Santa Anita	52	51
6	Rimac	I-4	Rimac	86	87
7	Carabayllo	I-4	El Progreso	72	72
8	Comas	I-4	Laura Rodriguez Dulanto Duksil	66	75
9	Independencia	I-4	Tahuantinsuyo Bajo	66	63
10	Los Olivos	I-4	Clas Juan Pablo II	79	83
11	Ancon	I-4	Ancon	63	57
12	Puente Piedra	I-4	Enrique Martin Altuna	65	63
13	Puente Piedra	I-4	Santa Rosa	61	58
14	Puente Piedra	I-4	Los Sureños	67	67
15	La Victoria	I-4	El Porvenir	50	54
16	Surquillo	I-3	Surquillo	55	49
17	Magdalena Del Mar	I-4	Magdalena	63	66
18	Chorrillos	I-4	Chorrillos II	61	65
19	Chorrillos	I-4	Buenos Aires de Villa	60	71
20	Chorrillos	I-4	Delicias de Villa	56	65
21	Chorrillos	I-4	San Genaro de Villa	61	60
22	Lurin	I-4	Lurin	74	73
23	Pucusana	I-3	Pucusana	59	64
24	San Bartolo	I-3	San Bartolo	68	63
25	Pachacamac	I-3	Portada de Manchay	65	63
26	San Juan De Miraflores	I-4	Manuel Barreto	64	56
27	San Juan De Miraflores	I-4	Ollantay	66	62
28	Villa El Salvador	I-4	Cesar Lopez Silva	69	70
29	Villa El Salvador	I-4	San Jose	72	75
30	Villa El Salvador	I-4	Juan Pablo II	65	FI
31	Villa Maria Del Triunfo	I-4	Jose Galvez	71	68
32	Villa Maria Del Triunfo	I-4	Villa Maria del Triunfo	62	61
33	Villa Maria Del Triunfo	I-4	Jose Carlos Mariategui	61	73
34	Villa Maria Del Triunfo	I-4	Daniel Alcides Carrion	64	FI
35	Villa Maria Del Triunfo	I-4	Tablada de Lurin	66	67

Fuente: INEI - Encuesta a EESS con Funciones Obstétricas y Neonatales

6.1.17 Funciones Obstétricas Neonatales Esencial (FON-E):

Datos del 2010/2013, muestra que la capacidad resolutiva de los EESS con categoría E, descendió en el último año, situación que no garantiza la atención especializada de complicaciones de embarazo, parto o post parto y la atención del RN.

(CPN reenfocada, parto distócico y RN complicado, extracción manual de placenta complicada, atención de aborto incompleto, atención HIE moderada severa y eclampsia, atención hemorragia severa y shock hipovolémico, atención de sepsis, cesárea, laparotomía, histe-rectomía abdominal, atención en caso de patología quirúrgica neonatal no complicada y planificación familiar).

Funciones Obstétricas Neonatales Esencial, 2013 y 2015

Nro	Distrito	Nombre del establecimiento de Salud	Categoria	2013	Capacidad Resolutiva	
					2015 S-I	2015 S-II
1	El Agustino	Hospital Nacional Hipolito Unanue	III-1	54.0	77.7	77.2
2	Lurigancho (Chosica)	Hospital Jose Agurto Tello	II-2	50.4	71.5	69.9
3	Lima	Nacional Dos de Mayo	III-1	57.4	N/D	N/D
4	Lima	Nacional Arzobispo Loayza	III-1	59.6	N/D	N/D
5	Magdalena Vieja (Pueblo Libre)	Santa Rosa	III-1	56.4	89.9	74
6	Lima	Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolome	III-1	77.1	N/D	N/D
7	Puente Piedra	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	II-2	61.6	63.7	61.5
8	San Martin De Porres	Nacional Cayetano Heredia	III-1	69.4	77.9	81.6
9	Comas	Nacional Sergio E. Bernales	III-1	56.2	79.4	83.5
10	San Juan De Miraflores	Hospital Maria Auxiliadora	III-1	72.0	77.4	N/D
11	Ate	Hospital Huaycan	II-1	N/D	65.2	N/D
12	Ate	Hospital Vitarte	II1-	N/D	N/D	70.7
13	San Juan de Lurigacho	Hospital San Juan De Lurigancho	II-2	63.7	N/D	N/D

Fuente: INEI – EESS con Funciones Obstétricas y Neonatales

6.1.18 Funciones Obstétricas Neonatales Intensiva (FON-I):

Atención CPN reenfocada intensiva, de parto y RN complicado, aborto incompleto complicado, HIE con síndrome de HELLP, hemorragia severa y shock hipovolémico, histerectomía abdominal, atención de patología quirúrgica neonatal complicada, sepsis materna y neonatal, cesárea, laparotomía que requieran de unidad de cuidados intensivos (UCI), planificación familiar según condición; categoría que solo existe 01 EESS en la DISA LM.

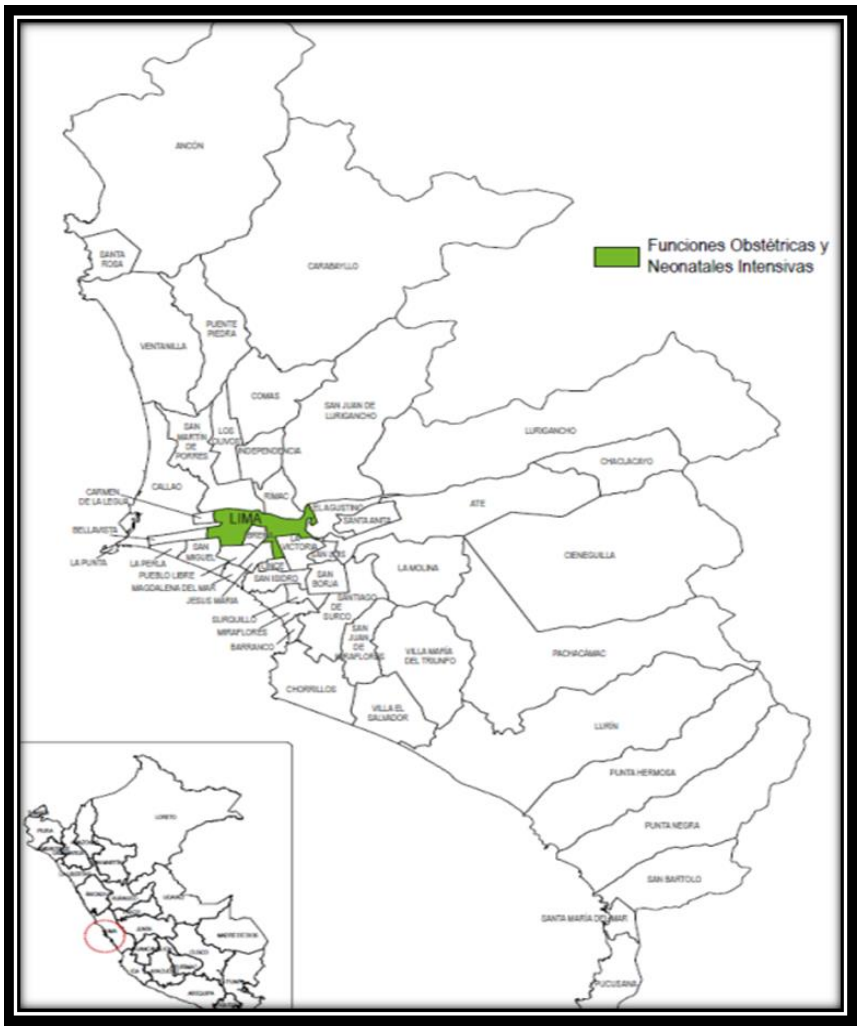
Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas

Nro	Distrito	Nombre del establecimiento de Salud	Categoria	Capacidad Resolutiva	
				2015 S-I	2015 S-II
14	Lima	Instituto Nacional Materno Perinatal	III-2	80.7	80.7

Fuente: INEI - Encuesta a EESS con Funciones Obstétricas y Neonatales

Establecimiento de salud investigado que cumple

Funciones obstétricas y neonatales intensivas, Lima, 2013.



Según el mapa para garantizar las FON-I solo existe el instituto Nacional Materno Perinatal para la la atención de necesidades de salud en Materno y Neonatal de mayor complejidad referidas de la misma provincia de Lima y del interior del país.

En donde podemos concluir que existen brechas de equipamiento, infraestructura y personal de salud calificado en los EESS en todas sus categorías P, B, E,I debido a la capacidad resolutiva menor al óptimo (90%), asimismo solo existe 01 EESS con FON-I para atender necesidades de atención de mayor complejidad de la gestación, parto, puerperio y la atención del RN del ámbito de la provincia de Lima y las referencia de todo el país. En tal sentido el sistema de salud no garantizar el acceso a prestaciones con calidad integral.

6.1.19 Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR)

Cobertura de aseguramiento público en salud

La Ley 29344 o de Aseguramiento Universal en Salud, constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas, ley que asegura el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna a toda la población del Perú desde su nacimiento hasta su muerte. En el sistema de salud, actual no existe equidad de acceso a los servicios ni a las prestaciones de salud. Los afiliados a EsSALUD cuentan con una cobertura "infinita", es decir, este seguro casi no tiene exclusiones en la práctica, en cambio todos los demás subsistemas de aseguramiento tienen planes limitados.

Perú: Población con algún seguro de salud según tipo

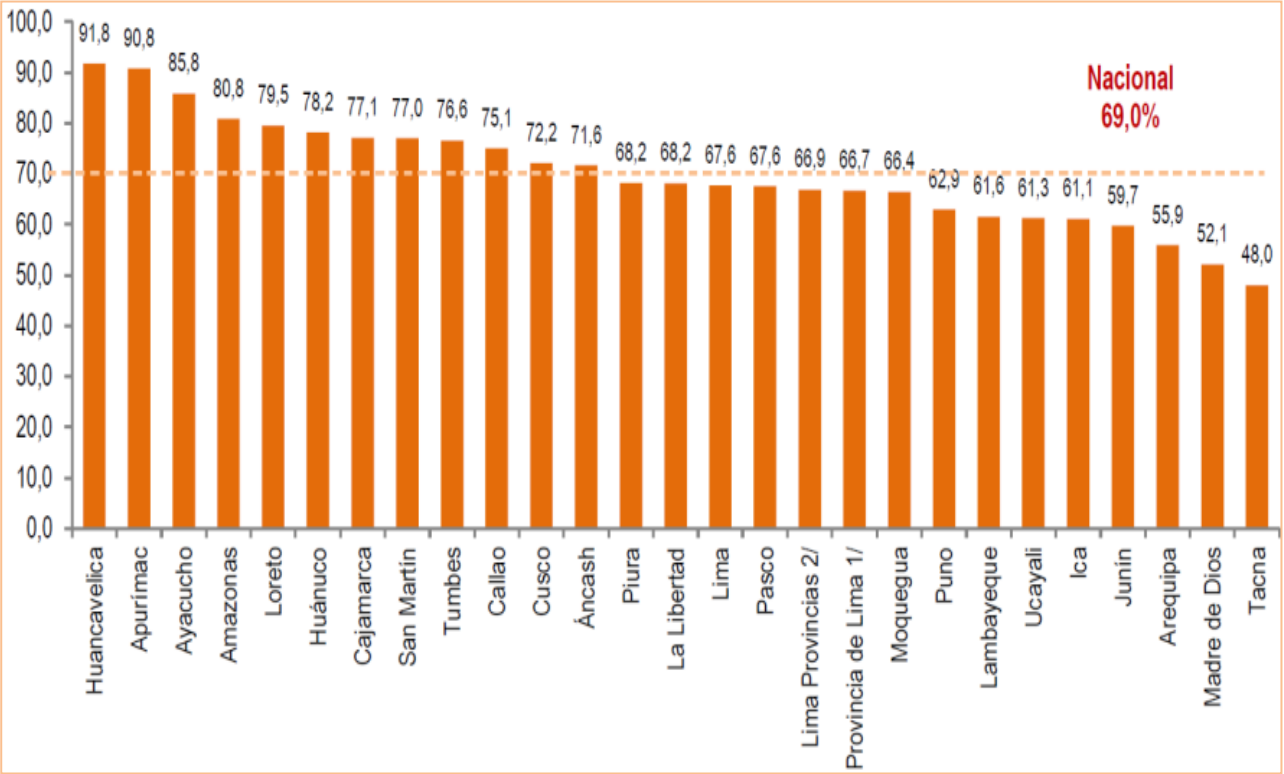
De seguro, 2008-2015/ % respecto a la población total

Tipos de Seguro	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 P/ I Sem.
Con seguro de Salud	53,7	60,5	63,5	64,5	61,9	65,5	69,0	71,8
Únicamente ESSALUD	20,1	21,2	21,6	22,7	24,4	24,4	24,6	25,7
Únicamente SIS	28,1	33,8	36,3	36,1	31,4	35,3	39,0	40,0
Con otros seguros 1/	5,5	5,6	5,5	5,7	6,1	5,8	5,4	6,1

1/Incluye EsSalud y Seguro Integral de Salud - SIS
P/Información preliminar
Fuente: INEI

Según datos del 2008/2015 la cobertura de aseguramiento en salud el Perú se incrementó de 53.7 a 71.8%. Con similar comportamiento muestra la población afilada a ESSALUD y SIS.

Perú: Población asegurada según departamento, 2014 / % del total de la población /



1/Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.
Fuente: INEI.

La provincia de Lima que comprende los 43 distritos tiene una cobertura de población asegurada de 66.7%.

Según el registro de afiliados por distrito los 43 superan el 65% de cobertura
Afiliaciones por distrito Provincia de Lima, 2015 DISA LM

Afiliaciones según tipo de seguro						Indicadores tomando como referencia la población INEI			Indicadores tomando como referencia la población RENIEC			Quintil 1/	Total de Afiliados AUS
	Afiliados según IAFAS					Cobertura AUS	Brecha AUS		Cobertura AUS	Brecha AUS			
Distrito	SIS	EsSalud	EPS	FFAA	Otros		%	Cant		%	Cant		
Total	**3,025,795**	**3,450,658**	**478,813**	**190,560**	**661,184**	**77.6**	**22.4**	**1,993,856**	74.1	**25.9**	**2,412,764**		**6,900,556**
Ancon	27,190	10,530	639	774	849	89.4	10.6	4,620	91.1	8.9	3,773	3	38,762
Ate	202,243	182,235	15,590	6,825	17,283	63.0	37.0	233,443	70.1	29.9	169,389	4	396,643
Barranco	8,679	24,509	4,336	1,024	6,699	123.1	-23.1	-6,939	66.5	33.5	18,588	5	36,923
Breña	24,006	64,289	7,267	3,159	10,239	124.2	-24.2	-18,367	73.0	27.0	34,937	5	94,292
Carabayllo	127,665	67,035	4,145	4,781	5,169	66.4	33.6	101,492	79.9	20.1	50,355	3	200,486
Chaclacayo	16,012	19,285	1,662	943	2,698	85.3	14.7	6,386	72.1	27.9	14,311	5	37,042
Chorrillos	104,938	124,880	13,692	9,072	19,728	75.4	24.6	80,146	77.1	22.9	72,744	4	245,401
Cieneguilla	12,587	6,959	411	243	866	42.6	57.4	27,025	78.6	21.4	5,464	3	20,055
Comas	194,690	184,360	12,714	13,683	15,435	75.4	24.6	129,043	71.5	28.5	157,857	5	395,851
El Agustino	86,414	56,763	3,153	3,809	7,109	77.5	22.5	43,006	69.2	30.8	65,998	4	148,359
Independencia	86,597	74,129	4,753	5,202	5,958	77.1	22.9	49,714	73.7	26.3	59,487	4	167,108
Jesus Maria	11,046	72,949	13,024	2,983	18,941	129.8	-29.8	-21,330	68.8	31.2	42,079	5	92,919
La Molina	14,384	96,703	26,628	3,519	41,982	76.9	23.1	39,575	67.8	32.2	62,796	5	132,071
La Victoria	83,173	102,656	9,509	4,420	13,854	112.9	-12.9	-22,194	72.3	27.7	74,199	5	193,973
Lima	110,877	238,827	63,546	12,846	58,632	142.7	-42.7	-116,124	95.9	4.1	16,441	5	387,938
Lince	12,587	53,557	8,380	1,718	11,736	142.2	-42.2	-21,211	70.5	29.5	29,927	5	71,439
Los Olivos	105,369	136,664	16,987	9,354	19,398	69.2	30.8	114,247	68.1	31.9	120,255	5	256,982
Lurigancho	88,111	57,854	3,212	1,910	5,234	68.2	31.8	69,605	89.3	10.7	17,982	3	149,371
Lurin	29,030	24,557	1,611	974	2,038	64.7	35.3	30,031	72.2	27.8	21,212	3	55,101
Magdalena del Mar	12,852	37,113	8,424	1,898	11,890	102.1	-2.1	-1,130	69.9	30.1	24,053	5	55,786
Magdalena Vieja	8,404	58,417	13,828	2,530	18,940	99.7	0.3	266	64.5	35.5	41,742	2	75,848
Miraflores	8,258	86,676	25,664	2,243	42,205	140.1	-40.1	-32,826	73.7	26.3	41,055	5	114,758
Pachacamac	55,844	19,110	918	619	1,524	58.5	41.5	53,761	88.7	11.3	9,705	5	75,892
Pucusana	7,581	2,763	207	92	226	61.8	38.2	6,515	80.0	20.0	2,633	2	10,529
Puente Piedra	142,452	71,721	2,922	4,742	4,123	62.2	37.8	133,586	76.7	23.3	66,859	3	219,741
Punta Hermosa	2,204	2,126	332	85	726	62.0	38.0	2,891	66.4	33.6	2,383	3	4,718
Punta Negra	3,246	2,515	320	151	462	76.8	23.2	1,840	83.8	16.2	1,181	3	6,094
Rimac	71,004	83,903	7,373	5,767	9,325	98.9	1.1	1,890	73.6	26.4	58,616	5	163,021
San Bartolo	3,603	2,402	196	144	442	81.7	18.3	1,406	87.2	12.8	925	3	6,293
San Borja	9,044	74,360	24,437	3,969	37,489	90.6	9.4	10,537	67.9	32.1	47,948	5	101,391
San Isidro	5,872	68,673	21,918	1,400	32,358	165.5	-65.5	-35,510	100.5	-0.5	-467	5	89,716
San Juan de Lurigancho	472,298	277,274	19,012	17,632	23,967	70.8	29.2	318,823	77.9	22.1	218,748	4	772,480
San Juan de Miraflores	136,786	141,626	10,478	7,516	14,070	71.9	28.1	113,646	68.1	31.9	136,165	4	290,355
San Luis	14,966	31,402	4,168	1,537	5,903	86.3	13.7	7,884	65.0	35.0	26,783	5	49,716
San Martin de Porres	199,947	224,661	23,019	20,041	27,039	64.5	35.5	248,896	69.2	30.8	201,311	5	451,281
San Miguel	24,306	78,559	19,244	4,754	26,379	86.6	13.4	18,187	71.1	28.9	47,745	5	117,319
Santa Anita	70,612	80,747	6,410	3,290	7,731	68.7	31.3	71,559	63.6	36.4	89,810	5	156,863
Santa Maria del Mar	253	657	98	15	322	65.9	34.1	549	62.6	37.4	634	4	1,059
Santa Rosa	7,657	3,313	252	694	390	62.5	37.5	7,030	71.0	29.0	4,784	4	11,721
Santiago de Surco	44,827	178,956	53,484	9,989	97,770	81.0	19.0	65,411	71.9	28.1	108,843	5	278,831
Surquillo	20,459	66,789	12,142	2,224	14,894	103.0	-3.0	-2,772	78.8	21.2	25,341	5	94,118
Villa El Salvador	182,625	129,070	6,088	5,700	9,263	69.0	31.0	143,593	74.7	25.3	107,972	4	319,421
Villa Maria del Triunfo	175,097	129,084	6,620	6,289	9,898	69.8	30.2	135,656	74.0	26.0	110,201	4	312,889

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud - Diciembre 2015.

6.1.20 Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en Recién Nacido (RN)

Según la OMS casi el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son niños menores de 28 días o en período neonatal, asimismo tres de cada cuatro muertes de RN se producen en la primera semana de vida. En países en desarrollo, casi la mitad de las madres y RN no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto. Hasta dos tercios de fallecimientos de RN pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida Fuente: Reducción de la mortalidad de recién

nacidos - Nota descriptiva N°333- OMS - Enero de 2016 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/.

En el 2015 en la DISA LM la cobertura de controlados en CRED en los 28 primeros días de vida periodo de mayor riesgo de muerte para el niño alcanzó el 17%, cifra que comparada al promedio nacional 54,9% es inferior.

Distrito	Menor Años 2015	Numero control 1er control	2do control	Total (1er y 2do control)	% (2do Control
San Bartolo	108	108	71	179	66
Punta Negra	116	46	52	98	45
Pachacamac	2697	1345	1021	2366	38
Pucusana	371	144	139	283	37
Ancon	802	425	282	707	35
Santiago de Surco	318	156	108	264	34
La Victoria	2460	1227	770	1997	31
San Juan de Lurigancho	19822	6976	5544	12520	28
Lurin	1697	668	457	1125	27
Santa Rosa	318	128	83	211	26
Chaclacayo	653	280	170	450	26
Lurigancho	3935	1289	944	2233	24
Ate	10964	3277	2405	5682	22
Punta Hermosa	138	42	28	70	20
Puente Piedra	7831	2527	1557	4084	20
Surquillo	1074	350	201	551	19
San Luis	751	218	136	354	18
Cieneguilla	942	183	169	352	18
Carabayllo	4811	1318	860	2178	18
Villa el Salvador	8295	2013	1308	3321	16
Rimac	2141	630	325	955	15
Independencia	3382	1259	504	1763	15
Santa Anita	4098	828	598	1426	15
El Agustino	3635	611	496	1107	14
Magdalena del Mar	548	444	74	518	14
San Juan de Miraflores	6304	1641	837	2478	13
Los Olivos	5923	1268	767	2035	13
Lima	3441	856	424	1280	12
Barranco	314	48	37	85	12
Chorrillos	4896	886	568	1454	12
Villa Maria del Triunfo	7816	2464	892	3356	11
Comas	8583	1897	977	2874	11
Santa Maria del Mar	24	4	2	6	8
La Molina	1736	169	133	302	8
San Borja	1002	109	68	177	7
San Martin de Porres	10692	955	568	1523	5
Breña	939	87	33	120	4
Miraflores	648	31	18	49	3
San Miguel	1486	69	39	108	3
Jesus Maria	615	21	16	37	3
Lince	453	23	4	27	1
San Isidro	419	3	3	6	1
Pueblo Libre	738	9	2	11	0
Total DLM	137936	37032	23690	60722	17

Fuente: HIS 2015 – Elaborado oficina de epidemiologia

La actividad de CRED es esencial para todo RN que debe ser fortalecida en los servicios porque en esta se monitorea la evolución de su crecimiento y desarrollo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.

6.1.21 Análisis de los Determinantes políticos

El análisis se basa en la información de la ejecución del presupuesto de salud del subsector público MINSA aprobada por el MEF en relación al registro del giro efectuado en las 37 unidades ejecutoras (excepto la red de servicios de salud Lima Este Metropolitana) presentes en el ámbito de la DISA LM constituida por la provincia de Lima.

6.1.22 Situación de financiamiento en la DISA LM

El Perú al 2016 tiene una población estimada de 31'488,625 personas según el INEI y la provincia de Lima concentra a 9'031,034 hab., el cual representa el 29% del total de la población del país, y por ende también el presupuesto asignado debería ser en el mismo porcentaje para atender sus necesidades de salud.

Programación del presupuesto en la DISA LM, 2014-2015

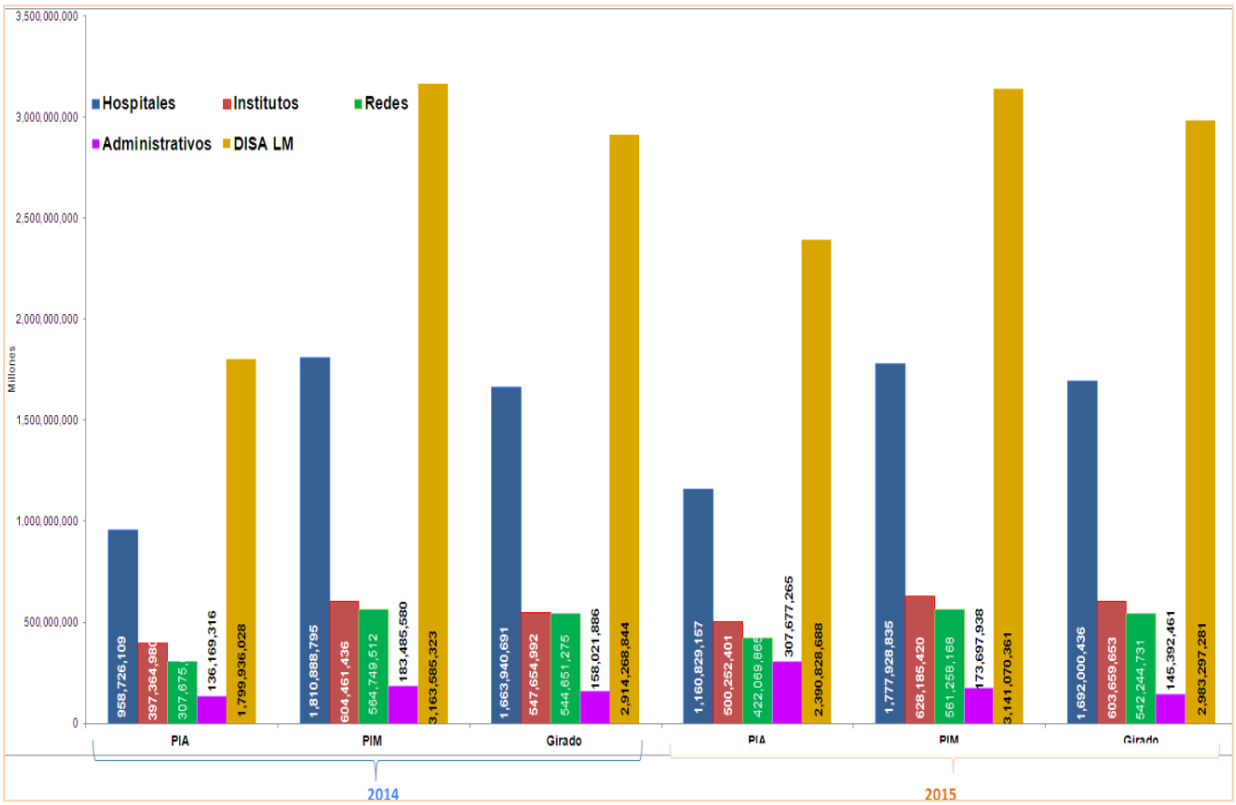
Año	Estructura	Hospitales	Institutos	Redes	Administrativos	DISA LM
2014	PIA	958,726,109	397,364,980	307,675,623	136,169,316	1,799,936,028
	PIM	1,810,888,795	604,461,436	564,749,512	183,485,580	3,163,585,323
	Girado	1,663,940,691	547,654,992	544,651,275	158,021,886	2,914,268,844
2015	PIA	1,160,829,157	500,252,401	422,069,865	307,677,265	2,390,828,688
	PIM	1,777,928,835	628,185,420	561,258,168	173,697,938	3,141,070,361
	Girado	1,692,000,436	603,659,653	542,244,731	145,392,461	2,983,297,281

Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas- Elaborado Oficina Epidemiología

En general en todas unidades ejecutoras* (nivel descentralizado u operativo en las entidades públicas cuenta con un nivel de desconcentración administrativa) muestran variaciones significativa entre el presupuesto institucional de apertura (PIA) y el presupuesto institucional modificado (PIM) actualizado a consecuencia de las modificaciones presupuestarias, tanto a nivel institucional como a nivel funcional programático, efectuadas durante el año fiscal, a partir del PIA y el girado según información publicada en la página amigable del MEF 2014 y 2015. *Determina y recauda ingresos; contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable;

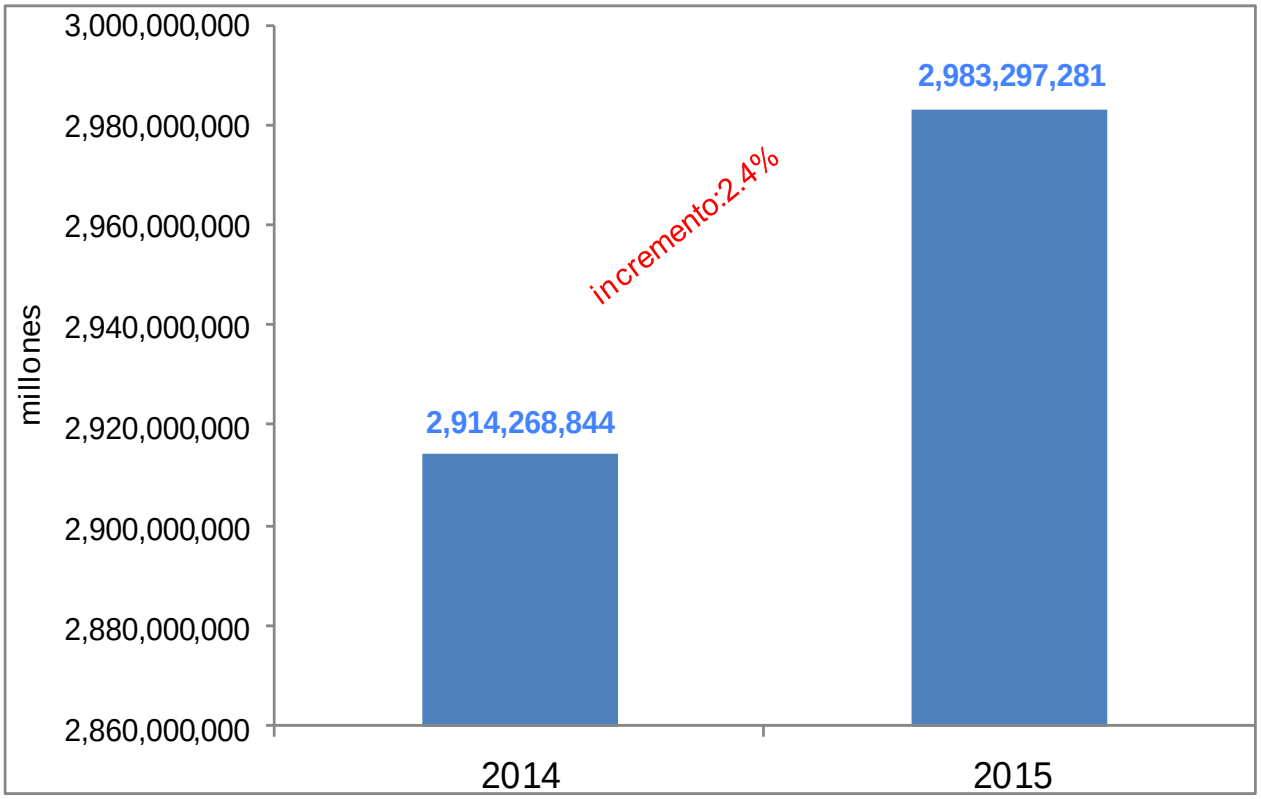
registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas; recibe y ejecuta desembolsos de operaciones de endeudamiento; y/o se encarga de emitir y/o colocar obligaciones de deuda.

Programación y ejecución del presupuesto en la DISA LM, 2014-2015



Fuente: Pagina amigable
Ministerio de Economía y Finanzas - Elaborado Oficina Epidemiología

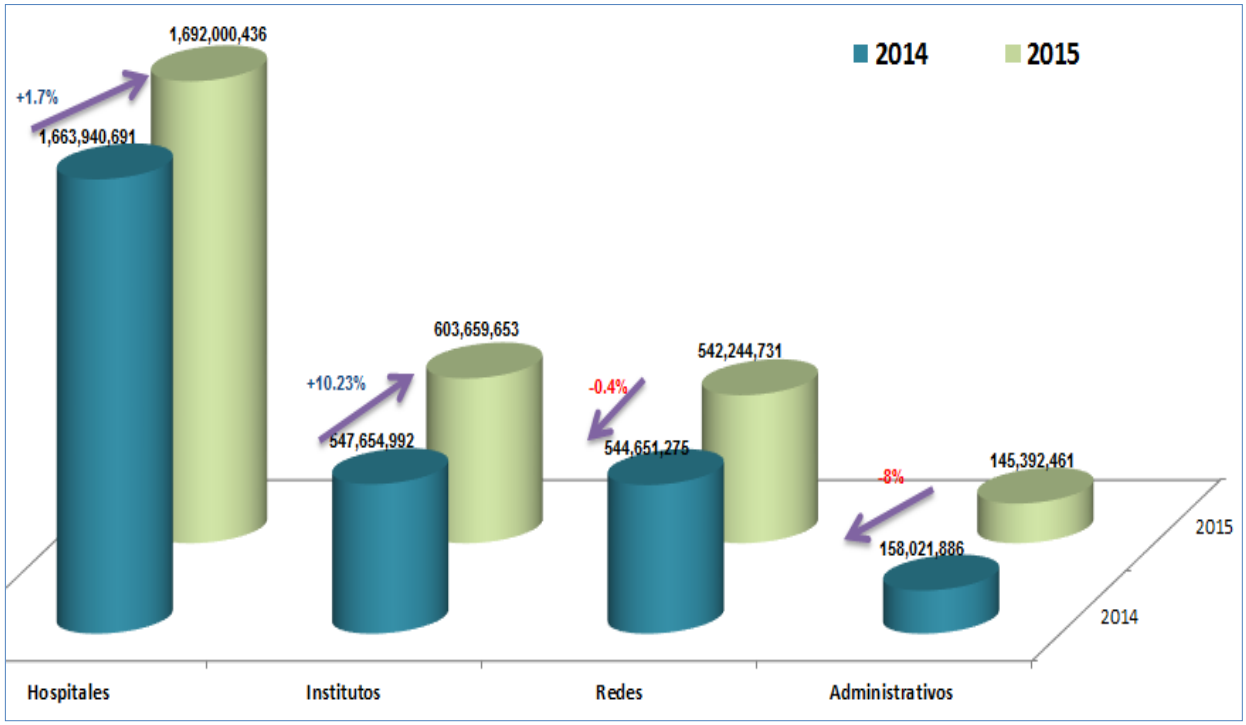
El presupuesto global destinado para atender las necesidades de salud de la población en el 2014 fue 2914.268.844 nuevos soles (NS) y en el 2015 se incrementó a 2983.297.281 NS en el 2015; lo que expresa un 2.4% más.



Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas
Elaborado Oficina Epidemiología

En según la ejecución del presupuesto girado por tipo de EESS se observa que la mayor proporción es en hospitales, qué incremento en 1.7% más en el 2015 comparado al 2014. En institutos este incremento fue mayor en más del 10.2%.

Presupuesto girado según tipo de institución, DISA LM, 2014 – 2015



Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas 2014-2015 - Elaborado Oficina Epidemiología.

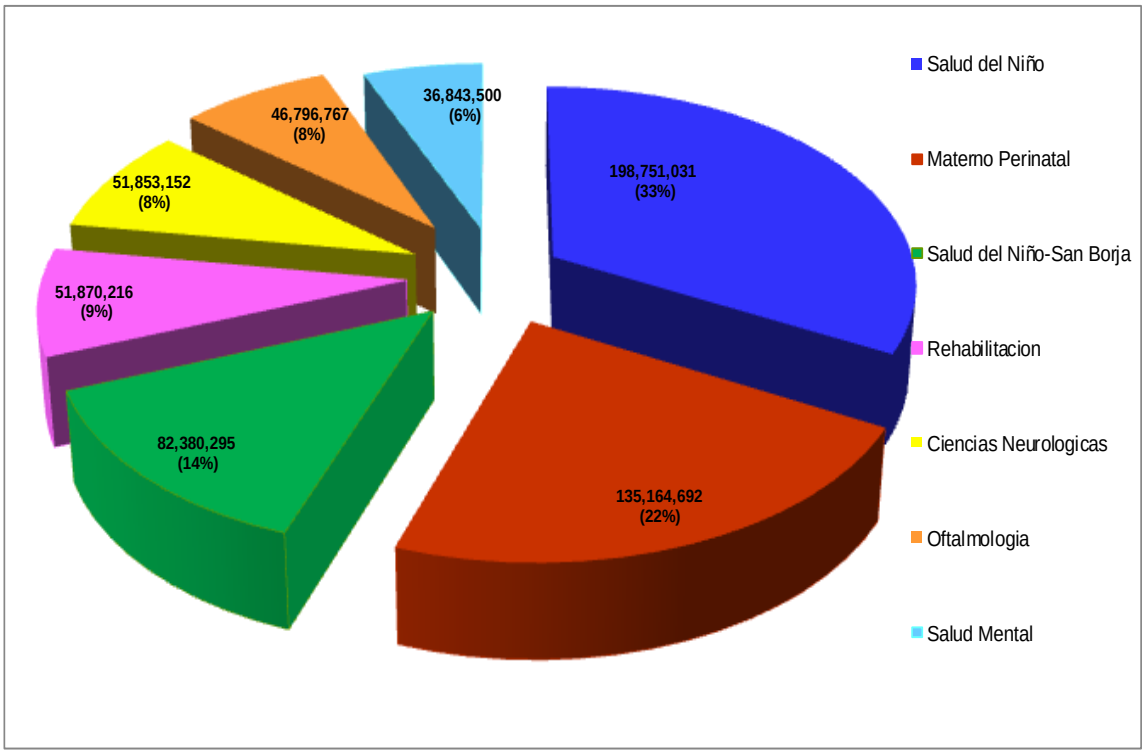
Sucediendo lo contrario en las redes de servicios de salud, en donde se observa un descenso del 0.4% y en el grupo de administrativos 8% menos.

El presupuesto ejecutado según lo girado y agrupada por hospitales en todas sus categorías que brindan servicios generales y especializados muestra que el hospital Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia y Dos de Mayo tuvieron mayor presupuesto con el 14,12 y 11% y 229,553,371- 201,408,743-187091010 NS.

Ejecución del presupuesto en la DISA LM, 2015

Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas 2014-2015 - Elaborado Oficina Epidemiología.

Ejecución del presupuesto girado Institutos especializados, 2015



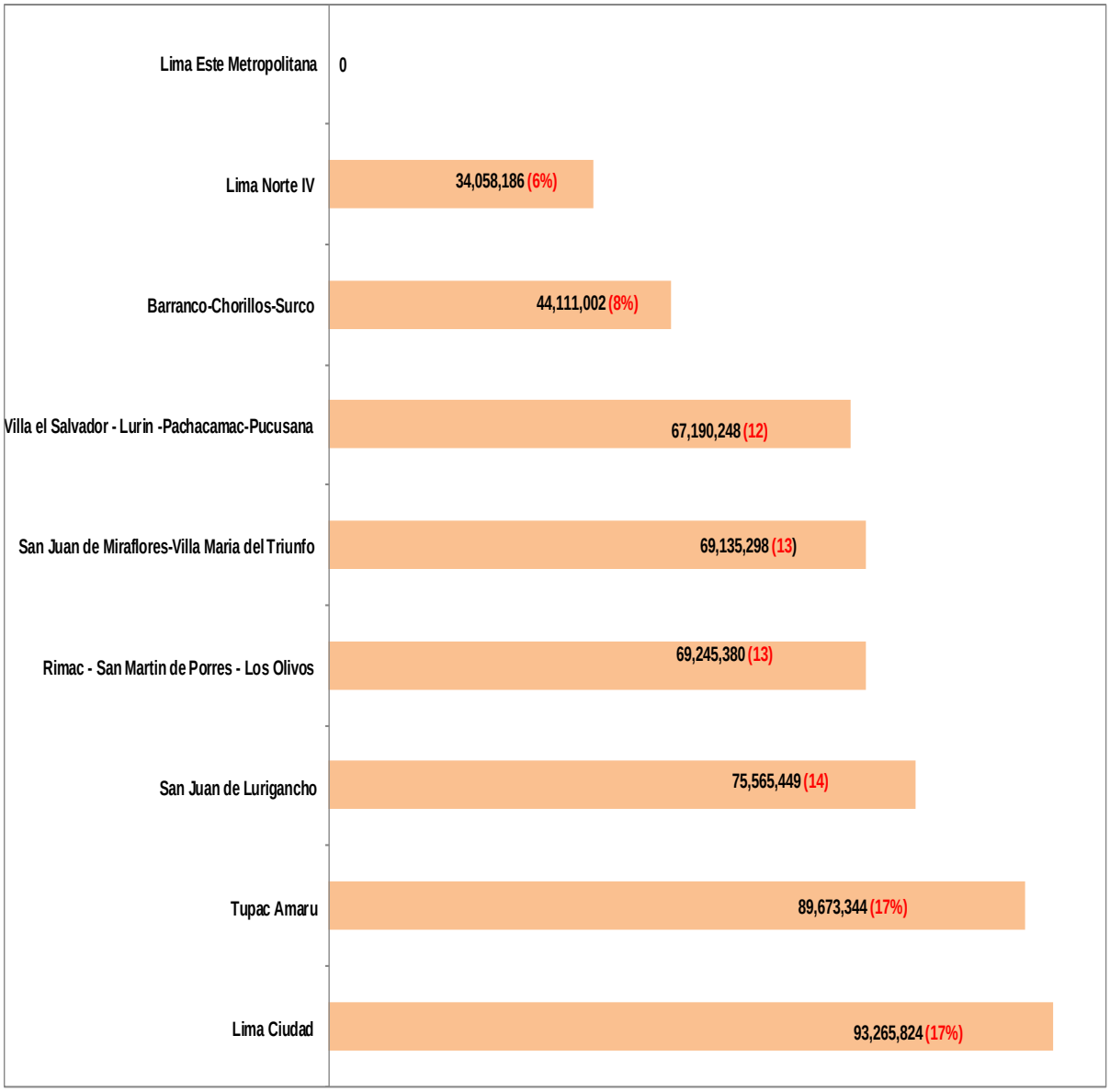
El presupuesto ejecutado y agrupada por institutos que prestan servicios especializados muestra que los institutos especializados del niño ubicado en la avenida Brasil y San Borja son los que gastaron el 47% (33 y 14) del total en este grupo, seguido de Materno Perinatal con el 22%.

Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas 2014-2015
Elaborado Oficina Epidemiología.

Sin embargo es importante mencionar que los hospitales en todas sus categorías y los institutos especializados ubicados en la provincia de Lima también atiendes las necesidades de salud de mayor complejidad referidas de todo el país debido a la falta de EESS categorizados para resolverlas. El cual debe ser considerado en la planificación de los servicios de salud.

En el grupo de redes de servicios de salud también observamos que existe una inequidad en la distribución presupuestal, en donde Lima Ciudad, Túpac Amaru presentan cifras similares 17%, asimismo son superiores al San Juan de Lurigancho; Red que concentra la población del mismo y es la más poblada del Perú, departamento y provincia de Lima.

Ejecución del presupuesto girado Redes de Servicios de Salud, 2015



Fuente: Pagina amigable Ministerio de Economía y Finanzas 2014-2015 y Elaborado Oficina Epidemiología.

6.1.23 Recomendación: Financiamiento

Fortalecer la **Gestión presupuestaria (c**apacidad de las entidades públicas para lograr sus objetivos institucionales, mediante el cumplimiento de las metas presupuestarias aplicando los criterios de eficiencia, eficacia y desempeño).

Realizar la evaluación presupuestaria, medir el avance y/o cumplimiento de metas para asegurar la atención de las necesidades de salud de la población con equidad, eficacia y eficiencia.

Indicadores demográficos	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Fecundidad						
Nacimientos anuales: B	160 005	159 717	160 044	160 431	163 089	166 088
Tasa bruta de nataliidad b (por mil)	20,66	18,67	18,20	16,93	15,95	15,10
Tasa global de fecundidad	2,38	2,19	2,06	1,95	1,87	1,82
Tasa bruta de reproducción	1,16	1,07	1,00	0,95	0,91	0,89
Mortalidad						
Muertes anuales: D	36 588	38 822	42 812	48 600	55 201	62 679
Tasas bruta de mortalidad: d (por mil)	4,95	4,78	4,87	5,13	5,40	5,70
Esperanza de vida al nacer:						
Ambos sexos	73,7	75,38	76,31	77,15	77,87	78,5
Hombres	71,68	73,36	73,98	74,57	75,11	75,61
Mujeres	75,83	77,5	78,76	79,85	80,76	81,53
Tasa de mortalidad infantil: (por mil nacidos vivos)	20,01	14,01	12,01	10,33	9,04	8,08
Crecimiento Natural						
Crecimiento anual: B-D	123 417	120 895	117 232	111 831	107 888	103 409
Tasa de crecimiento natural: b-d (por mil)	15,71	13,89	13,33	11,80	10,55	9,40
Migración Interna e Internacional*/						
Migración neta anual: M	28 781	19 737	9 381	32 476	46 185	52 139
Tasa de migración neta: m (por mil)	3,90	2,43	1,07	3,43	4,52	4,74
Crecimiento Total						
Crecimiento anual: B-D+(-)M	152 198	140 632	126 613	144 307	154 073	155 548
Tasa de crecimiento total: b-d+(-)m (por mil)	19,61	16,32	14,40	15,23	15,07	14,14

Lima: Resumen de indicadores demográficos, estimados por quinquenios, 1995-2025

*/Referida a migrantes sobrevivientes al final del período

Fuente: Boletín de Análisis Demográfico Nº 37 titulado Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2025.

6.1.24 Investigación en salud

La investigación es clave para conseguir los Objetivos del Desarrollo Sostenible, según informe de la UNESCO

"Tras la reciente adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el período 2015-2030 por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Informe sobre la Ciencia de la UNESCO pone de manifiesto que la investigación es un factor de aceleración del desarrollo económico y, a la vez, un elemento determinante en la construcción de sociedades más sostenibles y susceptibles de preservar mejor los recursos naturales del planeta", afirma la Directora General de la UNESCO, Irina Bokova.

La primera enseñanza del informe es que, a pesar de la crisis económica que azotó en 2008 a los países industrializados, el gasto interior bruto en Investigación y Desarrollo (I+D) a nivel mundial creció, pasando de 1,132 billones de dólares en 2007 a 1,478 billones en 2013, lo cual supuso un incremento del 31%, porcentaje éste muy superior al 20% de aumento experimentado en ese mismo período por el Producto Interior Bruto (PIB) de todos los países del mundo.

El país del mundo que más invierte en I+D son los Estados Unidos, ya que su gasto interior bruto por este concepto representa el 28,1% del efectuado en todo el mundo. A continuación viene China con un 20%, por delante de la Unión Europea (19%) y del Japón (10%). Los restantes países del mundo, aunque concentran el 67% de la población del planeta, sólo representan el 23% del gasto mundial en I+D. Cabe destacar, sin embargo, que en algunos países como Brasil, la India y Turquía, las inversiones en I+D están aumentando a un ritmo acelerado.

La primera enseñanza del informe es que, a pesar de la crisis económica que azotó en 2008 a los países industrializados, el gasto interior bruto en Investigación y Desarrollo (I+D) a nivel mundial creció, pasando de 1,132 billones de dólares en 2007 a 1,478 billones en 2013, lo cual supuso un incremento del 31%, porcentaje éste muy superior al 20% de aumento experimentado en ese mismo período por el Producto Interior Bruto (PIB) de todos los países del mundo.

El país del mundo que más invierte en I+D son los Estados Unidos, ya que su gasto interior bruto por este concepto representa el 28,1% del efectuado en todo el mundo. A continuación viene China con un 20%, por delante de la Unión Europea (19%) y del Japón (10%). Los restantes países del mundo, aunque concentran el 67% de la población del planeta, sólo

representan el 23% del gasto mundial en I+D. Cabe destacar, sin embargo, que en algunos países como Brasil, la India y Turquía, las inversiones en I+D están aumentando a un ritmo acelerado.

Para el año 2000 los fondos destinados a investigar las políticas y los sistemas de salud eran francamente exiguos y representaban menos del 0,02% del gasto en salud. El problema no se reducía a una financiación insuficiente pues la asignación de los recursos mostraba serias asimetrías reflejando el interés particular de las agencias que financian las investigaciones.
Para esta época, los estudios del Foro Global ponían de manifiesto que de los 73 mil millones de USD invertidos anualmente en la investigación en salud al nivel mundial, por parte de los sectores públicos y privados, el 90% se destinaba a resolver problemas en los países desarrollados y menos del 10% a la investigación de los problemas de salud que representan el 90% de la carga mundial de las enfermedades (medios en DALYs), principalmente en países en desarrollo. Los trabajos preparatorios de la Comisión en materia de investigación para el desarrollo pusieron de relieve dicha diferencia, y la denominaron "brecha 10/90". Esta brecha implica que las enfermedades de alta frecuencia en el mundo, responsables de la mayor carga de la enfermedad y discapacidad, como las infecciones respiratorias, la enfermedad diarreica, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la tuberculosis, las enfermedades tropicales, las condiciones peri-natales y el VIH/SIDA, reciben relativamente poca atención por parte de las investigaciones v cuatro enfermedades (Leishmaniosis, malaria, tripanosomiasis y tuberculosis) que representan más del 5% de la carga total de las enfermedades en el mundo, reciben paradójicamente menos del 1% de los fondos destinados a investigación. La brecha 10/90 se acompaña también de otros desbalances

6.1.25 Investigaciones Operativas

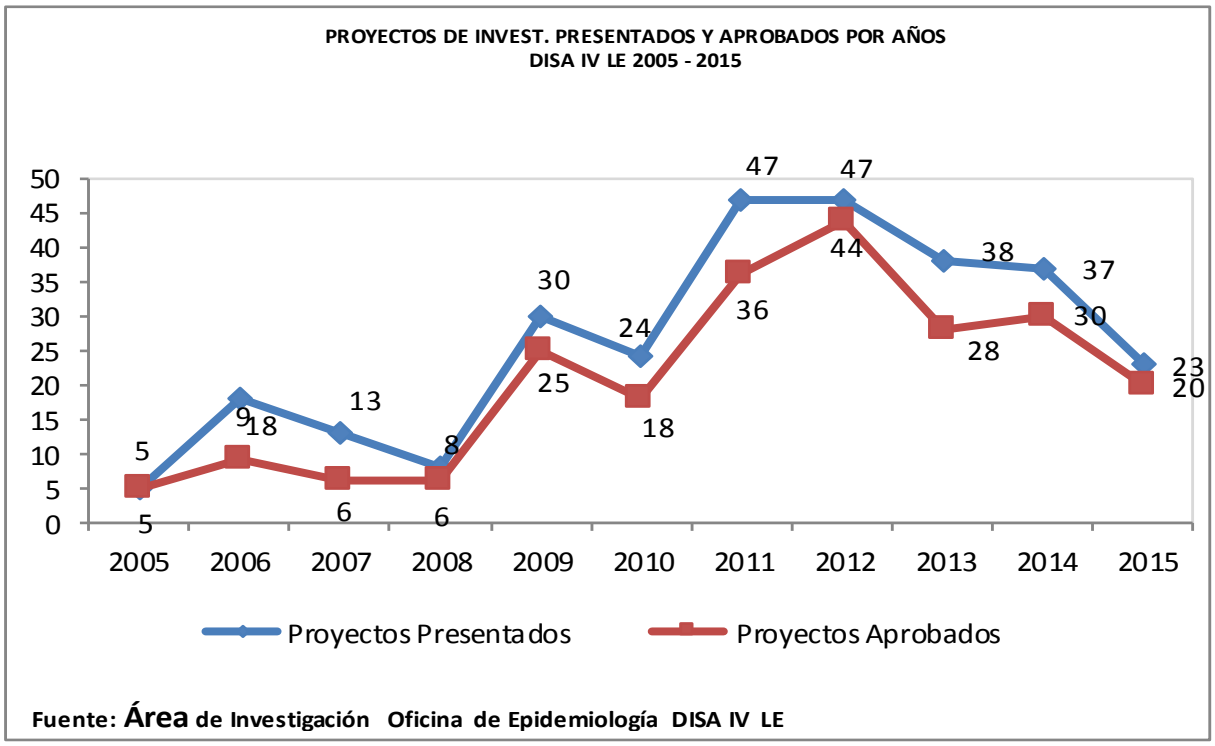
La investigación operativa es un proceso para analizar problemas en las operaciones de programas y servicios de salud, desarrollar soluciones y experimentar soluciones utilizando el método científico; estas soluciones deben estar dirigidas a mejorar la calidad, la eficiencia y efectividad de los programas y servicios de salud, por lo cual deberán ser coordinadas con los administradores y responsables de la conducción de los mismos.

Velásquez A. La investigación Operativa y la Epidemiología I

La investigación operativa y la epidemiología. La epidemiología en estos momentos ocupa un papel importante en la administración de los servicios y de los programas de salud, básicamente aportando información sobre el comportamiento de los daños y los factores que lo condicionan, y explicando las formas de propagación de las enfermedades. La aplicación en la administración, la planificación y evaluación de los servicios de la salud fue descrita por Dever8 en 1991. Este autor refiere que la epidemiología contribuye a la elaboración del diagnóstico de una comunidad respecto de la existencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad, así como para controlar los cambios ocurridos en un tiempo y lugar; y que "mediante la aplicación de los principios y métodos epidemiológicos, los administradores de los servicios de salud puede precisar cuáles son las enfermedades que tienen mayor importancia en determinada población, determinar poblaciones en situación de riesgo" . La información que provee la epidemiología constituye una base para la toma de decisiones. La aplicación de la epidemiología en la salud pública fue descrita años después por el mismo autor (Dever, 1997) cuando propone que la práctica de la salud pública (la toma de decisiones, el planeamiento, las políticas y el análisis de los programas de salud) debe basarse en evidencias, y una de estas evidencias son las mediciones epidemiológicas. Dentro de un modelo de mejora continua de la calidad de la práctica de salud pública, la epidemiología se ubica en el planeamiento, para identificar las causas de los problemas. Frente a estas consideraciones, el epidemiólogo está en constante relación con los administradores de servicios y de programas, y los informes que recoge de los sistemas de vigilancia, análisis situacional, investigación de brotes e investigaciones epidemiológicas son reportadas a los que toman decisiones. Evidentemente que no nos estamos refiriendo a simples datos sino a información debidamente analizada e interpretada utilizando herramientas estadísticas y diseños epidemiológicos. En la práctica el epidemiólogo identifica factores que explican la situación de una enfermedad o daño y que se relacionan con operaciones que se realizan en los programas y servicios de salud, es decir que dependen de la acción de los encargados de la oferta de los servicios y que son susceptibles de ser mejoradas. Sin embargo, muchas veces no se pueden tomar decisiones para realizar estos cambios con la información que proviene de estas evaluaciones y estudios epidemiológicos, debido a que cualquier decisión requiere la utilización de recursos y del convencimiento de tomadores de decisiones de que la medida propuesta será costo-efectiva, tendrá el efecto esperado, que podrá prevenir situaciones que lamentar, incrementar la

productividad, reducir gastos, o mejorar la calidad de atención. A pesar que muchas veces el epidemiólogo recomienda alguna acción que debería realizarse para mejorar la gestión de la administración de un programa o servicio, estas sugerencias no se aplican debido a que falta un sustento que permita demostrar que la acción propuesta tendrá el efecto esperado. Por lo general el epidemiólogo no se involucra en la ejecución de intervenciones asumiendo que ese papel no le corresponde. Los hechos han demostrado que muchas de las propuestas o recomendaciones no se realizan, ni se ejecutan. Esto se debe en parte a que no hay un responsable de poner a prueba soluciones que atiendan los factores relacionados a las operaciones, no encontrándose en la estructura administrativa de un establecimiento de salud o de un programa un área que se encargue de esta tarea.

Velásquez A. La investigación Operativa y la Epidemiología I



Investigación social. Proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social (investigación pura) o que permite estudiar una

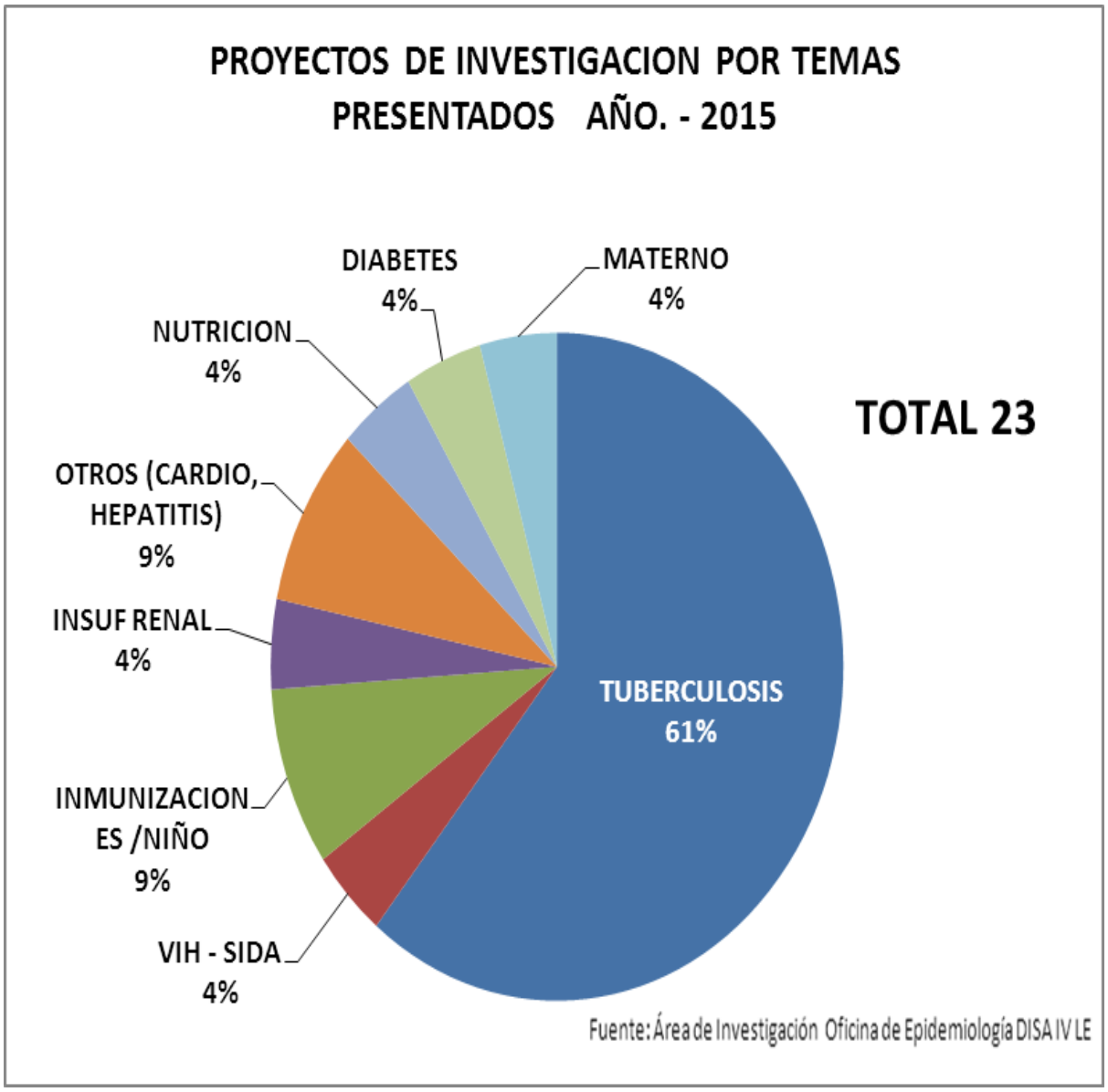
situación social para diagnosticar necesidades y problemas a los efectos de aplicar los conocimientos con finalidades prácticas (investigación aplicada). Los primeros en utilizar el método científico en las ciencias sociales fueron los economistas del siglo XIX, como Karl Marx, Cournot y Walras.

Como DISA Lima Metropolitana, no se cuenta con un área de investigación en salud, dado que se encuentra en proceso organización como tal.

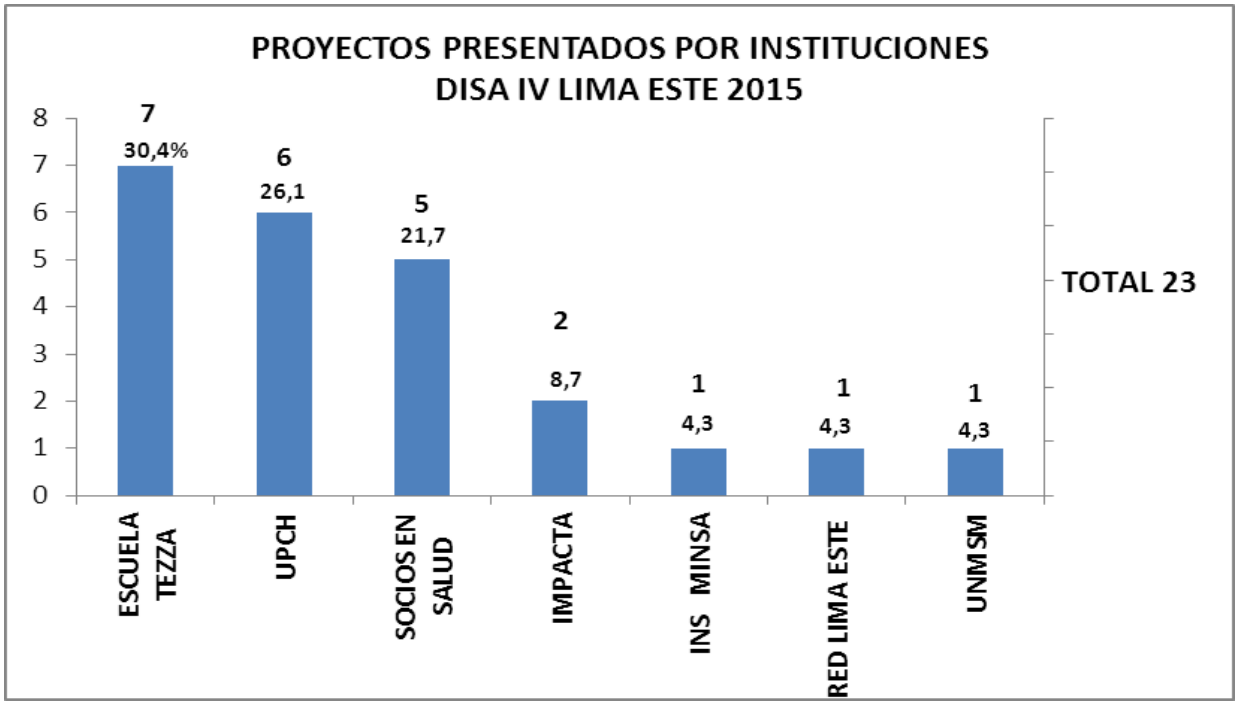
En la Dirección de Salud IV Lima Este se cuenta con un área de Investigación en Salud, un Equipo de Investigación en Salud actualizado con RD Nº 0045-2015-DISA IV LE DG-OE-OAJ y un Comité de Ética en Investigación actualizado y reconocido por la Dirección de Salud IV LE con RD Nº 0046-2015-DISA IV LE-DG-OAJ del 16 de enero del año 2015, vigente a la fecha; este Comité de Ética en investigación está reconocido por la Oficina Internacional de Bioética con el código de inscripción IORG: Nº IORG 0007107 aprobado en junio del 2012 con OMB Nº 0990-0279 e inscrito en la Federación de Aseguramiento para Protección de Seres Humanos FWA con el Nº 18558 del 30 de Junio del 2012 con el OMB Nº 0990-0278.Los que vienen realizando esfuerzos por lograr el desarrollo de la Investigación en nuestra jurisdicción.

La función principal del Área de Investigación en Salud, **es la Gestión de la Investigación** que implica la **Conducción y Desarrollo del proceso de Investigación en salud** en el ámbito jurisdiccional de la DISA IV Lima Este y en ese contexto se busca determinar estrategias para incentivar y motivar a la investigación de acuerdo a las líneas priorizadas; una de ellas se considera de gran importancia el concurso de proyectos de investigación que deben ajustarse a las prioridades de la DISA Lima Metropolitana. .

Durante el año 2015 la curva de proyectos presentados se mantuvo hacia abajo con respecto al año anterior, se asume que esto se debe al momento de cambio por el que está pasando la DISA IV LE (reforma de salud), y a la disminución de la difusión y motivación (no se realizaron reuniones técnicas ni capacitación por falta de presupuesto); sin embargo el número de proyectos presentados fueron 23 que significa 14 proyectos menos que el año pasado, es decir se bajó en 37%, de los cuales se aprobaron el 87% (20), luego de revisión por el área de investigación en salud y el Comité de Ética en investigación, siendo observados 3 proyectos, es decir que al cierre del año no levantaron las observaciones.


PROYECTOS DE INVESTIGACION POR TEMAS PRESENTADOS AÑO. - 2015
DIABETES 4%
MATERNO 4%
NUTRICION 4%
OTROS (CARDIO, HEPATITIS) 9%
INSUF RENAL 4%
INMUNIZACIONES /NIÑO 9%
VIH - SIDA 4%
TUBERCULOSIS 61%
TOTAL 23
Fuente: Área de Investigación Oficina de Epidemiología DISA IV LE

La Tuberculosis es una de las enfermedades que se considera problema de salud pública por el daño que ocasiona a la familia y comunidad y en nuestra DISA ha sido considerada como problema prioritario al igual que Malnutrición infantil, Mortalidad Materno, Perinatal, VIH / SIDA, Tuberculosis, Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, Metaxenicas, Accidentes de Transito



De todos los temas de investigación elegidos para realizar estudios de investigación, en mayoría corresponde en un 61% (14) a Tuberculosis; seguidos del tema de inmunizaciones con el 9% (02); luego se encuentra otros (Hepatitis y enf. Cardiovascular); seguidos de VIH (01) insuficiencia renal (01), Nutrición (01) y Diabetes y materno (01) con el 4%.

Se entiende la tuberculosis como un problema complejo y multidimensional con diversidad de aspectos que contribuyen a consolidar la enfermedad o a solucionarla, si se les aborda como un todo, en los espacios individual, familiar y comunitario. Por esta razón se considera importante la necesidad de estudiarla no solamente en los aspectos biológicos o psicológicos de las personas afectadas con la enfermedad, sino también, en aquellos que directa o indirectamente los condicionan (determinantes), como son: el trabajo, la nutrición, la organización, etc. considerando además la importancia que se le debe dar a la Tuberculosis

multidrogo resistente. En el cuadro siguiente, podemos observar que en el año 2015 los proyectos vienen de instituciones que se dedican a la Investigación en Salud como son las universidades y como se puede observar la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza de la Universidad Ricardo Palma es la que aporta con la mayor cantidad de proyectos de investigación en salud (7), los que provienen de la escuela de pre grado. En segundo lugar la Universidad Peruana Cayetano Heredia con el Instituto de Medicina Tropical ALEXANDER VON HUMBOLDT es la que, en segundo lugar, presenta mayor número de proyectos de investigación (6), luego se encuentran las organizaciones que realizan investigación en la jurisdicción, ellos son Socios en Salud e Impacta, con 5 y 2 proyectos respectivamente, finalmente se encuentra el Instituto Nacional de Salud con un proyecto , la Red Lima Este Metropolitana aparece con el proyecto de un trabajador de salud del Microred Chosica I y La Universidad

Mayor de San Marcos con un proyecto de investigación de post grado. Es importante tener en cuenta estos datos para orientar el trabajo coordinado con las Universidades para la orientación hacia los temas de importancia para la DISA IV LE.

En esta oportunidad se contó con un proyecto de investigación en salud presentado por un médico cirujano del centro de salud Chosica, el que se denomina: "Prevalencia de enfermedad renal crónica evaluado mediante el uso de la ecuación MDRD-4 en atención primaria del sector público: un estudio transversal" el mismo que ya se ha culminado y sus resultados se publican en el presente documento. Continuaremos en la tarea de motivar al personal para la presentación de proyectos.

6.1.26 Investigación Y Publicación

La investigación científica y la publicación del artículo científico son dos actividades íntimamente relacionadas. Algunos afirman que la investigación termina cuando se obtienen los resultados, cuando éstos se analizan, cuando se entrega el informe del trabajo o cuando la investigación se presenta en una reunión profesional. Sin embargo, la investigación científica realmente termina con la publicación de un artículo en una revista científica, solamente entonces su contribución pasará a formar parte del conocimiento científico. Otros van más lejos al sugerir que la investigación termina cuando el lector entiende el artículo; es decir, que no basta con publicar el trabajo, también es necesario que la audiencia entienda su contenido.

FINANCIAMIENTO.

La importancia de la investigación en salud radica en el impacto de los resultados, tomados como evidencias y/o información que se requiere para tomar sus decisiones sobre políticas y financiamiento.

Durante los últimos años se han hecho esfuerzos internacionales y nacionales continuos para alentar las iniciativas de investigación y de aplicación práctica de conocimientos en el campo de la salud pública. El Informe de la investigación destaca la importancia de la realización de investigaciones sanitarias y la aplicación de sus resultados para ayudar a fomentar comportamientos saludables.

Asimismo, el informe va destinado a una audiencia más amplia, en la que se encuentran las universidades, los hospitales con actividades docentes, los periodistas y el público en general; en suma, cualquiera con un interés profesional o personal en los temas de la salud pública.

Ningún proyecto se considera completo hasta que se prepara el informe **de** investigación, incluso el estudio más brillante tiene **poco** valor **si no se difunde a la** comunidad **científica**.

El informe de investigación representa el resultado final del largo proceso de investigación. Su articulación estructural constituye ser el modo de como los investigadores ordenan, clasifican y presenta los datos**. Withoutpublicationscienceisdead. -- Gerard Piel**

6.1.27 Temas De Investigación Según Problemas Priorizados De La Disa Lima Metropolitana

El 10 de diciembre del 2014 se realizó un “Taller de Identificación de Prioridades de Investigación en Saludtaller con participación de los responsables de epidemiología e investigación de las Redes, Microrredes y hospitales de la jurisdicción de la DISA IV LE y lima Sur así como de las hospitales de EsSalud , de las fuerzas policiales y un representante de la Municipalidad de San isidro y Pucusana, elaborándose la sgte acta:

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS

TALLER DE IDENTIFICACION DE PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN SALUD 2015-2021 DISAS LIMA SUR Y LIMA ESTE

El día 10 de diciembre de 2014 se llevó a cabo el Taller de "Aportes y Comentarios a la Propuesta de Lineamientos de Política de Investigación, Desarrollo e Innovación para la Salud en el Perú" Lima Metropolitana, en el Local de la Asociación Mutualista de Técnicos y Suboficiales de la FAP, participando en dicho taller: Los representantes de las DISAS II Lima Sur, DISA IV Lima Este e Instituto Nacional de Salud (INS); así como representantes de la Red Lima Este Metropolitana, Red San Juan de Miraflores Villa María del Triunfo, Red Lima Norte IV Puente Piedra, Red Barranco Chorrillos Surco, Red Rímac San Martín de Porres Los Olivos, Red Túpac Amaru, Red Villa El Salvador Lurín Pachacamac Pucusana, Red de Salud PNP Lima Este, Hospital Hermilio Valdizan, Hospital de Emergencias Pediátricas, Hospital Sergio Bernales, Hospital Vitarte, Hospital San Juan de Lurigancho, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Hospital II "Clínica Geriátrica San Isidro Labrador" - EsSalud, Universidad Nacional Federico Villareal, Universidad Padre Luis Tezza - URP, UGEL 01 San Juan de Miraflores y UGEL 07 San Borja, Consejo Regional III del CMP, Municipalidad de San Isidro, Municipalidad de Pucusana.

Luego de conocer el Análisis de Situación de las Direcciones de Salud II Lima Sur y IV Lima Este y de aplicar la metodología de priorización de las necesidades de investigación, se procedió a identificar prioridades de investigación comunes a ambas y se identificaron las siguientes "Prioridades de Investigación en Salud 2015-2021" definidas para Lima Metropolitana, que son las siguientes:

1. MALNUTRICIÓN INFANTIL
   - Estudios de línea de base a nivel distrital de malnutrición infantil (desnutrición, sobrepeso, obesidad y anemia) en Lima Metropolitana
   - Estudios de la influencia entre el sistema de vigilancia de inocuidad alimentaria y valoración nutricional versus la situación nutricional de niños de instituciones educativas públicas y privadas en Lima Metropolitana
   - Estudios cuali-cuantitativos de los problemas de salud bucal como determinante en la malnutrición de niños de Lima Metropolitana
   - Investigaciones para conocer los factores o determinantes asociados a la malnutrición infantil a nivel local en Lima Metropolitana
   - Estudios de evaluación de impacto de programas sociales destinados a la reducción de la desnutrición infantil en los distritos de Lima Metropolitana
   - Investigaciones para evaluar el control de calidad en programas sociales alimentarios destinados a niños en los distritos de Lima Metropolitana

2. MORTALIDAD MATERNA/PERINATAL

   Mortalidad Materna
   - Investigaciones para conocer los factores que determinan la captación tardía de la gestante
   - Estudios para medir la adherencia a los protocolos de los profesionales de la salud de los trastornos de la hipertensión en el embarazo (THE)
   - Investigaciones para determinar la magnitud de las comorbilidades en mujeres en edad fértil
   - Estudios de evaluación del impacto del sistema de referencia y contrareferencia de la muerte materna en distintos actores
   - Estudios para identificar los riesgos de la comorbilidad en mujeres en edad fértil
   - Investigaciones para conocer las características de la atención prenatal en EsSalud

   Mortalidad Perinatal
   - Investigaciones para determinar las características individuales de la madre que cursa con óbito fetal
   - Investigaciones para identificar la magnitud de la mortalidad perinatal
   - Estudios del grado de conocimiento de las madres sobre los signos de alarma para la prevención de la muerte perinatal
   - Investigaciones para caracterizar las causas de la mortalidad fetal
   - Estudios para determinar la capacidad resolutiva de la atención del RN con prematuridad extrema

3. VIH-SIDA
   - Investigaciones de evaluación de la consejería en el proceso del diagnóstico y tratamiento
   - Investigaciones para conocer los factores determinantes de adherencia de TARGA en NVVS
   - Estudios para conocer las características de la población con VIH que no revela su diagnóstico
   - Estudios para conocer los factores que condicionan la articulación en los diferentes niveles de atención para el manejo de pacientes con co-infección TB/VIH en prevención y diagnóstico
   - Investigaciones sobre los factores que retardan el proceso de diagnóstico VIH
   - Factores que condicionan a la población puente (bisexual) para tener una conducta de riesgo sexual
   - Estudios para conocer la magnitud de las diversas modalidades de violencia en pacientes con VIH
   - Estudios para determinar los factores condicionantes de la accesibilidad de la población masculina para acudir a los servicios de atención
   - Investigaciones para caracterizar las reacciones adversas ante el tratamiento ARV.
   - Investigaciones para conocer los riesgos sociales y económicos en niños expuestos a VIH
   - Estudios para caracterizar el seguimiento de casos diagnosticados de VIH (Bco. de sangre, laboratorio)
   - Estudios para caracterizar la captación de casos de VIH diagnosticados en el servicio privado.

4. TUBERCULOSIS
   - Investigaciones sobre los factores asociados al diagnóstico inoportuno de casos de tuberculosis
   - Investigaciones que determinan los factores relacionados a la escaza captación de sintomáticos respiratorios y vigilancia activa
   - Estudios para determinar los condicionantes del abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis
   - Investigaciones que condicionan el acceso inoportuno a los medicamentos/insumos para la tuberculosis

Pág. 2 de 3

- Estudios para evaluar la eficacia de nuevos esquemas terapéuticos a pacientes multidrogo resistentes
- Investigaciones que caracterizan al personal de salud contagiado con tuberculosis

5. **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:** Cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias
   - Investigaciones para caracterizar las entidades que apoyan las actividades para la prevención de la diabetes
   - Estudios de línea de base de prevalencia de diabetes en Lima Metropolitana
   - Estudios sobre impacto de las acciones educativas desarrolladas en los establecimientos de la salud orientadas a la prevención de la diabetes
   - Estudios cuali-cuantitativos de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer
   - Investigaciones para caracterizar las instituciones involucradas en la prevención del cáncer (institutos especializados, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, MINSA y otros)
   - Estudios sobre impacto de las acciones educativas desarrolladas en los establecimientos de salud orientadas a la prevención del cáncer
   - Estudios de línea de base de prevalencia de cáncer en Lima Metropolitana
   - Investigaciones sobre las actividades intra y extramurales desarrolladas en los establecimientos que brindan atención de salud orientadas a la prevención del cáncer
   - Estudios para conocer las actividades intra y extramurales desarrolladas en los establecimientos que brindan atención de salud orientadas a la promoción y prevención de la diabetes
   - Estudios para determinar los factores que interfieren en el cumplimiento de la normatividad vigente respecto a la prevención del cáncer
   - Estudios cuali-cuantitativos de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la diabetes en Lima Metropolitana

6. **SALUD MENTAL**
   - Estudios de prevalencia para determinar la magnitud del problema y actualizar la información de las prioridades en salud mental dirigidos al usuario externo en los diferentes niveles de atención y en la comunidad
   - Estudios de prevalencia y factores asociados a la violencia familiar en Lima Metropolitana
   - Estudios de brecha y acceso a la atención en salud mental
   - Estudios epidemiológicos para identificar factores asociados a la problemática en salud mental en los diferentes niveles de atención y en la comunidad
   - Estudios de diagnóstico del Síndrome de Burnout en usuarios internos que atienden a pacientes con enfermedades crónicas
   - Estudios de prevalencia para determinar la magnitud del problema y actualizar la información de las prioridades en salud mental dirigidos al usuario interno en los diferentes niveles de atención

7. **METAXÉNICAS**
   - Investigaciones para definir la utilidad del índice aedico como determinante real de riesgo
   - Estudios para evaluar el impacto de la vigilancia epidemiológica de febriles como un marcador de riesgo

Pág. 3 de 3

- Investigaciones para conocer la percepción de riesgo de fiebre chikungunya en la población
- Investigaciones para evaluación de la resistencia a larvicidas
- Investigaciones para determinar estrategias de intervención en dengue en instituciones educativas
- Investigaciones para medir la magnitud de la percepción de riesgo de dengue en la población y los factores que influyen en esta
- Estudios de evaluación de impacto de las intervenciones para la prevención y control de dengue
- Estudios para caracterizar el conocimiento de los factores de aceptabilidad del control vectorial por parte de la población
- Investigaciones para conocer la seroprevalencia de anticuerpos al virus dengue en la jurisdicción y determinar los factores de riesgo
- Investigaciones sobre los beneficios del uso del sistema de información georeferencial en la vigilancia y control del dengue
- Investigaciones para el desarrollo del uso de ovitrampas para las vigilancias entomológicas
- Investigaciones para evaluar el valor predictivo positivo de la definición de caso de dengue en el escenario actual

8. **ACCIDENTES DE TRÁNSITO**
   - Estudios cualitativos de capacitaciones, cultura y educación vial en los peatones
   - Investigación operativa de programas de educación vial transversales por parte de los gobiernos, locales, regionales, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud (promoción de la salud)
   - Estudios para mejorar el registro de los accidentes de tránsito por parte de los establecimientos de salud públicos y privados a través de un sistema de información único dirigido por las DISA/DIRESAS
   - Estudios de evaluación de capacitación en seguridad vial, primeros auxilios y evaluaciones médico-ocupacionales en los choferes de unidades móviles
   - Estudios de estrategias intersectoriales para manejo pre hospitalario de pacientes con accidentes de tránsito
   - Estudios cualitativos de las causas de accidentes de tránsito
   - Estudios cualitativos-cuantitativos que exploren los factores de riesgo (culturales, salud física-mental) para los accidentes de tránsito
   - Estudios de evaluación del cumplimiento de la normatividad actual en relación a seguridad vial

Luego de establecidas las "Prioridades Investigación en Salud 2015-2021" definidas en el presente taller según metodología establecida, se adoptan los siguientes acuerdos y compromisos:

ACUERDOS:

1. Las Prioridades de Investigación en Salud 2015-2021 de las DISAS Lima Sur y Este (Lima Metropolitana) se aprobaran con Resolución Directoral, en un plazo de 30 días calendarios contados a partir del día siguiente de la suscripción de la presente acta, las cuales serán difundidas, al INS, MINSA y demás instituciones participantes
2. Las DISAs conformaran un Comité impulsor a fin de elaborar un Plan de trabajo, que permita promover o ejecutar el desarrollo de las investigaciones priorizadas
3. Las DISAs, gestionaran el financiamiento de investigaciones con presupuesto adicional o a través de los Programas Presupuestales que se están ejecutando.

Pág. 4 de 3

Se adjunta los documentos trabajados durante el día 09 de diciembre de 2014, los que forman parte de la presente acta:

1) MATRIZ 1: Prioridades Sanitarias Regionales y sus Objetivos Estratégicos.
2) MATRIZ 2: Listado de Necesidades de Investigación
3) MATRIZ 3: Priorización Individualizada de Necesidades de investigación
4) MATRIZ 3: Priorización Consolidada de Necesidades de investigación
5) MATRIZ 4: Prioridades Regionales de Investigación para la Salud

Siendo las 16:00 horas del 09 de diciembre de 2014, en señal de conformidad con los resultados y acuerdos adoptados, firman la presente Acta:

Luis Huamani Palomino
Director General
DISA II Lima Sur

Dr. Luis Fuentes Tafur
Director General
DISA IV Lima Este

MC Hans Vásquez Soplopuco
Director General
Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGIT)
Instituto Nacional de Salud

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV
LIMA ESTE

N° 0073-2014-DISD IV LE
06-OE/OAJ

Suscribe que el presente documento es copia fiel del original
RICARDO PINTADO
23 ENE. 2014
DIRECCIÓN ... MINSA
Solo para uso exclusivo de la institución y el ámbito jurisdiccional.
REGISTRO N° 12-8

Resolución Directoral

Fecha: 22 de enero 2014

VISTO

El Expediente Nº 1357-2013, que contiene el Oficio Nº 443-2013-OE-DISA-IV-LE, de fecha 26.12.13 de la Oficina de Epidemiología; y

CONSIDERANDO

Que, mediante Oficio Nº 443-2013-OE-DISA-IV-LE, de fecha 26.12.13 de la Oficina de Epidemiología, remite la propuesta de la Directiva Nº 0001-2014-DG-DE-DISA-IV-LE "Directiva para la Presentación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Finalización de Proyectos de Investigación Observacional en la DISA IV LE", para su aprobación mediante Acto Resolutivo, con la finalidad de promover, gestionar, articular y desarrollar investigaciones científicas que contribuyan a la mejora de los problemas prioritarios de salud en la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este y en el país, en el marco de las Prioridades Nacionales y Regionales de investigación en Salud y de la descentralización entre el Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, así como otras instituciones del Sector Salud y comunidades científicas;

Que, el referido proyecto de la Directiva cumple con lo establecido en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobados por Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y proyectos técnico – administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en la Dirección de Salud IV Lima Este, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Epidemiología y en consecuencia, emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando la propuesta de la "Directiva para la Presentación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Finalización de Proyectos de Investigación Observacional en la DISA IV LE", de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, de acuerdo al Artículo 12° Literal c) y j) del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Salud IV - Lima Este, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2003-SA/DM, establece como atribuciones y responsabilidad del Director General, entre los cuales se encuentra, la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales en el ámbito jurisdiccional de la Dirección de Salud IV Lima Este.

Con las visaciones de la Oficina de Epidemiología y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA; las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA; la Ley Nº 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General; el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Salud IV Lima Este, aprobado por Resolución Ministerial Nº 827-2003-SA/DM; la Resolución Ministerial Nº 696-2006-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud", Resolución Ministerial Nº 464-2011/MINSA que aprueba el "Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad";

SE RESUELVE

1º Aprobar la Directiva Nº 0001-2014-DG-DE-DISA-IV-LE "Directiva para la Presentación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Finalización de Proyectos de Investigación Observacional en la DISA IV LE", por la consideraciones expuestas en la presente Resolución Directoral.

2º Disponer que la Oficina de Epidemiología sea responsable de la difusión y ejecución de la referida Directiva, para los fines correspondientes.

E. APAZA S.

E. APAZA S.

3º Disponer su publicación en el Portal de Transparencia de la Pagina Web de la Dirección de Salud IV Lima Este.

Regístrese y Comuníquese

DISTRIBUCIÓN:
( ) DG
( ) OE
( ) OAJ
( ) INTERESADO (a)
( ) ARCHIVO

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV Lima Este
Dr. Luis Alberto Fuentes Yafur
Director General

Aún se encuentra pendiente la Resolución Directoral que aprueba estas prioridades al igual que las prioridades nacionales; sin embargo como se ha podido observar en el acta, las prioridades identificadas son referente a problemas importantes de cada una de las DISAs, a saber:

1. Malnutrición infantil
2. Mortalidad Materna Perinatal.
3. VIH / SIDA
4. Tuberculosis.
5. Enfermedades No Transmisibles
6. Salud Mental
7. Metaxenicas
8. Accidentes de Transito

Dentro de cada rubro existe una serie de temas a tratar, los mismos que deben ser tomados en cuenta para la elaboración de proyectos de investigación.

Con respecto a la normatividad, tenemos que con fecha 22 de enero del 2014, con RD Nº 0073-2014-DISA IV LE-DG-DE/OAJ, se aprobó la Directiva Nº001 2014 DG DCE DISA IV LE **"Directiva para la Presentación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Finalización de Proyectos de Investigación Observacional en la DISA IV LE",** que es difundida a nivel de todo el personal de salud de la DISA IV y de las instituciones que realizan investigación en nuestra zona como se puede observar a continuación. Son:

6.1.28 Los proyectos de investigación que se registraron en DISA IV LE durante el año 2015 son:

DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE
DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA
AREA DE INVESTIGACION EN SALUD

RELACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION EN SALUD
AÑO 2015

Nº	NUMERO DE EXPEDIENTE	FECHA INGRESO	FECHA DE APROBACIÓN	Nº CONSTANCIA	FECHA PROG. TERMINO	TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	INSTITUCION	TIPO DE ESTUDIO	LUGAR DE DESARROLLO
1	00786 - 2015	15/01/2015	OBS envio x correo 24/02/2015	OBS		"Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud al tratamiento en pacientes de la red de salud lima Este IV Ate Vitarte / El Agustino"	Melca Senaida Sulca Aguilar	Tesis Enf. Escuela TEZZA	Observacional	RED LEM
2	Of. 315-2015-URRHH-RED LEM IGSS	12/02/2015	OBS envio con documento Red 11/03/2015	OBS		"Errores de medicación como causa de problemas relacionados a los medicamentos en pacientes diabeticos"	Bach. Haydee Flor Falcón Polanco	Tesis Enf. Escuela TEZZA	bservacion	RED LEM
3	04922 - 2015	03/03/22015	11/03/2015	005/2015	dic-16	"Frecuencia de los genotipos de NAT2, CYP2E1 y AADAC en pacientes peruanos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar"	Dr. Heiner Guio Chunga	Tesis Enf. Escuela TEZZA	Ensayo clínico	RED LEM
4	05885 - 2015	17/03/2015	05/05/2015	008/2015	dic. 2016	"Prevalencia de enfermedad renal crónica evaluadomediante el uso de la ecuación MDRD-4 en atención primaria del sector público: un estudio transversal"	Dr. Javier Murillo Valle	RED LEM	Observacional	RED LEM
5	06404 - 2015	20/03/2015	11/05/2015	009/2015	dic, 2016	"Análisis rápido para determinar marcadores de inmunidad celular T en tuberculosis"	Dr. Jorge Sanchez Fernandez	IMPACTA	Ensayo clínico	SJL
6	06406 - 2015	24-mar-15	11/05/2015	010/2015	jul-17	"A5290 Un estudio de fase 2b, aleatorizado, de un regimen antirretroviral en base a una dosis doble de Lopinavir/Ritonavir con un tratamiento para la tuberculosis a base de Rifampicina versus un régimen antirretroviral en base a una dosis estandar de Lopinavir/Ritonavir con un tratamiento para la tuberculosis a base de Rifabutina con o sin Raltegravir en personas infectadas por el VIH-1 que requieren tratamiento para la TB activa y el VIH"	Dr. Jorge Luis Alave Rosas / Mey Yeni Leon Paredes	IMPACTA	Ensayo clínico	RSL
7	06642 - 2015	24-mar-15	Se solicita evio de protocolo completo	OBS		"El proceso afectivo en las decisiones de las parejas que optaron por la vasectomía"	Dr. Oscar Zuñiga Vargas	UPCH	Observacional	RSL
8	06853 - 2015 10473 - 2015	24/03/2015 06/05/2015 lev. Obs.	03/06/2015	0013/2015	jun-16	"Resultados del tratamiento en tuberculosis drogoresistente pediátrica: un estudio de corte retrospectivo"	Leonid Lecca Garcia	Socios en Salud	Observacional	RSL
9	07679 - 2015	06/04/2015 A Oficina 14/4/2015	03/06/2015	0012/2015	01-dic-16	"Determinantes sociales que contribuyen al diagnóstico tardío de la tuberculosis: un enfoque antropológico	Dr. Heiner Guio Chunga	SOCIOS EN SALUD	Observacional	RSL

Nº	NUMERO DE EXPEDIENTE	FECHA INGRESO	FECHA DE APROBACIÓN	Nº CONSTANCIA	FECHA PROG. TERMINO	TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	INSTITUCION	TIPO DE ESTUDIO	LUGAR DE DESARROLLO
10	08575 - 2015	14-abr-15	05/05/2015	007/2015	01-jul-16	Estudio prospectivo, randomizado, ciego, de fase II, de Farmacocinética y Farmacodinámica para estudiar la eficacia y la tolerancia de Levofloxacina en combinación con el esquema básico de tratamiento para la MDR-TB	Dr. Dante Vargas Vasquez	SOCIOS EN SALUD	Ensayo clínico	HOSP HIPOLITO UINANUE
11	10056 - 2015	04/05/2015	09/07/2015	0018/2015	ago-16	"Intervención educativa sobre alimentación complementariadel lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor Ate"	Srta. Geraldine Dina Vilca Herrada	Escuela Tezza	Observacional	RED LEM
12	09651 - 2015 10771 - 2015	24/05/2015 11/05/2015	03/07/2015	0016/2015	jun-16	"Percepción de los agentes comunitariosde salud sobre tuberculosis en la DISA IV Lima Este 2014"	Lic. Enf. Carmen Borda Allccaco	Post grado UPCH	Observacional	DISA IV LE
13	10033 - 2015	A Epi 05/05/2015	03/06/2015	0011/2015	dic-16	"Sistemas complejos: Un enfoque innovador para mejorar la adherencia al tratamiento de la Tb resistente"	Kei Alegría Flores	UPCH	Descritivo	SJL
14	10050 - 2015	30/04/2015	03/07/2015	0014/2015	ago-16	"Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y el conocimiento sobre sus complicaciones en adultos jovenes, Centro de salud Micaela Bastidas Ate - Vitarte"	Sr. Danter Saboya Mas	ESCUELA TEZZA	Observacional	ATE VITARTE
15	11140 - 2015	14/05/2015	03/07/2015	0015/2015	feb-17	Sub Proyecto de Banco de Muestras de tuberculosis y seguimiento de pacientes con tto anti tb" "Estudio de factibilidad: Microimager TB- Estudio Multicentrico, de no inferioridad para el performance clínico del ensayo microimager TB en comparación con con la microscopía de frotis convencional para la detección de TB en adultos con sospecha de TB pulmonar"	Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia	UPCH	cuasi experimental	SJL
16	11141 - 2015	14/05/2015	08/07/2015	0017/2015	07-ene-17	ENMIENDA "Banco de Muestras de Tuberculosis y Seguimiento de Pacientes durante Tratamiento Anti - TB"	Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia	UPCH	cuasi experime	SJL
17	13577 - 2015 17856 - 2015	08/06/2015 04/08/2015	02/09/2015	021/2015	2019	"Estrategias innovadoras para mejorar el diagnósdticode la tuberculosis en niños" (DETECT - Niños)	Dr. Leonid Lecca Garcia	Socios en Salud	Ensayo clínico	SJL
18	14198 - 2015	15/06/2015	02/09/2015	022/2015	2016	"Factores socioeconomicos y cuidados de las madres ante eventosadversos post vacuna en menores de un año centro de salud"	Srta. Liliana Julissa Espinoza Oscanoa	Pre grado clinica Tezza	Observacional	SJL
19	14204 - 2015	15/06/2015	02/09/2015	0023/2015	2016	"Conocimientos y prácticas de prevención de tuberculosis pulmonar en familiares de pacientes DISA IV"	Srta. Stefany Santa Arones Lazarte	ESCUELA TEZZA	Observacional	DISA IV LE
20	15266 - 2015	01/07/2015	23/07/2015	0019/2015	jul-16	"Estudio de utilización de psicofarmacos en el programa de tuberculosis de la Dirección de Salud IVLima Este"	QF María R. Carreño Quispe	UNMSM	Observacional	DISA IV LE
21	15800 - 2015	08/07/2015	30/09/2015	0025/2015	dic-16	"Prevalencia y factores de riesgo de la trasmisión por infección del virus de la haptitis A, B, C, D y E. Estudio poblacional rural y urbano del Perú"	Cesar A. Cabezas Sanchez	INS	descritivo	DISA IV LE
22	13344 - 2015 16353 - 2015	05/06/2015 13/07/2015	13/08/2015	020/2015	dic. 2016	"Busqueda activa de contactos domiciliarios de casos de tuberculosis en una zona alta endemicidad Lima, Perú"	Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia	UPCH	Observacional	EESS Red San Juan
23	19292 - 2015	28/08/2016	18/09/2015	024/2015	2017	"Una Prueba Clínica de Fase III para Estudiar la Inmunogenecidad y Tolerabilidad y Consistencia de Elaboración de V 503 (una Vacuna Multivalente de Partícula similar al Virus [VLP] L1 contra el Papiloma Humano [HPV] en Preadolescentes y Adolescentes (de 9 a 15 años de edad) con una comparación con mujeres jóvenes (de 16 a 26 años)	Dr. Teobaldo Herrea Acuña	SOCIOS EN SALUD	Ensayo clínico	SJL

6.1.29 Calidad: Índice de Satisfacción del Usuario Externo atendido en el servicio de Consulta Externa de los EESS.

El INEI con el objetivo de seguir y valorar el funcionamiento y desempeño del sistema de salud en el país, a través de los usuarios externos (personas que recibieron atención medica en consulta externa, en la oficina de SIS respecto a los procesos administrativo realizados y las personas que compran medicamentos en las farmacias o boticas externas) y de usuarios internos (satisfacción de los profesionales de medicina y enfermería - Experiencia desde la perspectiva del personal directivo) de la atención brindada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
Asimismo identificar aspectos claves relacionados a la estancia en los servicios de emergencia realizo un estudio de corte transversal cuantitativo para describir la percepción de la calidad de atención aplico una Encuesta de Satisfacción de Usuarios en Salud.

Ámbito de Estudio

✓ **Ámbito Nacional:** IPRESS que cuentan con servicio de Hospitalización (I-4 o equivalente en adelante).

SUBSECTOR	PÚBLICO			PRIVADO
	MINSA-GR*	ESSALUD**	SSFFAAPP**	CSP***
N° IPRESS Seleccionadas	93	55	9	24

✓ Farmacias y boticas en un perímetro de hasta dos cuadras alrededor del establecimiento de salud.

Tipo de Muestra

✓ **Probabilística, estratificada, bietápica** con selección aleatoria simple en la primera etapa y selección sistemática en la segunda etapa.
✓ **El nivel de confianza del 95% y error de muestreo +-5%.**
✓ **Representatividad nacional en todos los cuestionarios.**
✓ **Representatividad regional en usuarios de consulta externa.**

Fechas de campo

Del 04 de Mayo 2015 al 13 de Junio 2015

*MINSA-GR: Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.
** ESSALUD: Seguro Social del Perú.
***SSFFAAPP: Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.
****CSP: Clínicas el Subsector Privado

Público objetivo y Muestra: 24818 entrevistas distribuidas en181 IPRESS utilizo 6 cuestionarios heteroaplicados (cara a cara) en los EESS:

1) Usuarios de consulta externa (13670): personas ≥ de 15 años que recibieron atención médica ambulatoria en la IPRES seleccionada.
2) Usuarios de las oficinas de seguros (1856): Personas ≥ de 15 años que realizaron algún trámite en la oficina de SIS en una IPRESS del MINSA-Gobierno Regional.
3) Profesionales de la salud (5057): Médicos (2219) y enfermeras (2848) que laboraron en la IPRES seleccionada.
4) Usuarios en boticas y farmacias (3863): Personas ≥ de 15 años que acudieron a comprar algún medicamento para ellos mismos, su pareja o hijo.
5) Personal directivo de las IPRES (361): Personas que laboraron en cargo directivo en las 181 IPRES seleccionadas.
6) Permanencia en emergencia (181EESS).

Desempeño: Consulta externa según subsector en salud

El 73,7% de usuarios se encuentran satisfechos con la atención recibida, la proporción se incrementó en 3,6% respecto al 2014.	18 días es el tiempo promedio percibido en el diferimiento de citas. El 2014 fue 17días.	104 minutos es el tiempo promedio percibido por el usuario desde que ingresa al EESS hasta su atencion en consultorio.El 2014 fue 81 minutos.	12 minutos es el tiempo promedio de duración de la atención en consultorio médico.El 2014 fue 14 minutos.
CSP: 93,2%	SSFFAAPP: 19 días	MINSA-GR: 148 minutos	MINSA-GR: 12 minutos
SSFFAAPP: 90,9%	MINSA-GR: 19 días	ESSALUD: 81 minutos	ESSALUD: 11 minutos
MINSA-GR: 72,0%	ESSALUD: 18 días	SSFFAAPP: 56 minutos	SSFFAAPP: 11 minutos
ESSALUD: 64,9%.	CSP: 10 días	CSP: 42 minutos	CSP: 15 minutos

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud: Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud – Enero a Junio 2015 –INEI.

El 91.4% califican como bueno o muy bueno respecto a la atención recibida por parte del médico tratante. En el 2014 fue de 90,9%.

* La calificación de muy bueno y bueno se obtuvo de la escala Likert de 5 categorías (muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo) Fuente: ENSUSALUD 2014/2015

Profesional	Grado satisfacción	Migracion	Especialidad	Remuneracion
Medicos	El 61,9% se encuentra satisfechos con su trabajo. El 2014 fue 59, 9%.	El 29,4% desean migrar. El 2014 el 30,7% deseaban migrar.	El 66,5% cuentan con alguna especialidad.el 2014 el 66,1% contaban con alguna especialidad.	El 56% cambiarían de trabajo motivado por una mejor remuneración, siendo este también el motivo principal para cambiar de trabajo en el 2014 (71,6%).
Enfermeria	El 64,6% se encuentran satisfechos con su trabajo. El 2014 fue 65,8%.	EL 21,8% desean migrar. en el 2014 el21,9% deseaba migrar.	El 26,3% tenian intenciones de cambiar de centro de labores. en el 2014 era el25,7%.	El 57.8% cambiarían de trabajo motivado por una mejor remuneración siendo este también el motivo principal para cambiar de trabajo en el 2014 (74%).

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud: Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud – Enero a Junio

Serviciode emergencia:	Farmacias y boticas:	Oficina de seguros:
20,1 minutos es el tiempo promedio de espera desde que ingresa a la IPRES hasta que lo atienden en triaje. En el 2014 fue 19, 8 minutos.	El 70,4% de usuarios contaba con un seguro de salud. El 2014 fue 66,8%.	67,9% es la proporción de usuarios satisfechoscon la atención recibida en las oficinas de Seguros ubicadas enIPRESS del MINSA-GR, con un incremento de 2,4% con relación al 2014.
61,3% de los pacientes permanecieron menor a 1día en emergencia. El 2014 fue 53,9%.	El 54,8% compra medicamentos sin receta médica. El 2014 fue 52,3%.	61% es la proporción de usuarios satisfechos con los servicios accedidos mediante el SIS.El 2014 fue de 61, 8%.
•Permanencia menor aun día: 61,3% pacientes.	El haber consumido el medicamento previamente es el principal motivo para adquirir medicamentos sin receta médica, tanto en al 2014 como el 2015.	El 27% de usuarios refirió haber tenido problemas para atenderse por el SIS. donde, la falta de medicamentos (48,2%) y la falta de acceso a citas (39,6%) son los reportados con mayor frecuencia.
•Un día de permanencia: 18,2% pacientes.		61,3% de los pacientes permanecieron menor a 1día en emergencia. en el 2014 fueron 53,9%.
•Dos días de permanencia: 9,5% pacientes.		Permanencia menor a un día: 61,3%pacientes.
•Permanencia mayor a dos días: 11% pacientes		Un día de permanencia: 18,2%pacientes.
		Dos días de permanencia: 9,5%pacientes.
		Permanencia mayor a dos días: 11%pacientes.

2015 –INEI.

Índice de Satisfacción del Usuario Externo atendido en el servicio de Consulta Externa de los EESS de la provincia de Lima, 2015.

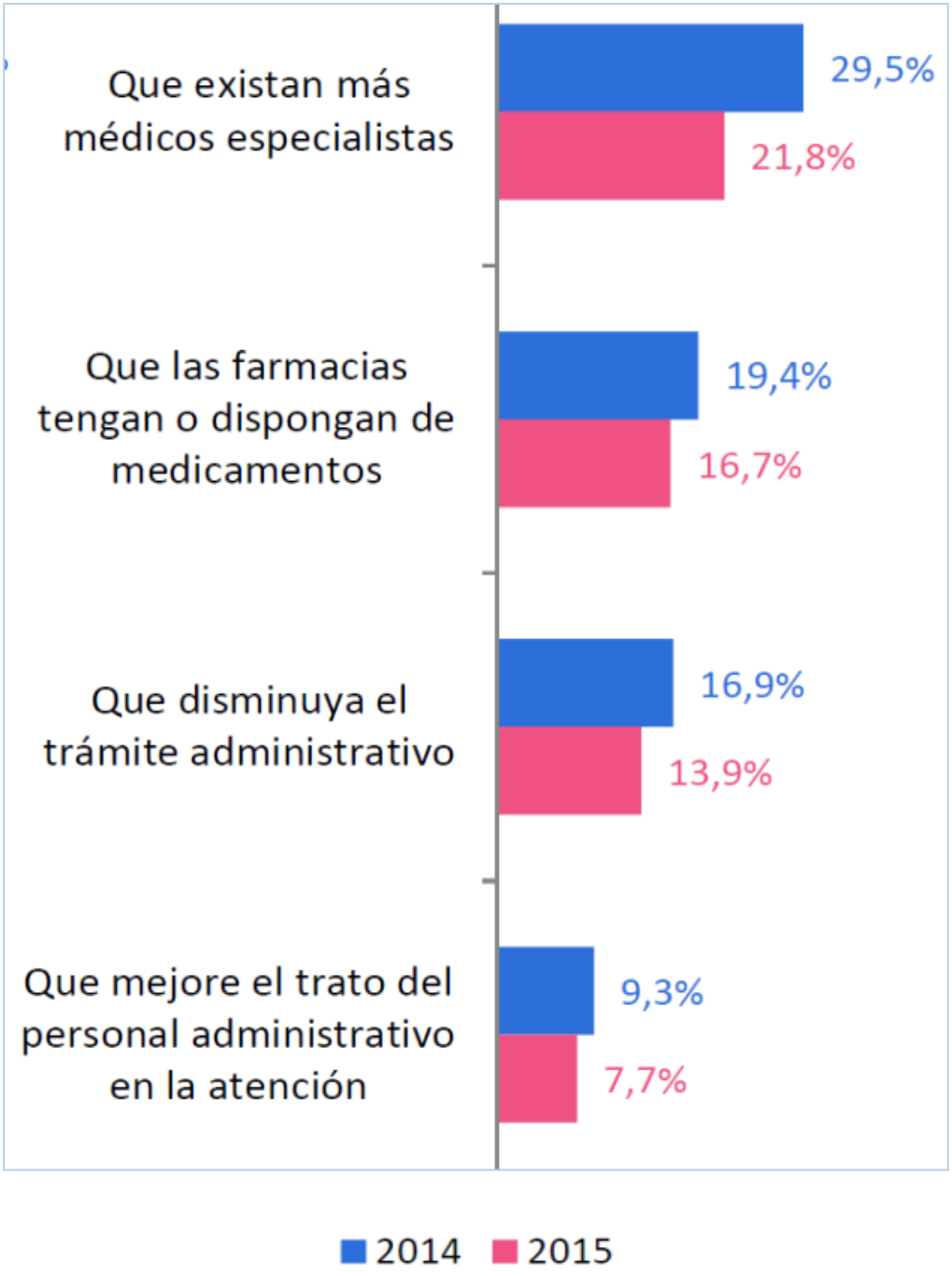
Según datos de 12 distritos en donde se aplicó la encuesta, el 78% de usuarios externos se encuentran satisfechos con la atención recibida en la consulta externa de los servicios de salud ubicados en el ámbito de la DISA LM.

Distrito	Nº ENCUESTAS				(%)		
	Satisfaccion			Total	Satisfaccion (%)		
	Si	No	3,00		Si	No	3,00
Carabayllo	333,693	140,502	35,126	509,321	66	28	7
La Victoria	562,009	122,939	17,563	702,511	80	17	3
Lima	1,879,217	403,944	140,502	2,423,663	78	17	6
Los Olivos	316,130	184,409	26,344	526,883	60	35	5
Magdalena del Mar	263,442	254,660	8,781	526,883	50	48	2
Miraflores	1,290,864	140,502	26,344	1,457,710	89	10	2
Rimac	254,660	79,032	17,563	351,255	73	22	5
San Isidro	1,027,422	35,126	8,781	1,071,329	96	3	1
San Miguel	351,255	105,377	70,251	526,883	67	20	13
Santiago de Surco	456,632	43,907	26,344	526,883	87	8	5
Surquillo	667,385	26,344	8,781	702,510	95	4	1
Villa Maria del Triunfo	272,223	175,628	79,032	526,883	52	33	15
Total	**7,674,932**	**1,712,370**	**465,412**	**9,852,714**	**78**	**17**	**5**

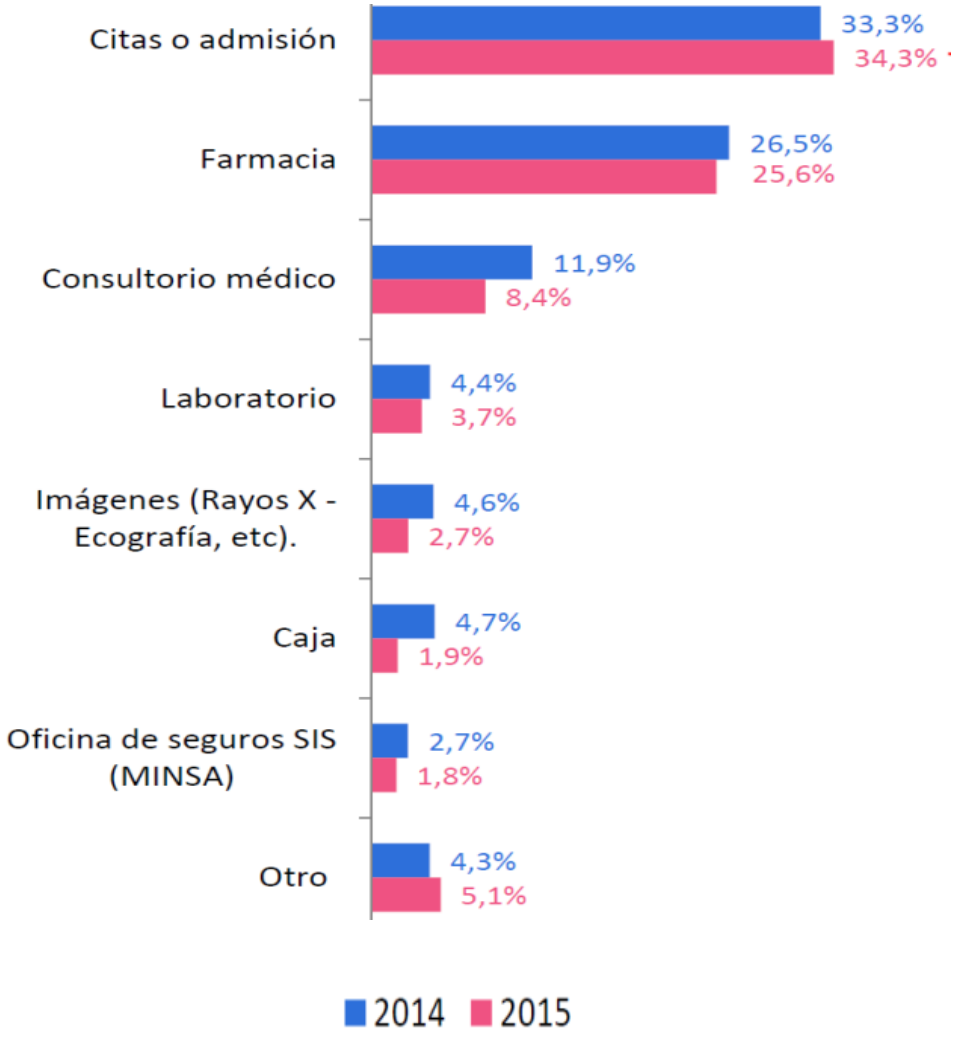
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud: Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud – Enero a Junio 2015 –INEI.

El distrito con mayor índice de satisfacción de usuario en el 2015 es San Isidro con 1, 027,422 pacientes que representan el 96% de satisfacción, seguido del distrito de Surquillo con 95%.

Recomendaciones al director del EESS por parte de los usuarios de consulta externa sobre la atención recibida, 2014/2015



Servicios a mejorar de acuerdo a la percepción de los usuarios de las IPRESS, 2014,2015



Fuente: ENSUSALUD 2014/2015

A nivel nacional, la atención de servicios de salud otorgada en las instituciones y organizaciones públicas y privadas con la garantía en calidad y seguridad se ha convertido en la piedra angular de la medicina asistencial con el propósito fundamental de lograr la satisfacción plena del paciente que requiere de dichos servicios. Siendo, por lo tanto, indispensable y trascendental mejorar los sistemas y procesos a grado tal que se consiga prevenir y evitar en lo posible eventos adversos y optimizar los RRHH y materiales. El sistema sanitario es muy complejo, intervienen factores diversos como la capacitación del personal acorde a los avances tecnológicos, los procesos de atención, el financiamiento, la estandarización, el monitoreo, la evaluación y el impacto de cada acción. Es por lo tanto necesaria la formación de RRHH con la capacidad, experiencia y liderazgo para lograr los cambios requeridos en un sistema de salud no congruente con las necesidades sociales actuales.

6.1.30 Cobertura de servicios de salud

La capacidad y desempeño de los servicios de salud se expresa en la atención de las necesidades de salud de la población, medido en indicadores de cobertura de acceso a los servicios de salud y las estrategias sanitarias priorizados en los tres niveles de atención en salud incluyendo su satisfacción.

Extensión e intensidad de uso en consulta externa

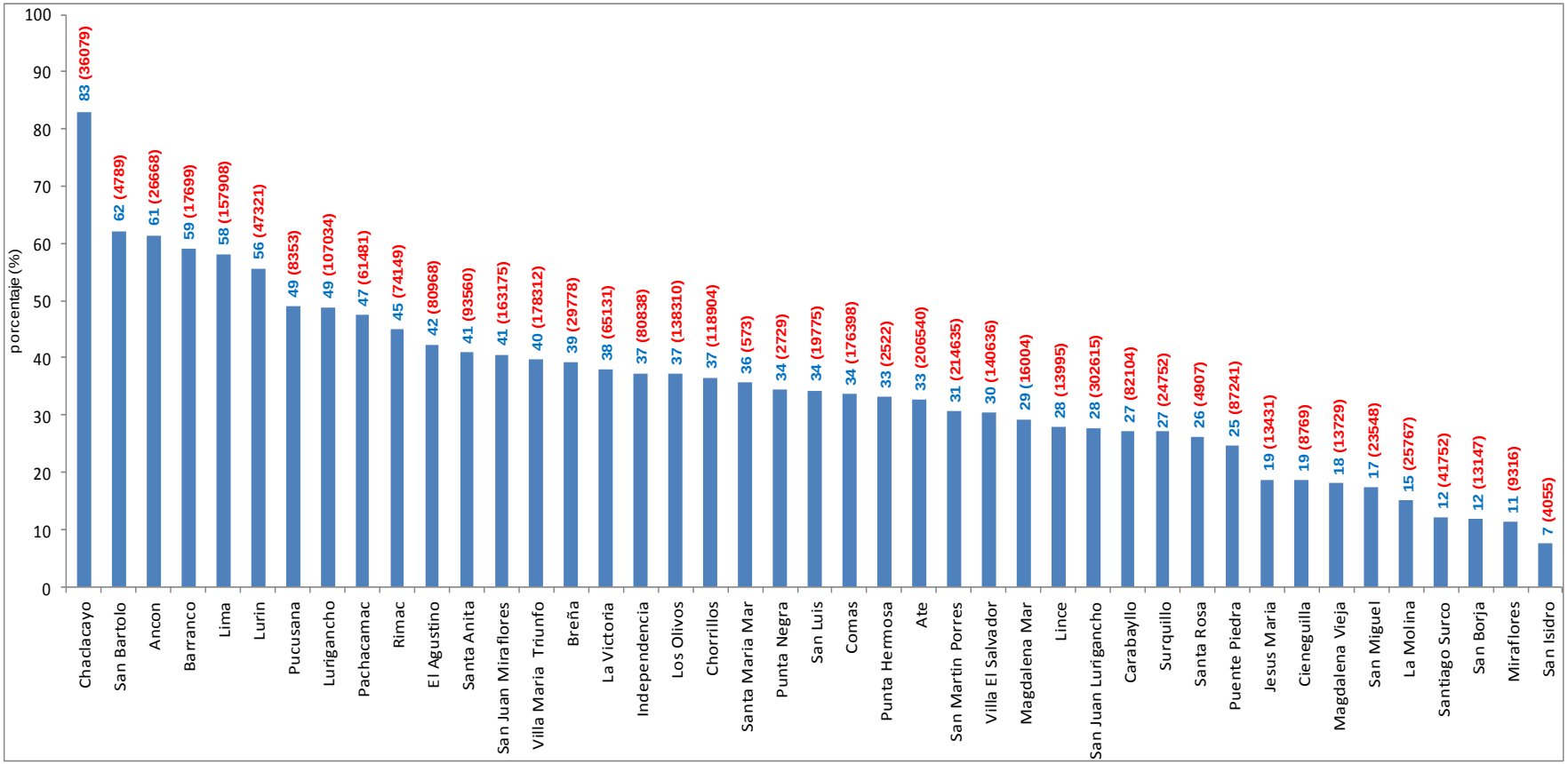
El uso **(extensión de uso)** de los servicios de salud a la consulta externa por la población es un indicador de disponibilidad y acceso a los servicios de salud.

Según información del 2015 de la DISA LM la proporción de la población que hace uso de los servicios de salud es 33% en relación al total. Los atendidos y las atenciones fueron 2, 939,937 y 17,481, 530 personas.

Los distritos de Chaclacayo, San Bartolo, Ancón, Barranco, Lima tienen 83, 62, 61, 59, 58% de uso de los servicios; las más altas en relación a los 43 distritos de la DISA LM. Cifras que estarían relacionados al tamaño poblacional (menos poblado).

Las cifras más (25%) corresponden a San Isidro, Miraflores, San Borja, Santiago Surco, La Molina, San Miguel, Magdalena Vieja, Cieneguilla, Jesús María, Puente Piedra.

Extensión de uso de los servicios de salud, DISA LM, 2015



Fuente: Software HIS - Reporte 40 -2015 Oficina de Estadística - Elaborado por la Oficina de Epidemiología

Por otro lado el promedio de servicios recibidos por cada usuario denominado como **intensidad de uso** es 5.9 atenciones en el año. Los distritos que atienden más veces a sus usuarios son Santa Rosa, Cieneguilla, Punta Negra, San Juan Lurigancho, Puente Piedra, El Agustino, Pucusana, Magdalena Vieja, San Bartolo con 10,9,8 y 7%.

Extensión de uso de los servicios de salud por distrito, DISA LM, 2015.

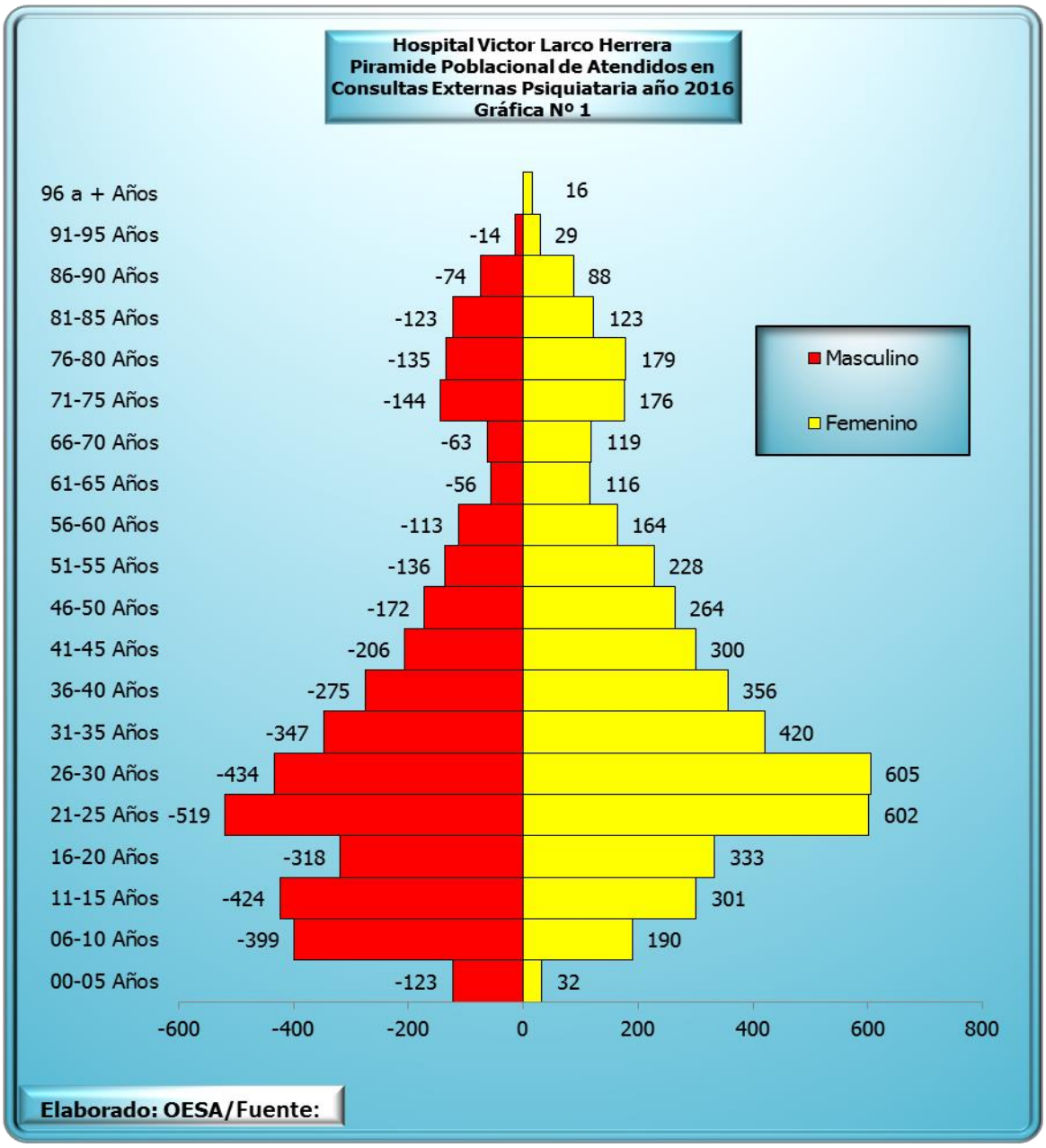
DISTRITO	Población 2015	Atenciones	Atendidos	Extensión de Uso	Intensidad de Uso
DISA LIMA METROPOLITANA	**8,894,412**	**17,481,530**	**2,939,937**	33.05	5.9
Chaclacayo	43,428	168,427	36,079	83	5
San Bartolo	7,699	31,278	4,789	62	7
Ancon	43,382	160,998	26,668	61	6
Barranco	29,984	85,828	17,699	59	5
Lima	271,814	881,774	157,908	58	6
Lurin	85,132	217,599	47,321	56	5
Pucusana	17,044	56,199	8,353	49	7
Lurigancho	218,976	564,778	107,034	49	5
Pachacamac	129,653	384,860	61,481	47	6
Rimac	164,911	392,366	74,149	45	5
El Agustino	191,365	567,464	80,968	42	7
Santa Anita	228,422	490,729	93,560	41	5
San Juan Miraflores	404,001	825,815	163,715	41	5
Villa Maria Triunfo	448,545	834,290	178,312	40	5
Breña	75,925	155,147	29,778	39	5
La Victoria	171,779	387,883	65,131	38	6
Independencia	216,822	450,305	80,838	37	6
Los Olivos	371,229	828,136	138,310	37	6
Chorrillos	325,547	593,617	118,904	37	5
Santa Maria Mar	1,608	3,577	573	36	6
Punta Negra	7,934	23,444	2,729	34	9
San Luis	57,600	96,638	19,775	34	5
Comas	524,894	1,085,834	176,398	34	6
Punta Hermosa	7,609	13,626	2,522	33	5
Ate	630,086	1,157,866	206,540	33	6
San Martin Porres	700,177	1,220,779	214,635	31	6
Villa El Salvador	463,014	811,349	140,636	30	6
Magdalena Mar	54,656	101,923	16,004	29	6
Lince	50,228	70,456	13,995	28	5
San Juan Lurigancho	1,091,303	2,497,363	302,615	28	8
Carabayllo	301,978	520,632	82,104	27	6
Surquillo	91,346	150,410	24,752	27	6
Santa Rosa	18,751	47,406	4,907	26	10
Puente Piedra	353,327	701,007	87,241	25	8
Jesus Maria	71,589	82,925	13,431	19	6
Cieneguilla	47,080	78,643	8,769	19	9
Magdalena Vieja	76,114	91,840	13,729	18	7
San Miguel	135,506	147,685	23,548	17	6
La Molina	171,646	137,247	25,767	15	5
Santiago Surco	344,242	218,378	41,752	12	5
San Borja	111,928	77,897	13,147	12	6
Miraflores	81,932	45,960	9,316	11	5
San Isidro	54,206	21,152	4,055	7	5

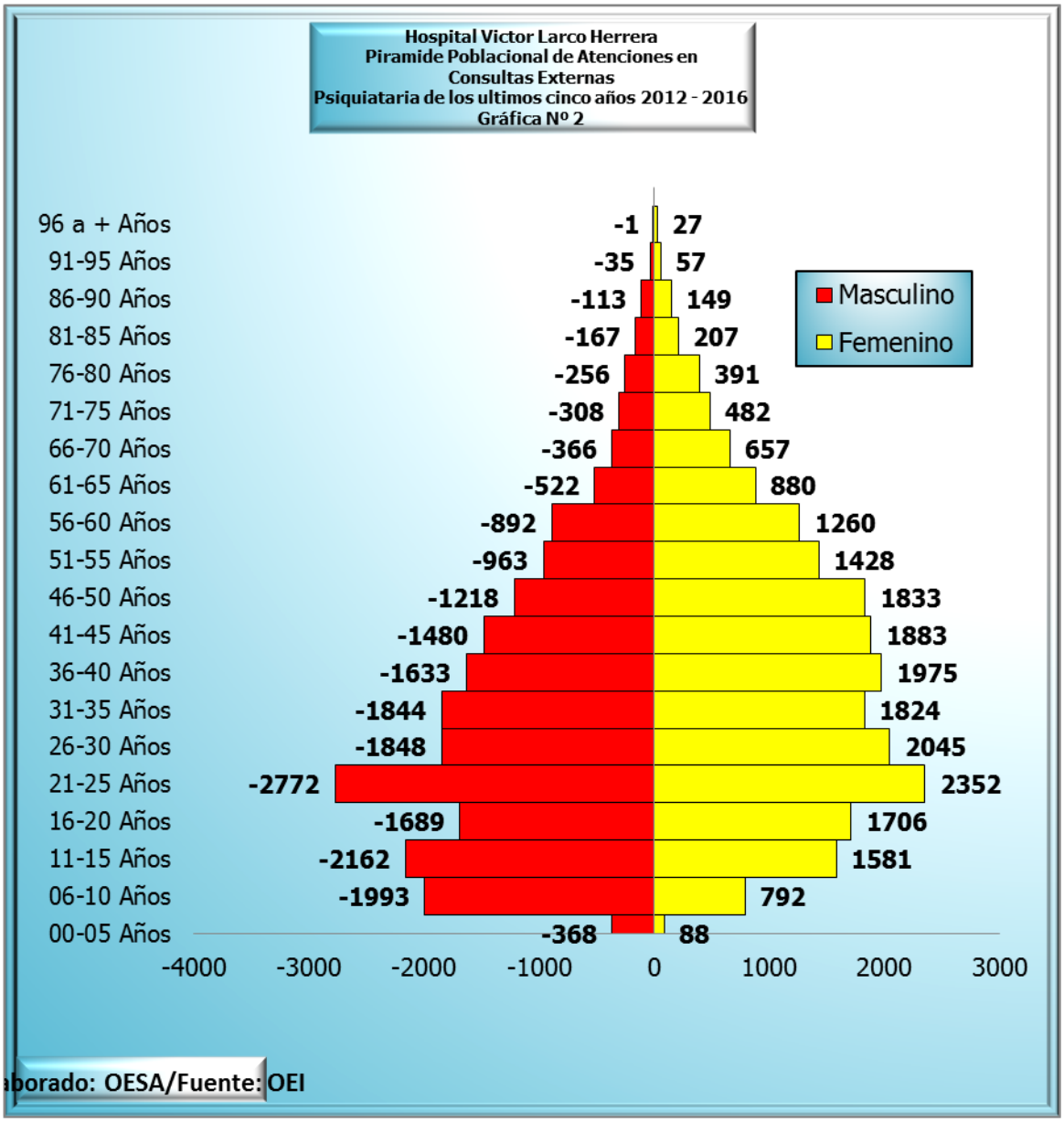
Fuente: Software HIS - Reporte 40 -2015 Oficina de Estadística - Elaborado por la Oficina de Epidemiología

Los dos indicadores no cumplen el estándar, para extensión de uso debe ser superior al 70% y para intensidad de uso 4 atenciones en el año.

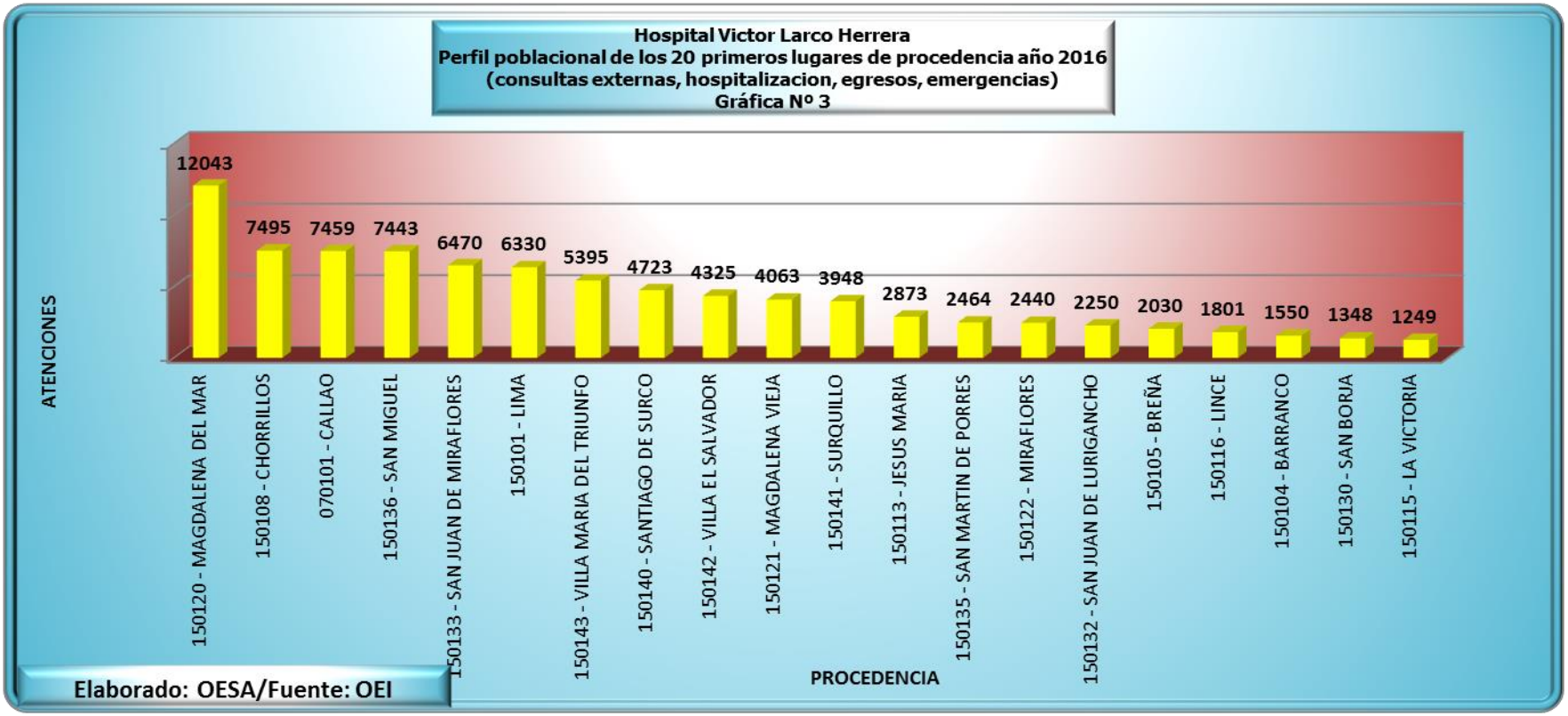
Ambos indicadores se relacionan, porque el incremento en uno, causa reducción en el otro. Situación que podría relacionarse con la calidad de la respuesta de los servicios de salud frente a las necesidades de salud de la población, capacidad instalada y acceso a los servicios privados con mejor oferta que no permiten a la población el acceso a los servicios de salud.

6.2 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA.- Pirámide Poblacional – Año 2015 & 2016.





En ambos gráficos 1 y 2, la máxima densidad de atendidos se presenta en el grupo poblacional de 0 a 45 años. Es decir tanto en el año 2016, así como en el quinquenio: 2012 – 2016, se presentan similitudes al respecto.



En la presente gráfica el perfil poblacional de las actividades hospitalarias Consulta Externa, Hospitalización , Egresos y Emergencia, durante el año 2016 se concentró en primer lugar en el Distrito de Magdalena del Mar (12,043 atenciones), seguido en segundo lugar de Chorrillos con 7495 atenciones, siendo el tercer lugar, el Callao con 7459 atenciones respectivamente.

Hospital Víctor Larco Herrera
Total de pacientes atendidos en consulta externa psiquiatría, según procedencia y etapas de vida durante año 2016
Tabla Nº 1

LUGARES DE PROCEDENCIA	Niñez (00-11 Años)	Adolescente (12-17 Años)	Juventud (18-29 Años)	Adulto (30-59 Años)	Adulto Mayor (60 a + Años)	Total general
DEPARTAMENTO DE LIMA	**88.14%**	**88.28%**	**90.09%**	**87.08%**	**90.07%**	**88.61%**
CHORRILLOS	13.14%	9.57%	7.26%	6.93%	7.53%	8.07%
MAGDALENA DEL MAR	9.40%	10.22%	6.19%	7.12%	7.46%	7.51%
SAN MIGUEL	7.05%	10.00%	6.72%	6.67%	7.66%	7.25%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	6.20%	5.59%	6.19%	5.61%	7.73%	6.18%
LIMA	6.73%	5.38%	5.29%	6.51%	6.93%	6.17%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	4.17%	5.59%	6.05%	5.04%	4.00%	5.08%
VILLA EL SALVADOR	3.63%	5.38%	3.72%	4.27%	3.26%	4.00%
SURQUILLO	2.67%	2.90%	3.68%	4.14%	3.40%	3.60%
MAGDALENA VIEJA	2.88%	5.48%	3.99%	3.37%	2.47%	3.55%
JESUS MARIA	4.27%	3.55%	3.54%	3.24%	3.06%	3.43%
OTROS DISTRITOS DE LIMA	27.99%	24.62%	37.47%	34.19%	36.58%	33.75%
PROV. CONST. DEL CALLAO	**10.79%**	**9.78%**	**7.58%**	**9.43%**	**8.19%**	**8.93%**
CALLAO	6.73%	6.45%	5.38%	7.70%	6.06%	6.59%
LA PERLA	1.60%	1.18%	0.76%	0.55%	1.07%	0.87%
VENTANILLA	1.60%	1.18%	0.49%	0.45%	0.67%	0.70%
BELLAVISTA	0.75%	0.75%	0.90%	0.67%	0.33%	0.69%
CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.00%	0.11%	0.04%	0.06%	0.07%	0.06%
LA PUNTA	0.11%	0.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.02%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	**1.07%**	**1.94%**	**2.33%**	**3.50%**	**1.73%**	**2.47%**
Total general	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En el quinquenio 2012-2016, la gran mayoría de pacientes atendidos en consulta externa (el 88.61 %) proceden de Lima, el 8.93 % lo hacen del Callao y sólo un 2.47 % de otros lugares diferentes a Lima y Callao.

6.3 Análisis de la Demanda de Atención Hospitalaria.

Una de las fuentes de Información Primaria es el Sistema HIS, la misma que es utilizada por el personal asistencial (profesional, técnico y auxiliar) en el registro de los datos, estos datos, después de realizar el proceso por el mismo sistema sirve para elaborar algunos indicadores de salud. El sistema HIS, nos proporciona dos tipos de Información:

a. El primero comprende el motivo por el cual el usuario acude al establecimiento de salud a recibir un tipo de atención, su condición puede ser (N: nuevo, C: continuador o R: re ingresante), esta información nos permite elaborar los siguientes indicadores:

Atendidos = nuevo + re ingresante.

Atenciones = nuevos + re ingresante + continuadores

Concentración = Atenciones (ATC)/Atendidos (ATD)

Cobertura = Atendidos/ (Población sujeto a programación)

c. El segundo se refiere al daño o morbilidad, sanos, Actividades Preventivas Promocionales y Actividades Masivas de Salud. Con esta información nos permite elaborar indicadores como la tasa de incidencia, prevalencia, las diez primeras causas, coberturas de las estrategias y tasa de prevalencia.

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA TODAS LAS ESPECIALIDADES (comparaciones años 2015 y 2016).

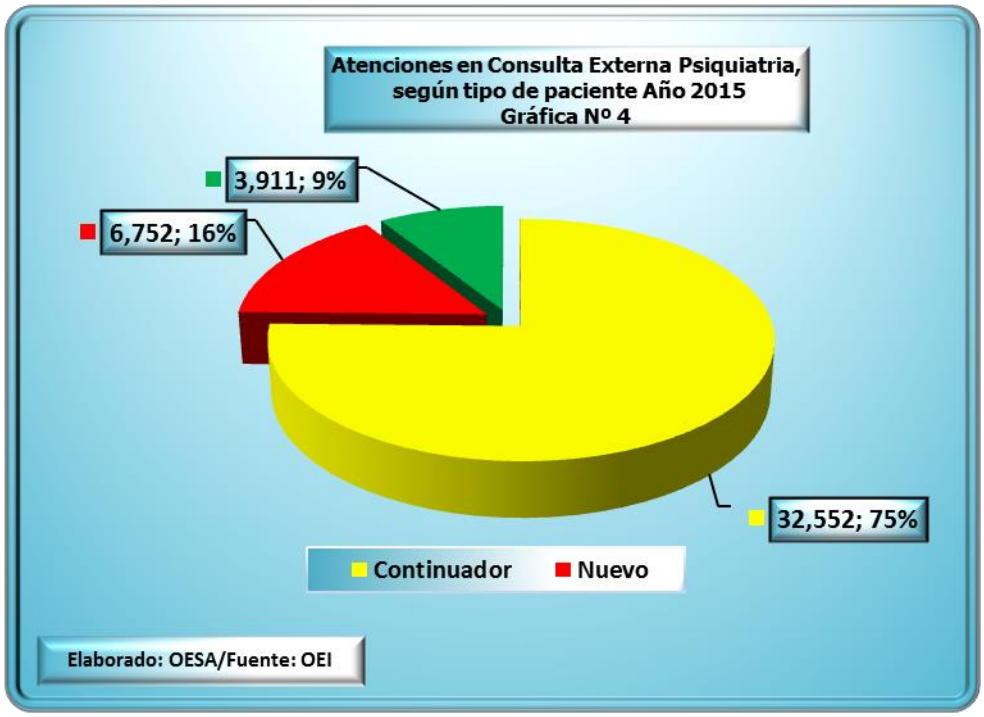
Hospital Víctor Larco Herrera Total Atenciones en Consultas Externas en Psiquiatría y Otras Especialidades Año 2016 Tabla Nº 2			
Actividades del HVLH Año 2012-2016		***Total Atenciones 2015***	***Total Atenciones 2016***
Total Consultas Externas Otras Especialidades		**52,695**	**53,122**
	Ginecología		
	Medicina Física y Rehabilitación	19,816	20,517
	Medicina General	42	0
	Neurología	701	914
	Odontología	1,342	961
	Psicología	22,480	24,072
	Servicio Social	8,314	6,658
Total Consultas Externas Psiquiátricas		**43,215**	**42,247**
	Psiquiatría Adultos	34,727	32,539
	Psiquiatría Niños	7,485	8,765
	Psiquiatría Adicciones	1,003	943
Total general		**95,910**	**95,369**
Elaborado: OESA/Fuente: OEI			

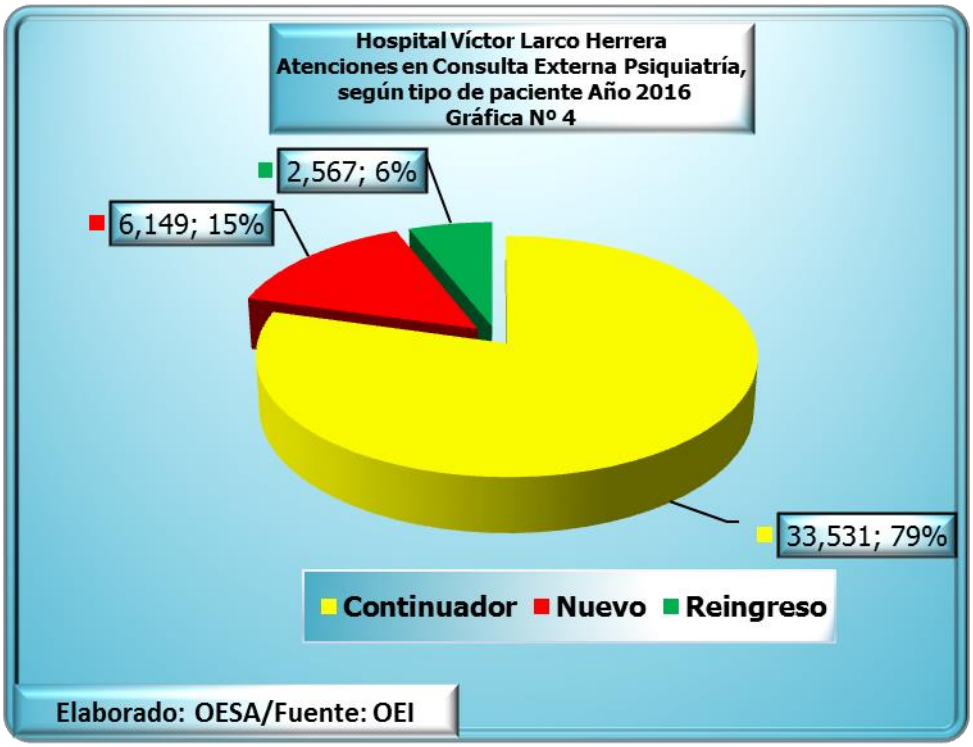
Durante el año 2016 se observa un pequeño decremento en nuestras atenciones en Consulta Externa Psiquiatría (43215 – 42247 = 968 atenciones) merece analizar el porqué, algo similar ocurre en el total general se observa un ligero decremento también (95,910 en el año 2015, en comparación con el año 2016 con 95,369 atenciones, 541 atenciones menos.

Atendidos y Atenciones por tipo de paciente y por cada Especialidad en Consulta Externa Psiquiatría Año 2015 Tabla Nº 3					
Especialidades en Consulta Externa Psiquiatría	**Nuevos**	**Reingresos**	**Continuador**	**Total Atenciones**	**%**
Psiquiatría Adicciones	147	51	805	1003	**2.3%**
Psiquiatría Adultos	5455	3258	26014	34727	**80.4%**
Psiquiatría Niños	1150	602	5733	7485	**17.3%**
Total general	6752	3911	32552	43215	**100.0%**
%	**15.6%**	**9.1%**	**75.3%**	**100.0%**	
Elaborado: OESA/Fuente: OEI					

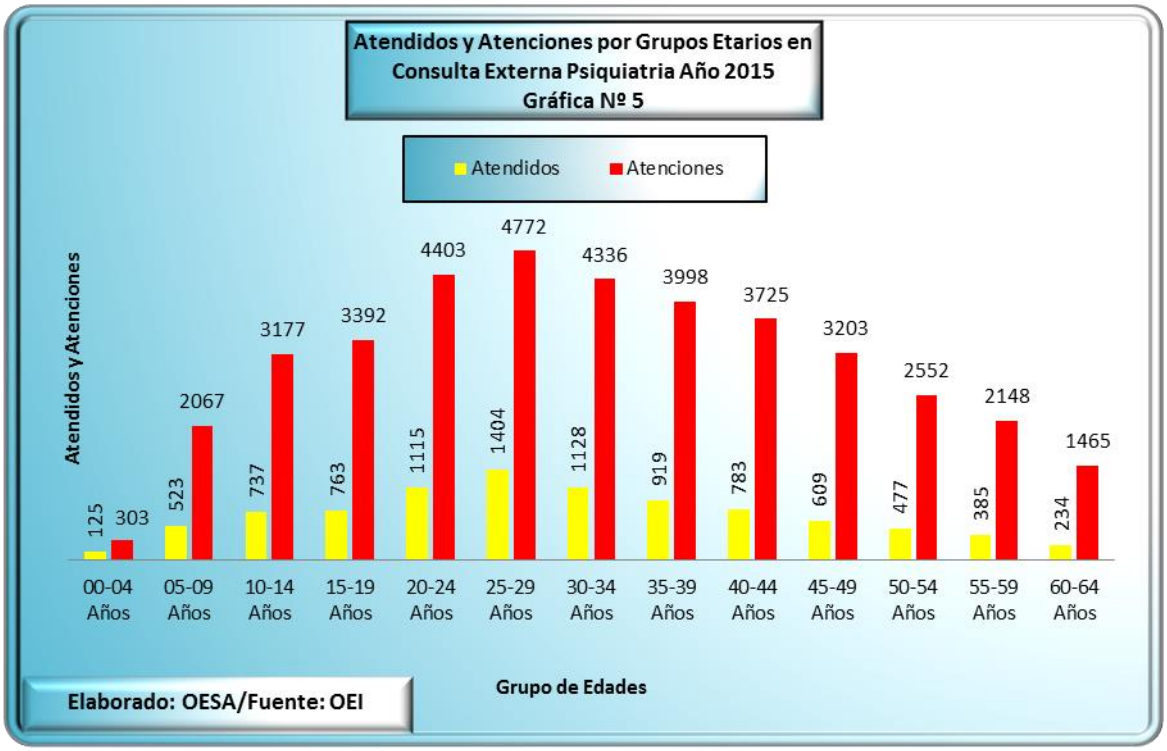
Hospital Víctor Larco Herrera Atendidos y Atenciones por tipo de paciente y por cada Especialidad en Consulta Externa Psiquiatría Año 2016 Tabla Nº 3					
Especialidades en Consulta Externa Psiquiatría	**Nuevos**	**Reingresos**	**Continuador**	**Total Atenciones**	**%**
Psiquiatría Adicciones	126	37	780	943	**2.2%**
Psiquiatría Adultos	4750	1934	25855	32539	**77.0%**
Psiquiatría Niños	1273	596	6896	8765	**20.7%**
Total general	6149	2567	33531	42247	**100.0%**
%	**14.6%**	**6.1%**	**79.4%**	**100.0%**	
Elaborado: OESA/Fuente: OEI					

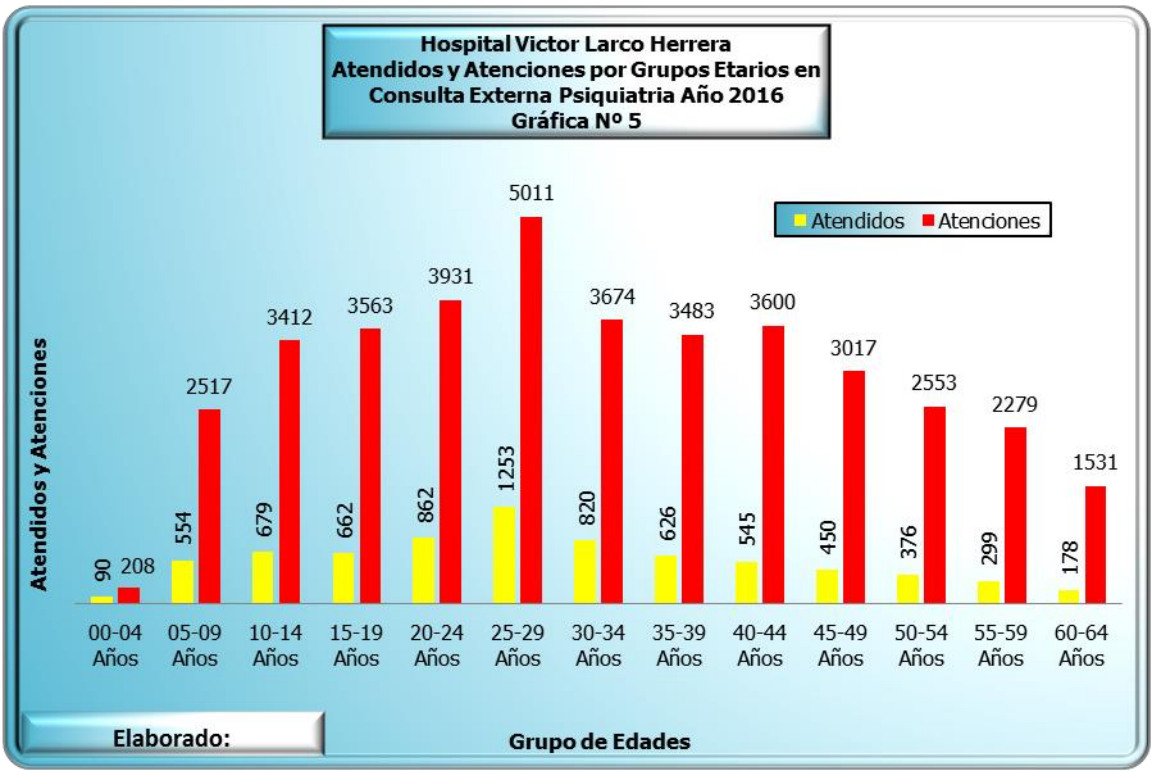
En el presente año 2016, se ha producido un ligero decremento en pacientes nuevos y en reingresos. Además un incremento significativo en el total general influenciado por la mayor cantidad de atenciones en psiquiatría niños con respecto al año anterior (20.7 %).





Durante el presente año 2016 existe un incremento significativo en los pacientes continuadores 4 % más que el año anterior. En nuevos y reingresos se presenta un ligero decremento respecto al año anterior.





La mayor concentración de pacientes, durante el presente año 2016, se presentó en el grupo etario de 25 a 29 años (5011), a comparación similar con el año 2015 que fue en el mismo grupo etario respectivamente.

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por grupos etarios y por especialidades, Año 2015
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				15	37	34	17	24	22	15	16	7	3	8	198	2%	1003	2%
Psiquiatría Adultos	18	5	4	358	1077	1369	1111	895	761	593	461	378	231	1452	8713	82%	34727	80%
Psiquiatría Niños	107	518	733	390	1	1				1				1	1752	16%	7485	17%
Total general	125	523	737	763	1115	1404	1128	919	783	609	477	385	234	1461	10663	100%	43215	100%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

Hospital Víctor Larco Herrera
Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por grupos etarios y por especialidades, Año 2016
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				17	34	26	13	23	9	12	9	7	8	5	163	1.87 %	943	2.23%
Psiquiatría Adultos				259	830	1062	808	603	537	438	367	292	171	1317	6684	76.69%	32539	77.02%
Psiquiatría Niños	93	593	737	446											1869	21.44%	8765	20.75%
Total general	93	593	737	722	864	1088	821	626	546	450	376	299	179	1322	8716	100 %	42247	100%

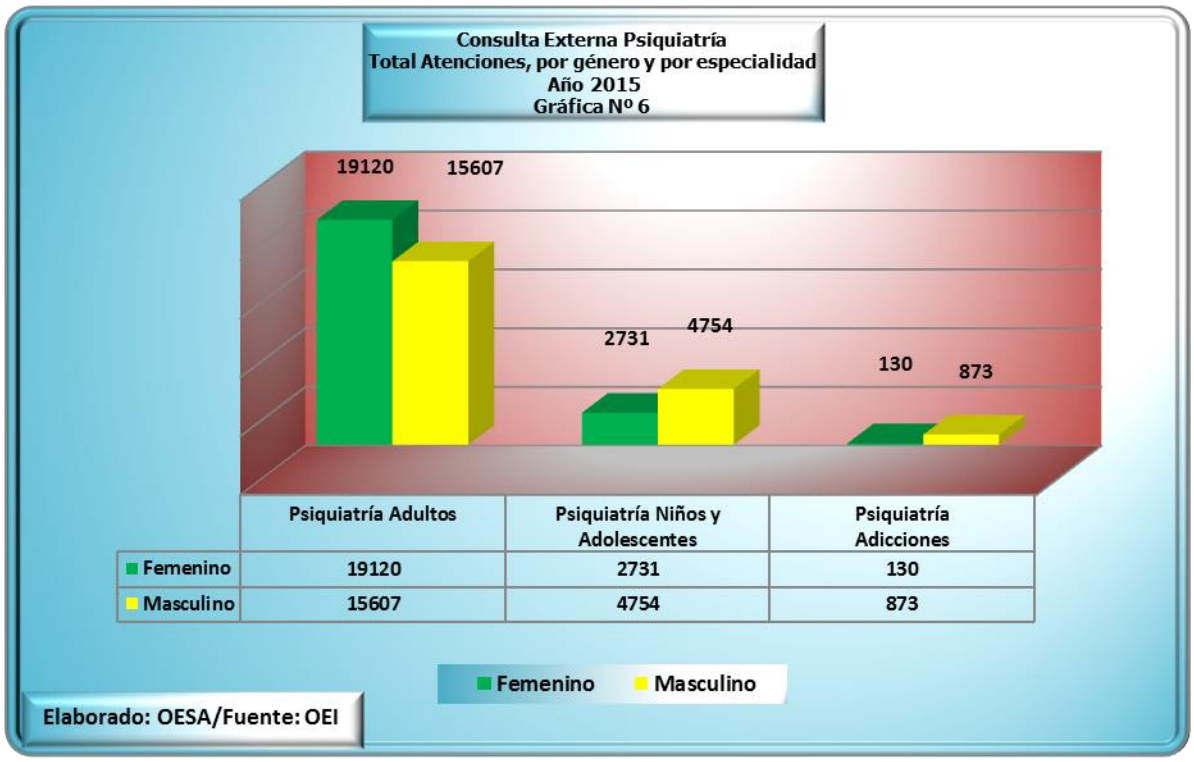
Elaborado: OESA/Fuente: OEI

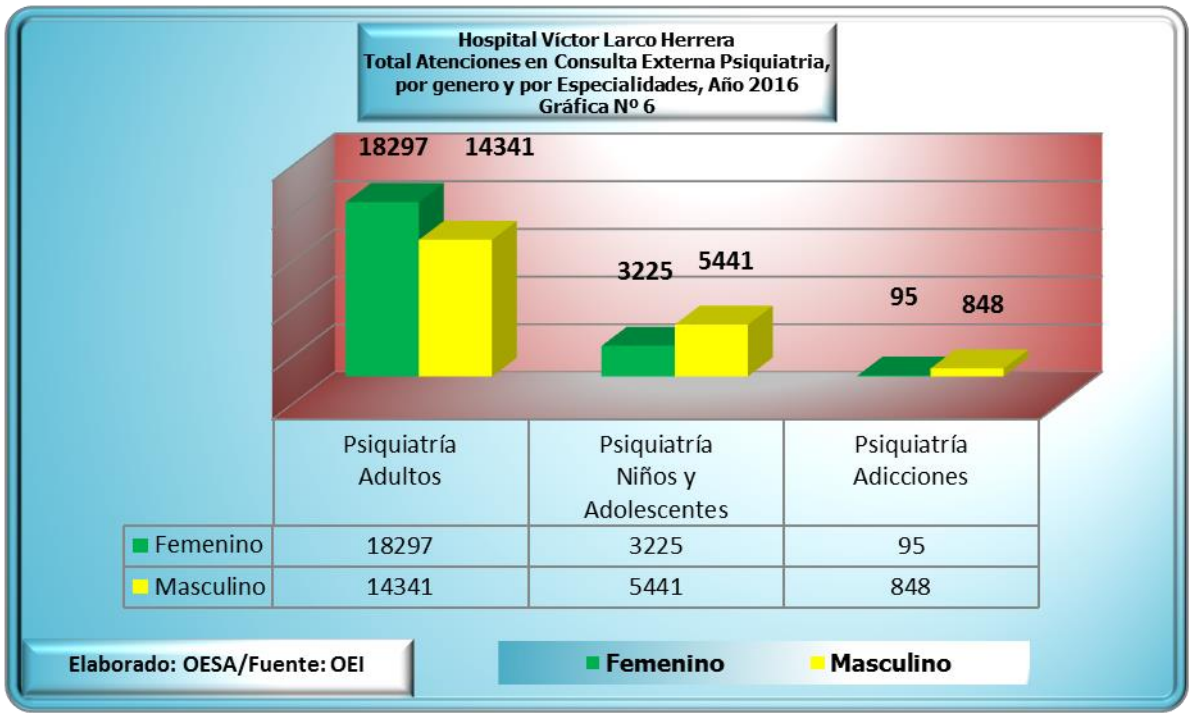
En el total de atendidos adultos se presentó un incremento muy pequeño que el año anterior y en atenciones y atendidos existe un ligero decremento, en Consulta Externa de Psiquiatría de Adicciones y Adultos, en comparación con Consulta Externa de Niños y Adolescentes, que presenta un significativo incremento respecto al año anterior (20.75% año 2016 con el 17.32 % año 2015).

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por meses y por especialidades, Año 2015 Tabla Nº 5																
Especialidades	Atendidos												Total Atendidos	%	Total Atenciones	%
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
Psiquiatría Adicciones	27	21	29	11	21	11	15	21	9	7	18	8	198	2%	1003	2%
Psiquiatría Adultos	1117	1068	834	684	1017	753	377	447	632	771	534	479	8713	82%	34727	80%
Psiquiatría Niños y Adol.	170	194	208	167	171	130	108	141	155	91	131	86	1752	16%	7485	17%
Total general	1314	1283	1071	862	1209	894	500	609	796	869	683	573	10663	100%	43215	100%
Elaborado: OESA/Fuente: OEI																

Hospital Víctor Larco Herrera Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por meses y por especialidades, Año 2016 Tabla Nº 5																
Especialidades	Atendidos												Total Atendidos	%	Total Atenciones	%
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
Psiquiatría Adicciones	16	21	4	15	15	19	9	20	12	8	14	10	163	1.87%	943	2.23%
Psiquiatría Adultos	775	774	530	541	850	552	328	462	526	520	422	404	6,684	76.69%	32,539	77.02%
Psiquiatría Niños y Adol.	306	238	137	128	165	174	116	145	159	126	91	84	1,869	21.44%	8,765	20.75%
Total general	1,097	1,033	671	684	1,030	745	453	627	697	654	527	498	8,716	100%	42,247	100%
Elaborado: OESA/Fuente: OEI																

En el presente año 2016, predomina un ligero decremento de atenciones en Consulta Externa de Adultos y adicciones, mientras que en Consultorios de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, la mayor cantidad de atenciones se presentó en el presente año 2016 (20.75 %), con respecto al año anterior (17.32%), respectivamente.





Respecto al total de atenciones en Consulta Externa en Psiquiatría 2016, por Género, se atendieron menos mujeres y hombres en Psiquiatría de Adultos y Adicciones en contraste con Psiquiatría de Niños y Adolescentes, que presenta un cierto decremento, en ambos géneros, con respecto a año 2015.

6.3.1 Análisis de la Morbilidad hospitalaria

6.3.1.1 CONSULTA EXTERNA

6.3.1.2 HOSPITALIZACION (ingresos)

6.3.1.3 HOSPITALIZACION (egresos)

6.3.1.4 EMERGENCIA

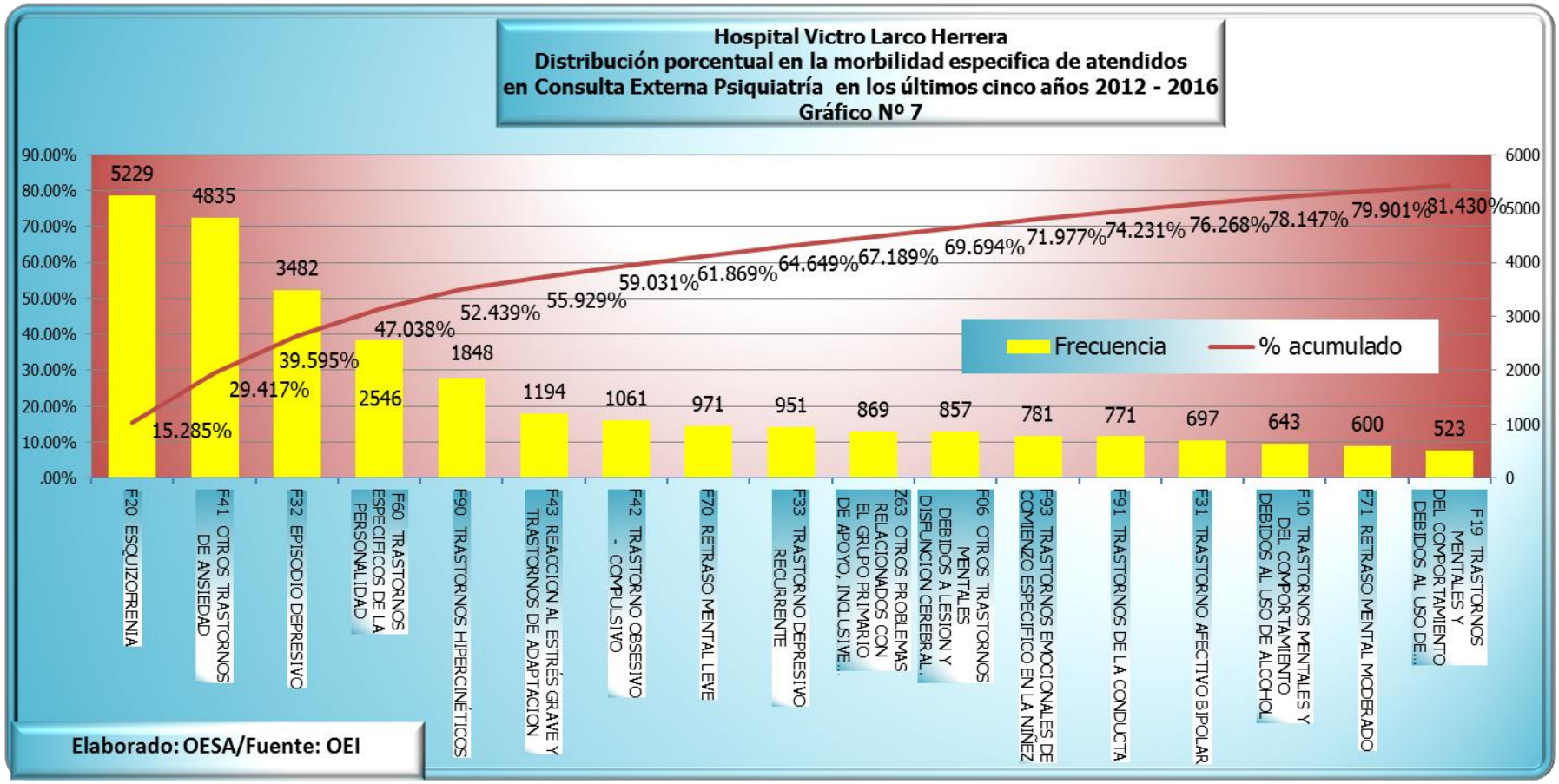
MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

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 hacia la recuperación y/o dejar secuelas. De hecho, la morbilidad es un indicador de salud de lo que ocurre con la salud de una comunidad.

6.3.1.1 Consulta Externa

En los siguientes cuadros que presentamos a continuación están incluidos los siguientes Departamentos:

- **Consulta Externa de Adultos**
- **Consulta Externa de Niños y Adolescentes**
- **Consulta Externa de Adicciones.**
- **Violencia familiar: que incluye la consulta externa de adultos y consulta externa de niños y adolescentes.**



En el diagrama de Pareto, la máxima distribución porcentual en el quinquenio 2012 - 2016, se presenta con la misma tendencia que en el año anterior. Es decir que se presentan en primer lugar la Esquizofrenia, Otros Trastornos de Ansiedad y Episodio Depresivo respectivamente.

Hospital Víctor Larco Herrera Departamento de Consulta Externa Distribución porcentual de Atendidos según morbilidad específica Años 2012 – 2016 Tabla Nº 06				
Número	Lista de Morbilidades especificas (CIE-10)	Frecuencia	% simple	% acumulado
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	5229	15.3%	15.3%
2	F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	4835	14.1%	29.4%
3	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	3482	10.2%	39.6%
4	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	2546	7.4%	47.0%
5	F90 - TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	1848	5.4%	52.4%
6	F43 - REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1194	3.5%	55.9%
7	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	1061	3.1%	59.0%
8	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	971	2.8%	61.9%
9	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	951	2.8%	64.6%
10	Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	869	2.5%	67.2%
11	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	857	2.5%	69.7%
12	F93 - TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	781	2.3%	72.0%
13	F91 - TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	771	2.3%	74.2%
14	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	697	2.0%	76.3%
15	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	643	1.9%	78.1%
16	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	600	1.8%	79.9%
17	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	523	1.5%	81.4%
	Otros diagnósticos	6353	18.6%	100.0%
	TOTALES	34211	100.0%	
Elaborado: OESA/Fuente: OEI				

En la distribución procentual de atendidos año 2016, según morbilidad especifica en los ultimos cinco años, sigue ocupando, la esquizofrenia el primer lugar (15.3%).

Hospital Víctor Larco Herrera
Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2012 - 2016)
Departamento de Consulta Externa de Adultos
Tabla Nº 07

Diagnósticos	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
Total Psiquiatría Adultos	**4,261**	**4,838**	**5,108**	**5,784**	**4,066**	**24,057**
F20 - ESQUIZOFRENIA	874	976	1,212	1,214	694	4,970
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	788	915	878	1,007	756	4,344
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	540	566	574	663	488	2,831
F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	390	499	480	620	422	2,411
F43 - REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	176	191	213	229	160	969
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	239	168	184	180	140	911
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	155	162	203	218	152	890
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	143	170	169	147	145	774
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	99	142	140	155	124	660
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	88	94	102	115	68	467
F40 - TRASTORNOS FOBICOS DE ANSIEDAD	49	68	63	89	84	353
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	46	74	67	90	51	328
F34 - TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS] PERSISTENTES	60	50	51	96	56	313
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	48	52	49	94	60	303
F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	41	63	60	62	43	269
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	20	40	53	64	58	235
F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	50	47	30	25	29	181
Otros Diagnósticos	455	561	580	716	536	2,848

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En la distribucion de atendidos según morbilidad en este último quinquenio se presentó cantidades similares de atendidos en Esquizofrenia. Siendo para el presente año 2016 una cantidad inferior a todos los demas años(694), respecto al año anterior(1,214).

Hospital Víctor Larco Herrera
Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2012 - 2016)
Departamento de Consulta Externa de Niños y Adolescentes
Tabla Nº 08

Diagnósticos	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
Total Psiquiatría Niños y Adolescentes	**1635**	**1747**	**2087**	**1618**	**1779**	**8866**
F90 - TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	341	339	436	335	379	1830
F93 - TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	129	167	184	169	125	774
F91 - TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	111	100	140	165	253	769
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	116	129	158	109	108	620
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	75	87	119	127	89	497
F92 - TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	87	114	73	43	146	463
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	65	77	144	76	67	429
F80 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	83	124	77	85	59	428
F84 - TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	53	77	97	74	119	420
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	57	61	60	43	76	297
F94 - TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑE	62	54	59	49	22	246
Z63 - OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO, INCLUSIVE	32	51	36	56	37	212
F20 - ESQUIZOFRENIA	52	32	76	25	25	210
F43 - REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	45	44	66	22	25	202
F81 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	25	51	38	36	48	198
F98 - OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUA	61	43	29	18	34	185
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	29	29	50	32	22	162
Otros Diagnósticos	212	168	245	154	145	924

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En el Dpto. de Consulta Externa de Niños y Adolescentes, siguen siendo los trastornos hipersinéticos los que ocupan el mayor volumen de atendidos en el año 2016 (379 atendidos) , sinemabargo respecto al año anterior 2015 (335 atendidos), presenta un ligero incremento, pero muy similar a los demas años del quinqueño 2012- 2016.

Hospital Víctor Larco Herrera
Distribución de Atendidos según morbilidad por Departamentos (2012 - 2016)
Departamento de Adicciones
Tabla Nº 09

Diagnósticos	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
Total Adicciones	**473**	**303**	**161**	**194**	**157**	**1288**
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	88	79	55	56	29	307
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	40	51	40	58	56	245
F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	90	49	26	25	24	214
F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	35	21	16	13	23	108
F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	38	26	2	10	2	78
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	35	21		4	2	62
F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	19	18	9	9	4	59
F20 - ESQUIZOFRENIA	28	4	6	4	7	49
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	23	5			3	31
F43 - REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	16	7				23
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	12	1	2	3		18
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	7	5		4		16
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	6	3				9
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	5	2	1			8
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	4	2	1			7
F13 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O	1	3		3		7
F40 - TRASTORNOS FOBICOS DE ANSIEDAD	2	3		1		6
Otros diagnosticos	24	3	3	4	7	41
Elaborado: OESA/Fuente: OEI						

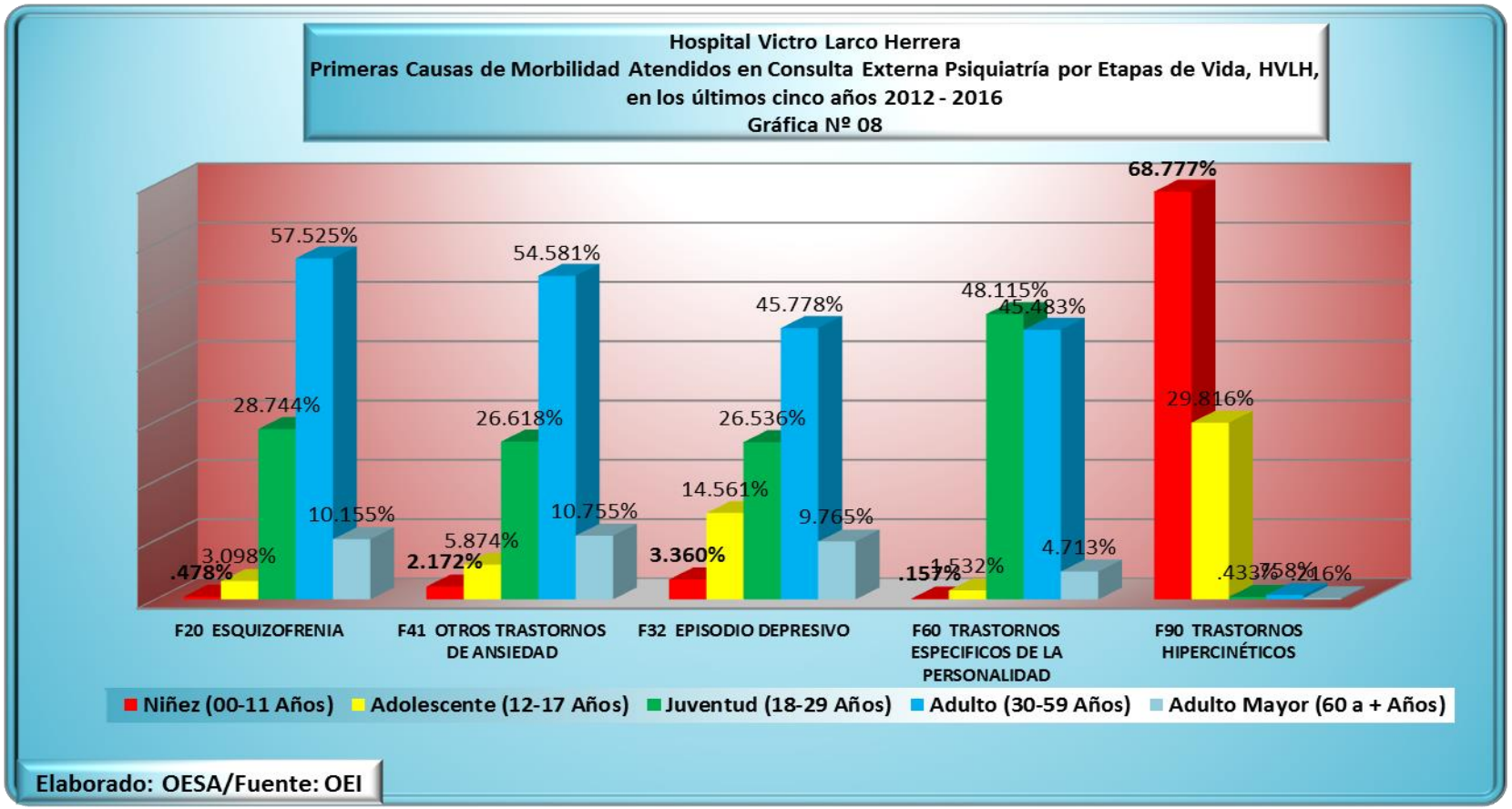
Durante el quinquenio 2012 – 2016, en el Dpto. de Adicciones, los Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Uso de Multiples Drogas, siguen ocupando el primer lugar.

Hospital Víctor Larco Herrera
Consolidado de los tres departamentos: consulta externa, niños y adolescentes y adicciones
Distribución de Atendidos según morbilidad
Años 2012 - 2016
Tabla Nº 10

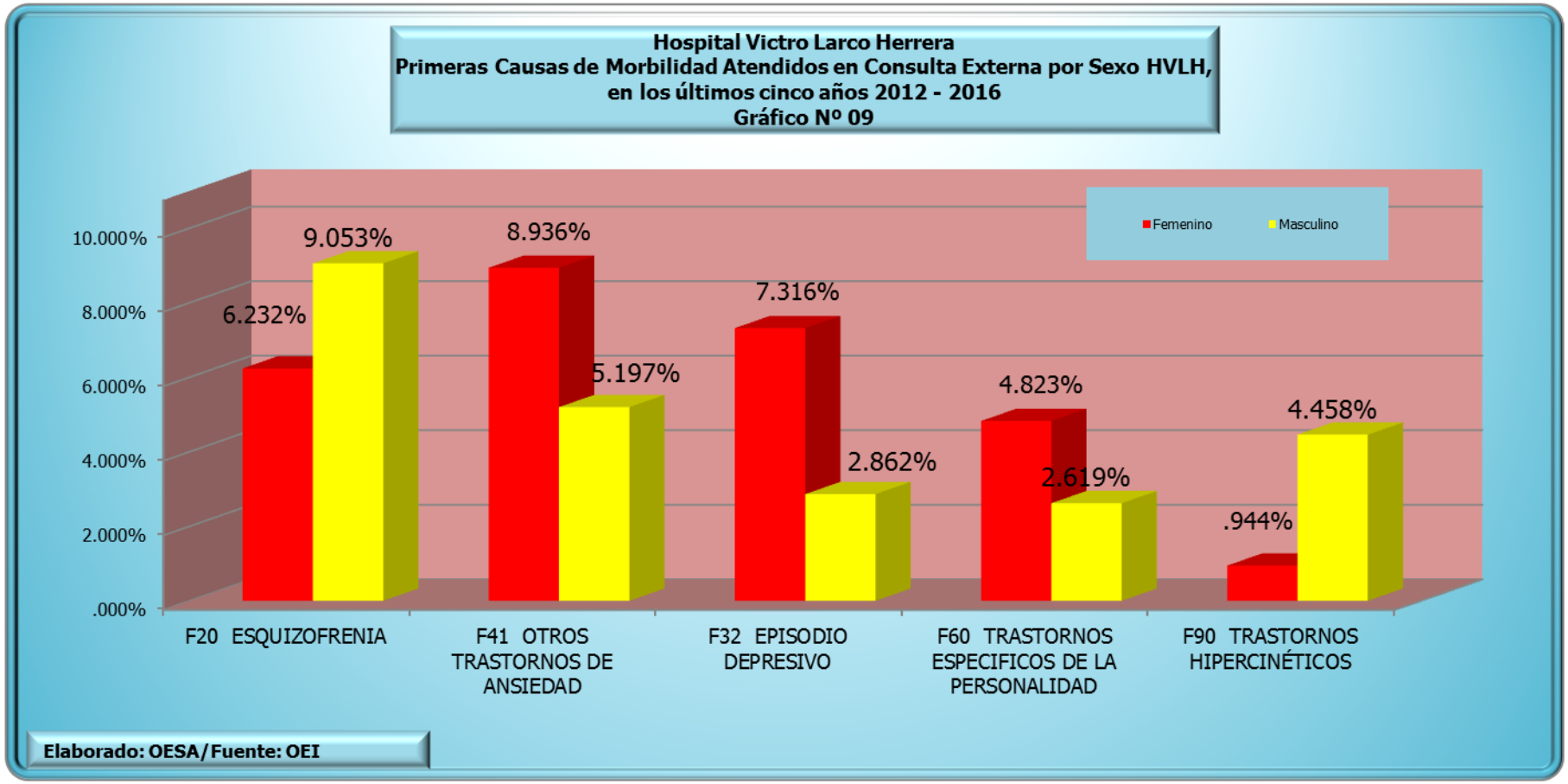
Diagnósticos	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016	Total general
Total todos los Departamentos	**6,369**	**6,888**	**7,356**	**7,596**	**6,002**	**34,211**
F20 - ESQUIZOFRENIA	954	1,012	1,294	1,243	726	5,229
F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	888	1,013	1,022	1,087	825	4,835
F32 - EPISODIO DEPRESIVO	679	700	732	772	599	3,482
F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	436	532	513	638	427	2,546
F90 - TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	355	339	436	336	382	1,848
F43 - REACCION AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	237	242	279	251	185	1,194
F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	190	194	253	250	174	1,061
F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	167	183	222	242	157	971
F70 - RETRASO MENTAL LEVE	250	173	204	184	140	951
F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A ENFERMEDAD SOMATICA	164	189	182	158	164	857
F93 - TRASTORNOS EMOCIONALES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA NIÑEZ	131	167	189	169	125	781
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	111	100	140	166	254	771
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	112	146	148	161	130	697
F91 - TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	138	154	123	147	81	643
F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	105	113	109	137	136	600
F92 - TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	69	95	105	133	121	523
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	90	114	74	43	146	467
Otros diagnósticos	1,293	1,422	1,331	1,479	1,230	6,755

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En el consolidado de los tres Dptos. de Consulta Extrana de Adultos, Consulta Externa de Niños y Adolescentes y Consulta Externa adicciones, durante el ultimo quinquenio, sigue ocupando el primer lugar el diagnostico de Esquizofrenia, a diferencia del año 2016 que el primer lugar lo ocupa otros trastornos de ansiedad.



Durante el quinquenio 2012- 2016, la principal causa de morbilidad por grupos etarios se presentó en el Dpto. de Niños y Adolescentes con el diganóstico de Trastornos Hipercineticos en el grupo etario de 00 a 11 años (68.78%).



Durante el quinquenio 2012-2016, la primera causa de morbilidad en Consulta Externa por género es Esquizofrenia para el género masculino (9.05 %), y otros transtornos de ansiedad, para el género femenino (8.94 %). Pero analizando el total general en su conjunto es la Esquizofrenia que predomina en primer lugar con el (15.28 %).

Hospital Víctor Larco Herrera
Tendencia anual de casos de Atendidos en Esquizofrenia en Consulta Externa Psiquiatría por Género y Ciclos de Vida, en los últimos cinco años 2012 - 2016
Tabla Nº 11

Variables / Años		2012	2013	2014	2015	2016	Total general
Género	Femenino	38.26%	39.53%	41.42%	41.75%	42.98%	40.77%
	Masculino	61.74%	60.47%	58.58%	58.25%	57.02%	59.23%
Grupo Etario	Niñez (00-11 Años)	0.42%	0.00%	58.58%	0.00%	0.14%	0.48%
	Adolescente (12-17 Años)	5.35%	2.77%	2.63%	1.93%	3.44%	3.10%
	Juventud (18-29 Años)	28.09%	31.03%	29.29%	27.19%	28.10%	28.74%
	Adulto (30-59 Años)	58.39%	58.00%	53.86%	60.98%	56.34%	57.53%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	7.76%	8.20%	12.67%	9.90%	11.98%	10.15%
Totales x grupos		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

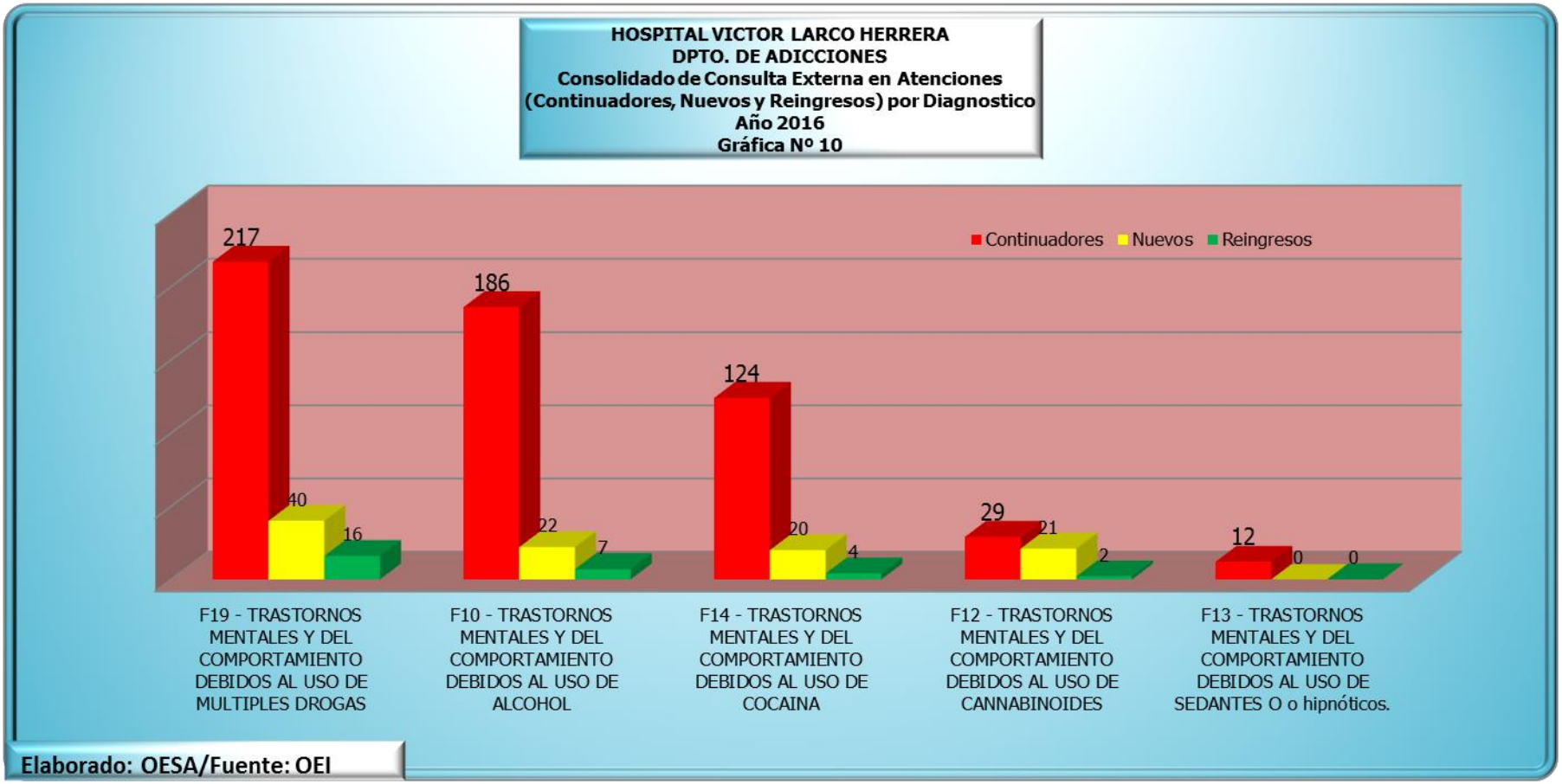
La tendencia anual de casos atendidos por psiquiatria en los últimos cinco años sigue predominando el genero masculino(en el total general 59.23 %). En el grupo etario de 30 a 59 años (56.34 %), durante el año 2016, y en el total general del ultimo quinquenio 2012-2016 el mismo grupo etario representa el (57.53 %).

Hospital Víctor Larco Herrera
Tendencia anual de Esquizofrenia en Consulta Externa según lugar de Procedencia
Años 2012 - 2016
Tabla Nº 12

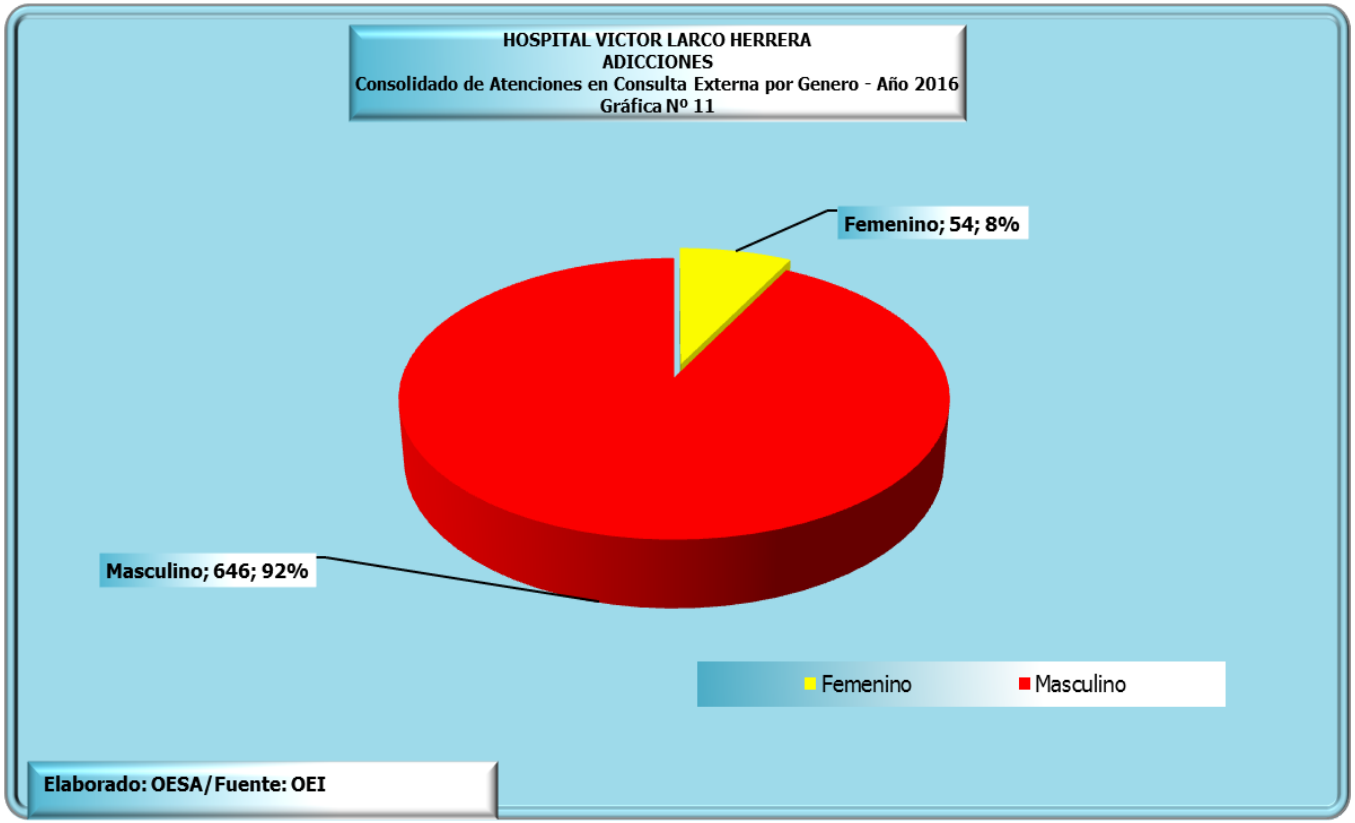
Distritos de Procedencia	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
PROVINCIA DE LIMA	**79.14%**	**81.62%**	**80.53%**	**79.89%**	**82.92%**	**80.67%**
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	8.07%	7.71%	8.27%	8.93%	8.40%	8.30%
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	7.44%	8.70%	7.81%	7.80%	8.54%	8.01%
150108 - CHORRILLOS	7.76%	7.91%	8.35%	7.88%	6.89%	7.84%
150142 - VILLA EL SALVADOR	5.66%	7.71%	8.11%	8.13%	7.85%	7.55%
150101 - LIMA	6.81%	6.23%	5.72%	5.07%	5.23%	5.79%
150136 - SAN MIGUEL	3.88%	3.85%	4.40%	4.10%	3.31%	3.98%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	3.77%	3.26%	3.71%	3.86%	3.99%	3.71%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	3.88%	3.26%	3.71%	3.30%	3.86%	3.58%
150141 - SURQUILLO	2.31%	3.06%	3.17%	2.82%	2.07%	2.75%
OTROS DISTRITOS DEL DPTO DE LIMA	29.56%	29.94%	27.28%	28.00%	32.78%	29.15%
PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	**13.10%**	**10.08%**	**12.52%**	**13.76%**	**12.12%**	**12.39%**
070101 - CALLAO	10.17%	8.00%	9.97%	10.94%	9.64%	9.81%
070106 - VENTANILLA	1.57%	1.09%	1.62%	1.61%	1.38%	1.47%
070104 - LA PERLA	0.42%	0.10%	0.46%	0.56%	0.55%	0.42%
070102 - BELLAVISTA	0.31%	0.40%	0.15%	0.48%	0.55%	0.36%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.42%	0.49%	0.31%	0.16%	0.00%	0.29%
070105 - LA PUNTA	0.21%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.04%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	**7.76%**	**8.30%**	**6.96%**	**6.36%**	**4.96%**	**6.94%**
Total general	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

La tendendecia anual en el año 2016 la ezquizofrenia según lugar de procedencia se presenta en San Juan de Miraflores con el 8.54 %, seguido de Villa Maria del Triunfo (8.40 %), en general durante el quinquenio 2012-2016, se presenta la Esquizofrenia con el 80.67 % en la privincia de Lima, y con 12.39 % en el Callao, y con 6.94 % en provincias distintas a Lima y Callao respectivamente.

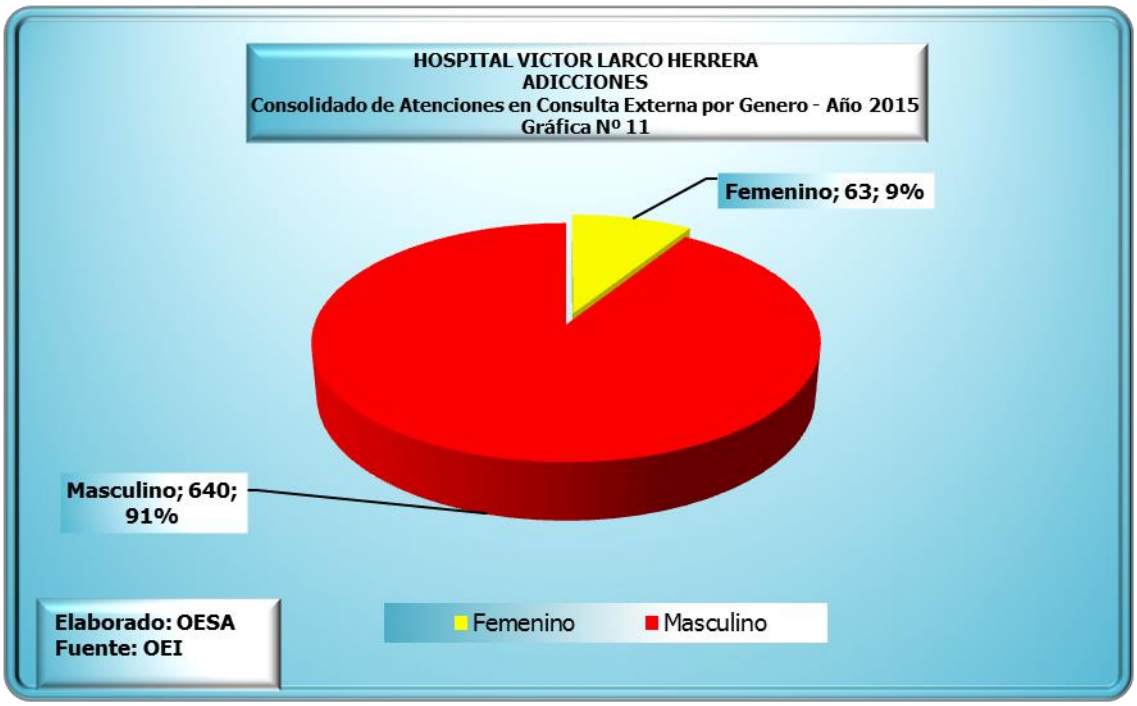


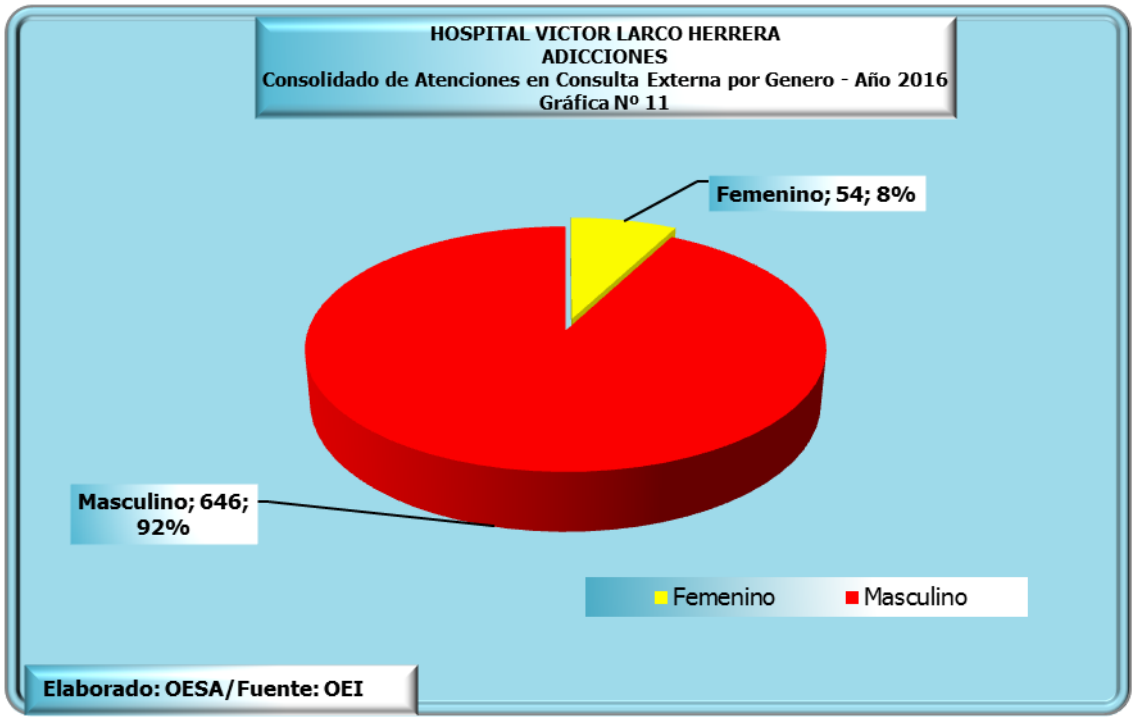
En cuanto al consolidado año 2016 en Consulta Externa del Dpto. de Adicciones, los Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas, está en primer lugar en contraste con el año 2015 que fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol el primer lugar, presentando así un ligero incremento respecto al año 2015 comparativamente.



En el consolidado en Consulta Externa por Adicciones, sigue ocupando el primer lugar el género masculino, comparativamente en ambos años 2015- 2016.

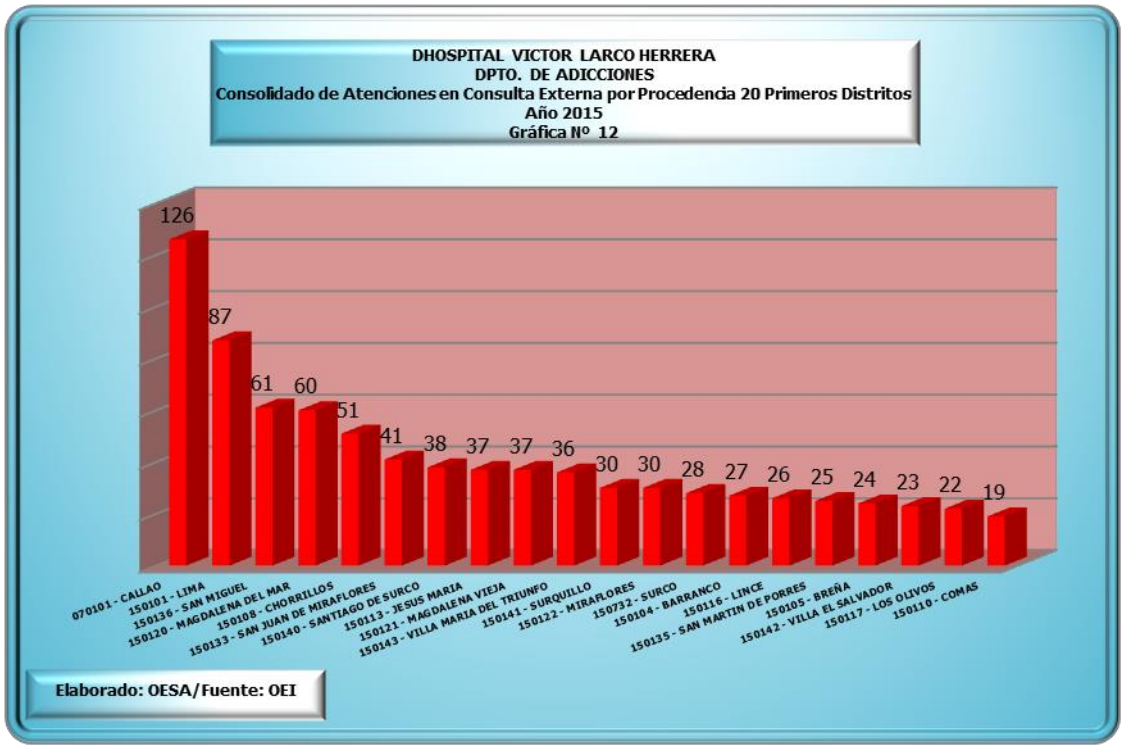
6.3.1.2 DPTO. DE ADICCIONES – Consulta Externa 2015–2016

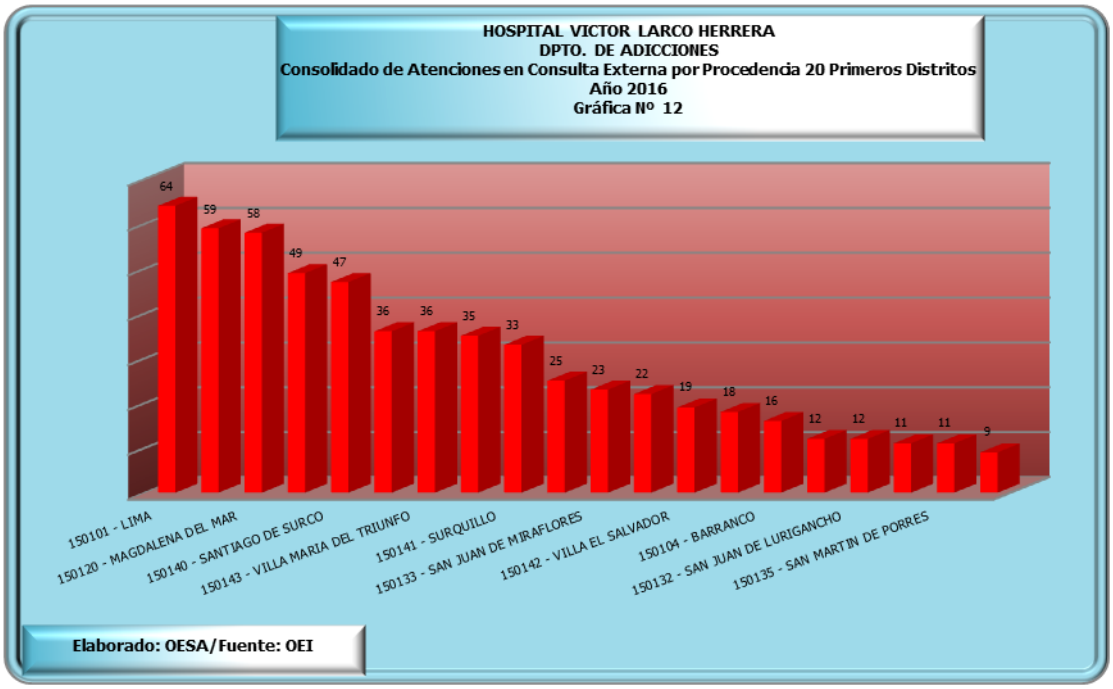




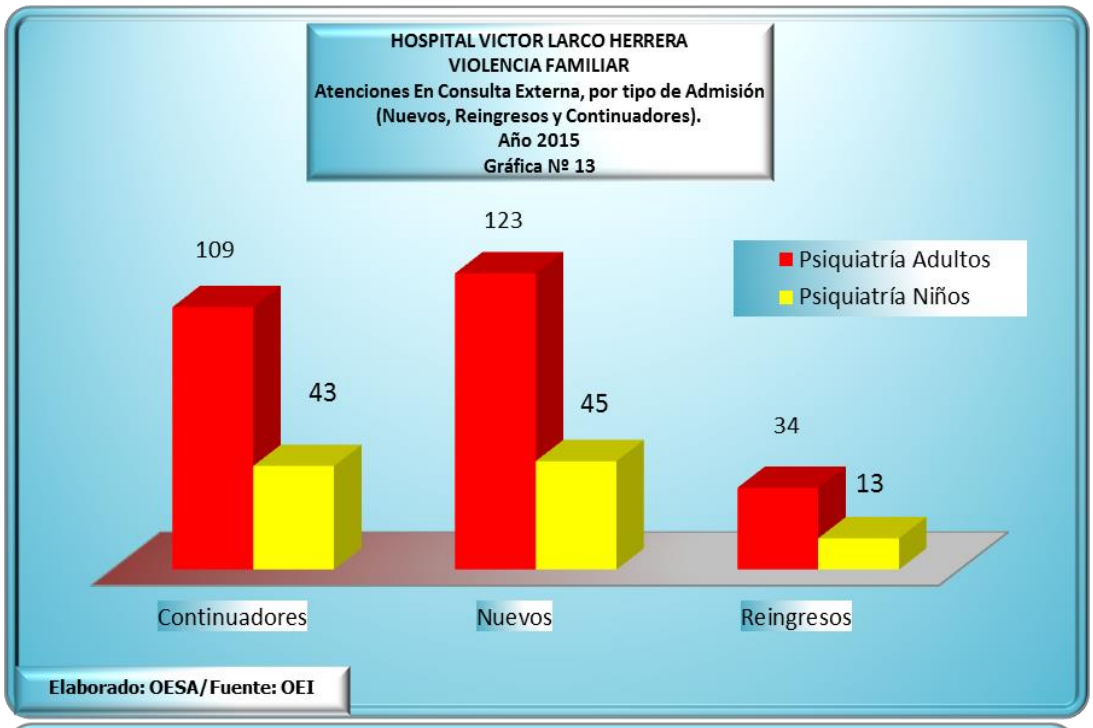
En el consolidado en Consulta Externa por Adicciones, sigue ocupando el primer lugar el género masculino, comparativamente en ambos años 2015- 2016.

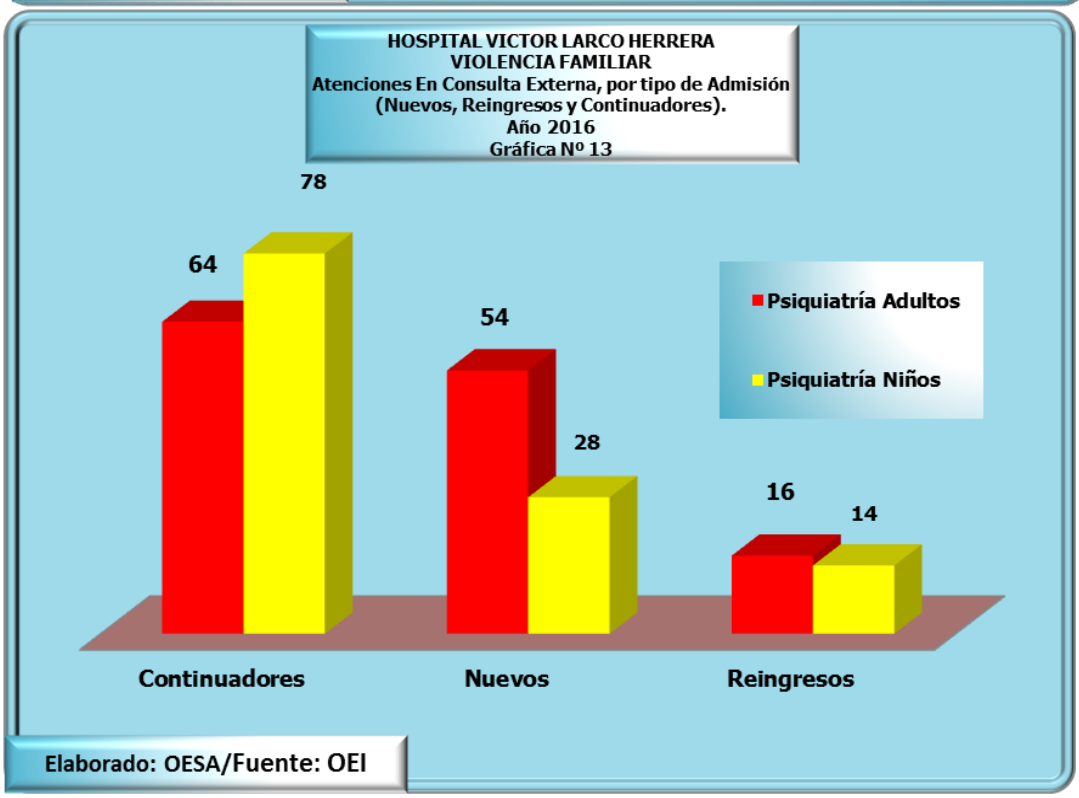
6.3.1.3 Violencia Familiar 2015-2016



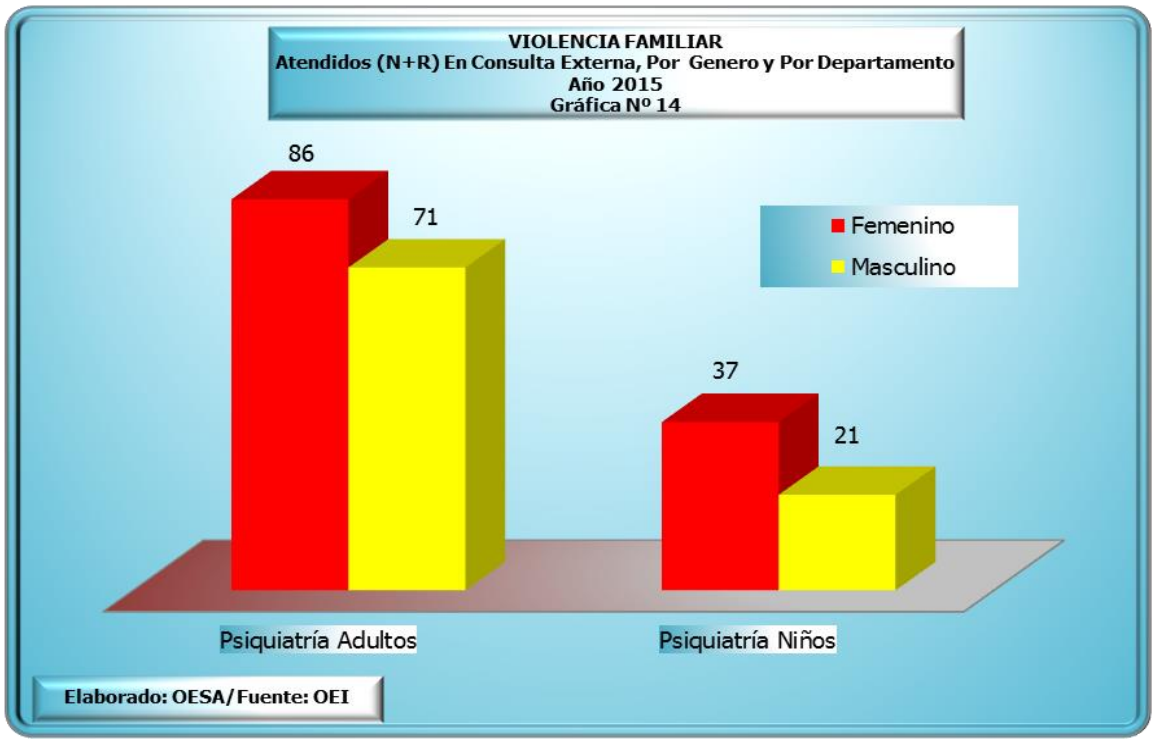


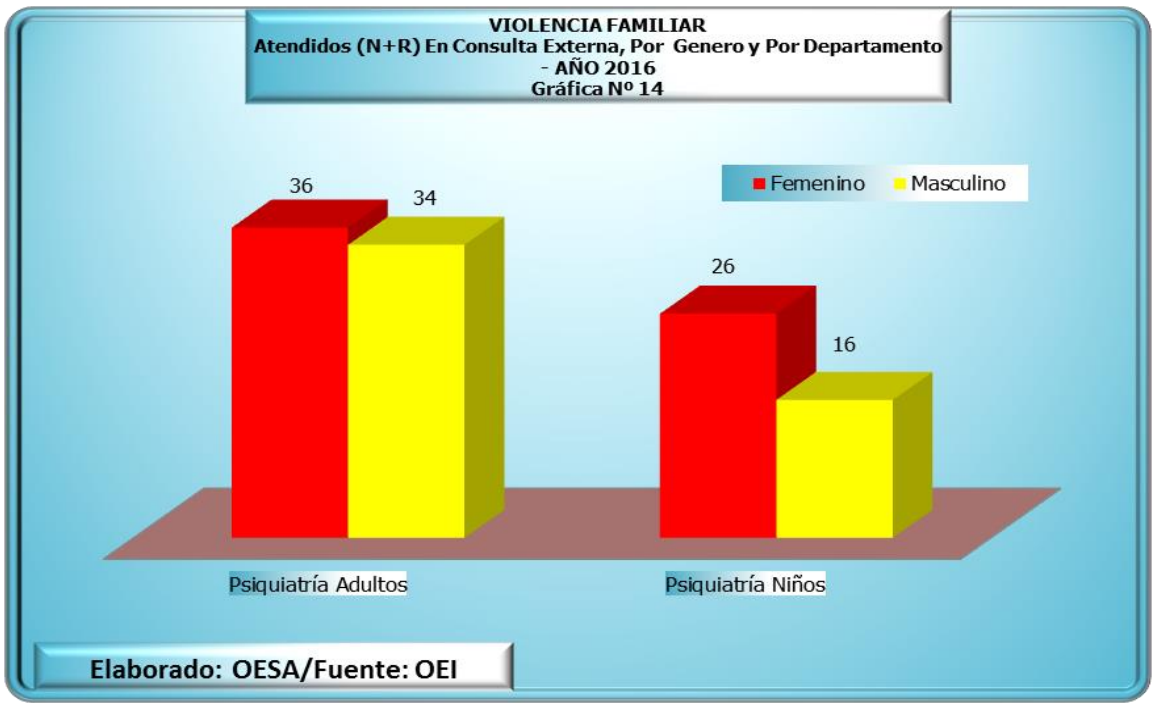
En el consolidado de atenciones en Consulta Externa de Adicciones, según lugar de procedencia, ocupa el primer lugar la Provincia de Lima, en contraste con el año 2015 que fue la provincia de Callao la que ocupo el primer lugar.



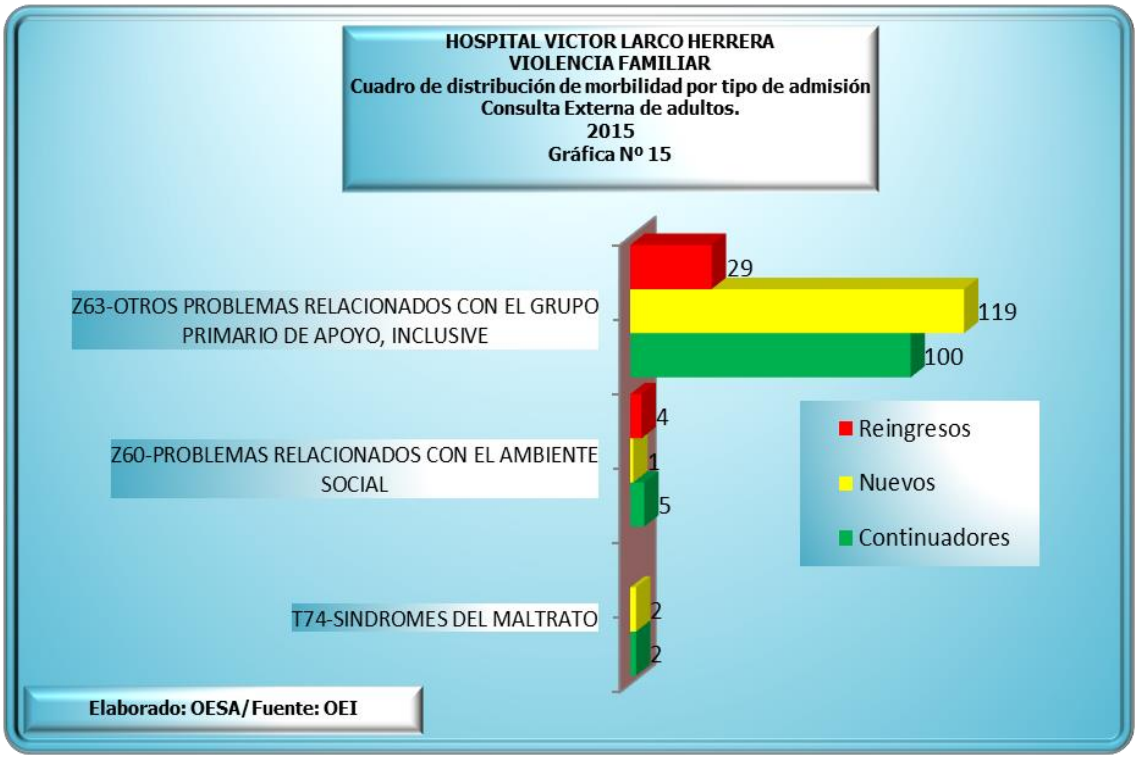


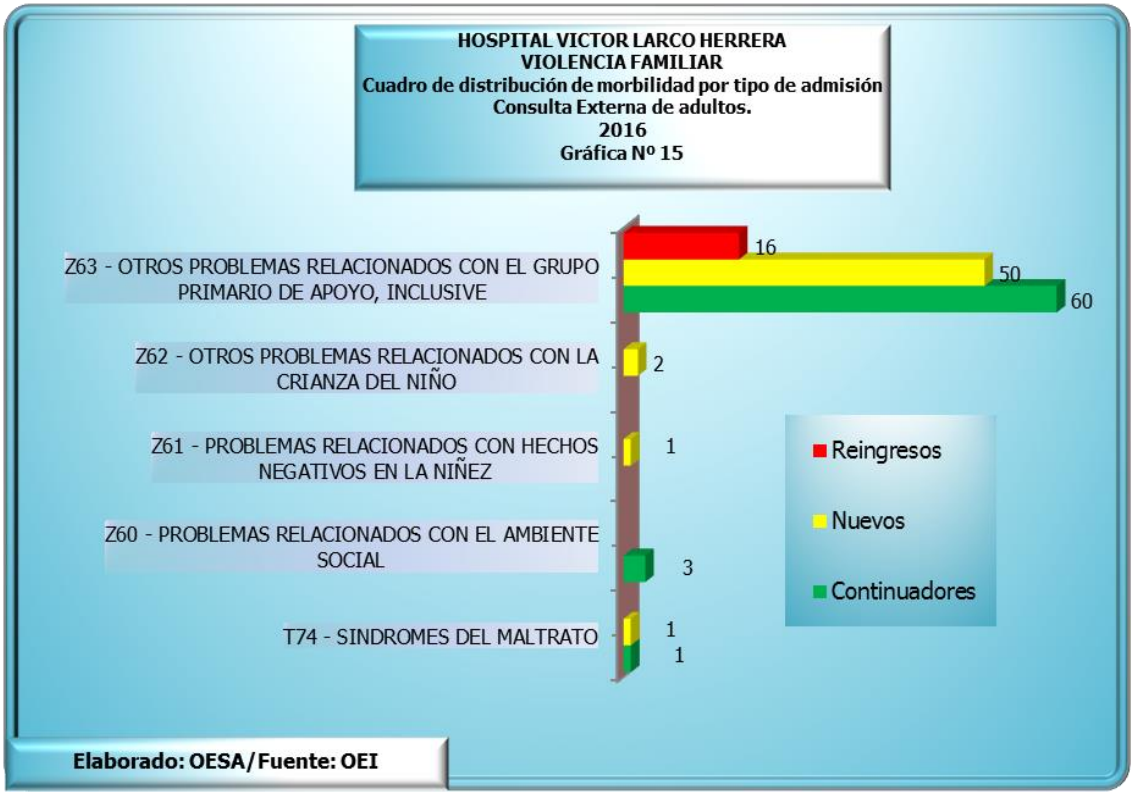
En la presenta gráfica existe un decremento significativo en Violencia Familiar en lo que respecta a nuevos y reingresos(adultos), durante el presente año tanto en psiquiatría de adultos así como en niños, durante el año 2016 comparativamente con el año anterior, en contraste con continuadores que se presentó un incremento significativo



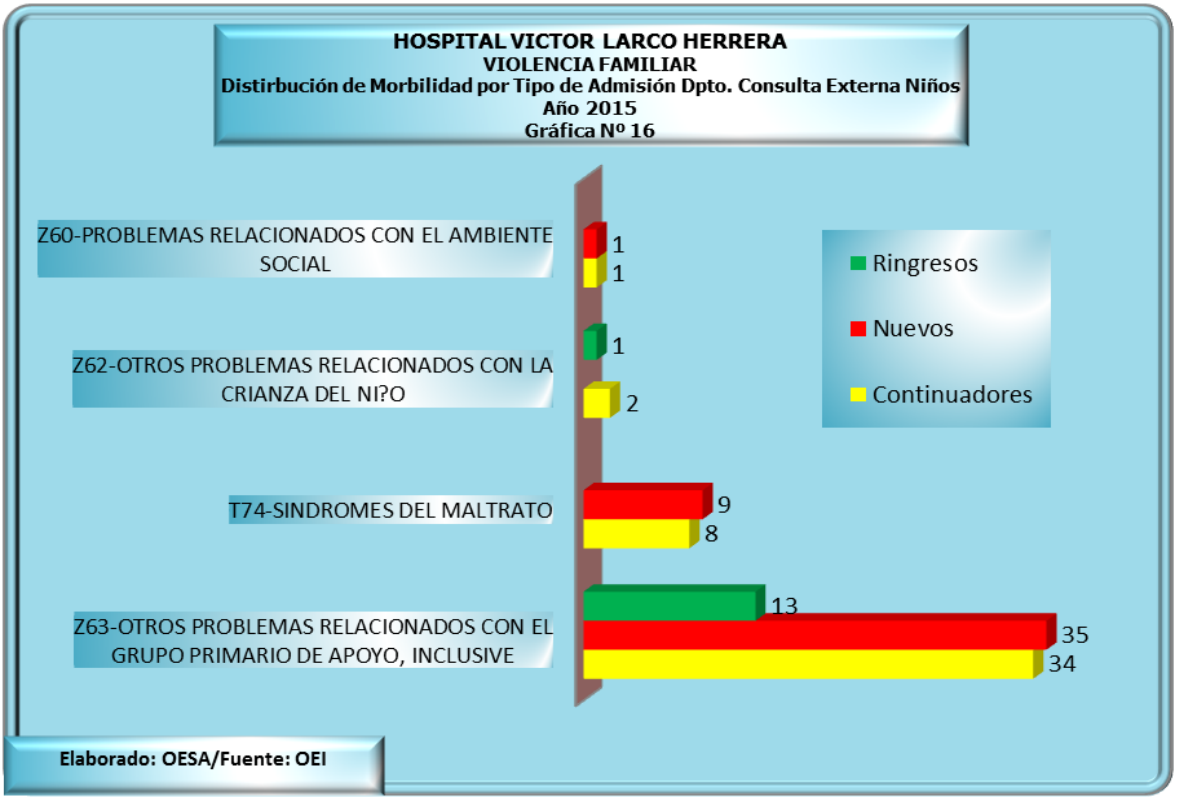


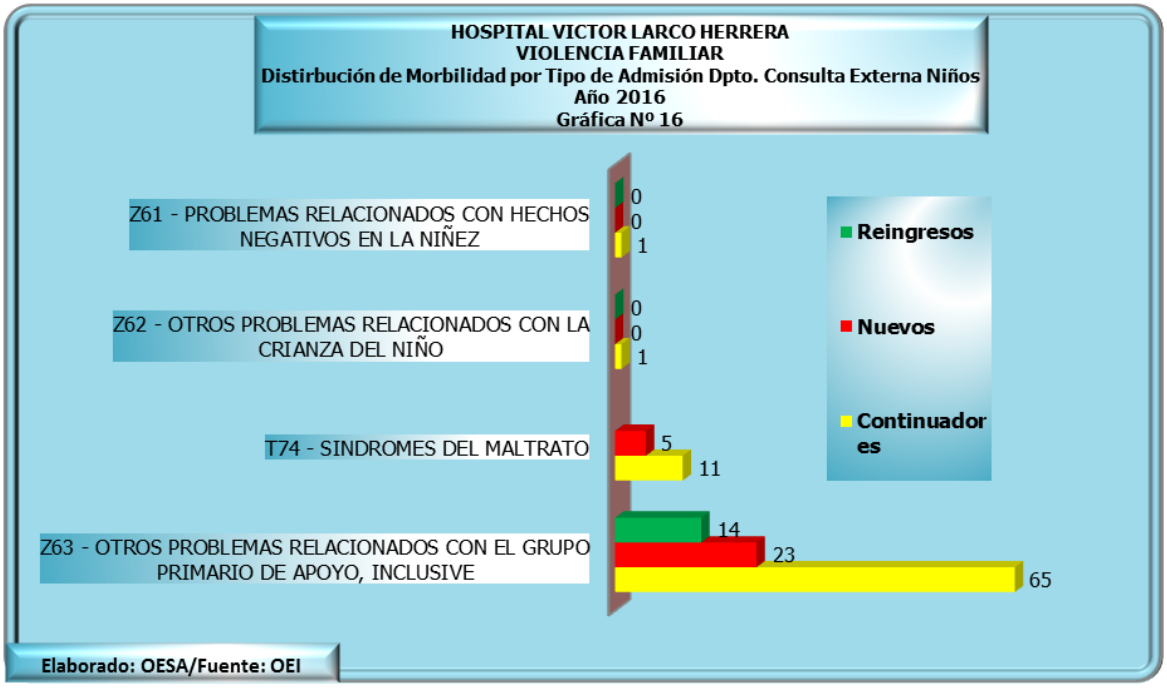
El número de Atendidos en Violencia Familiar presenta en el género femenino en el primer lugar tanto en Psiquiatría de Adultos como en Niños, seguido del segundo lugar el género masculino durante el año 2016, en comparación con el año anterior 2015, así como también se observa un significativo decremento en año 2016 con respecto al anterior.



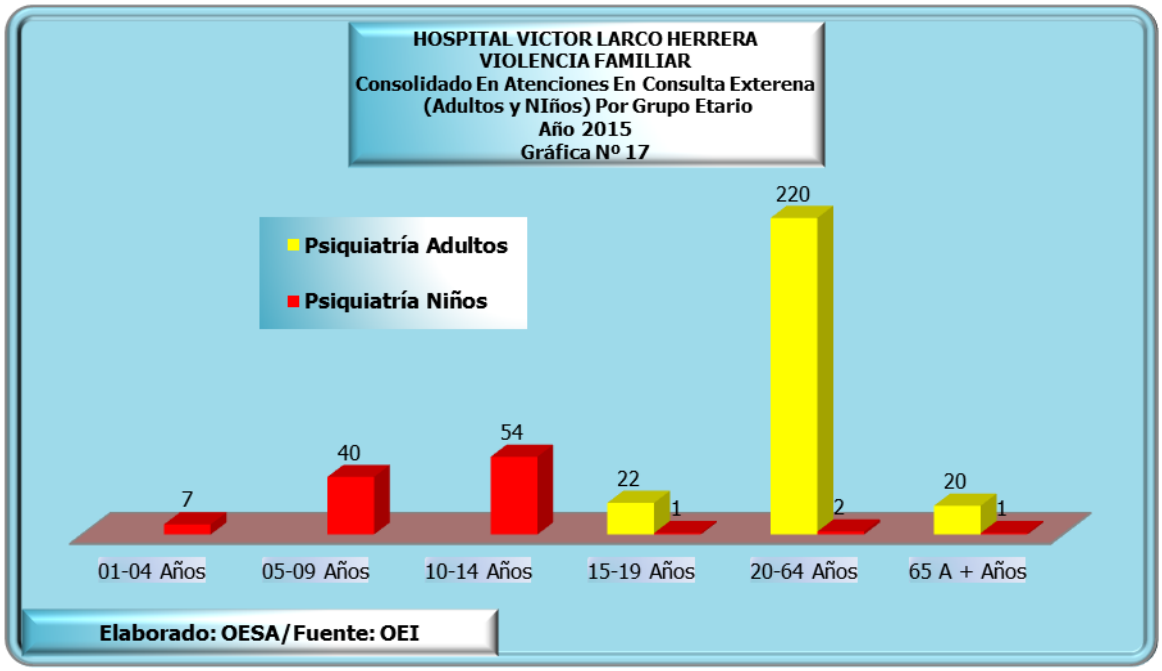


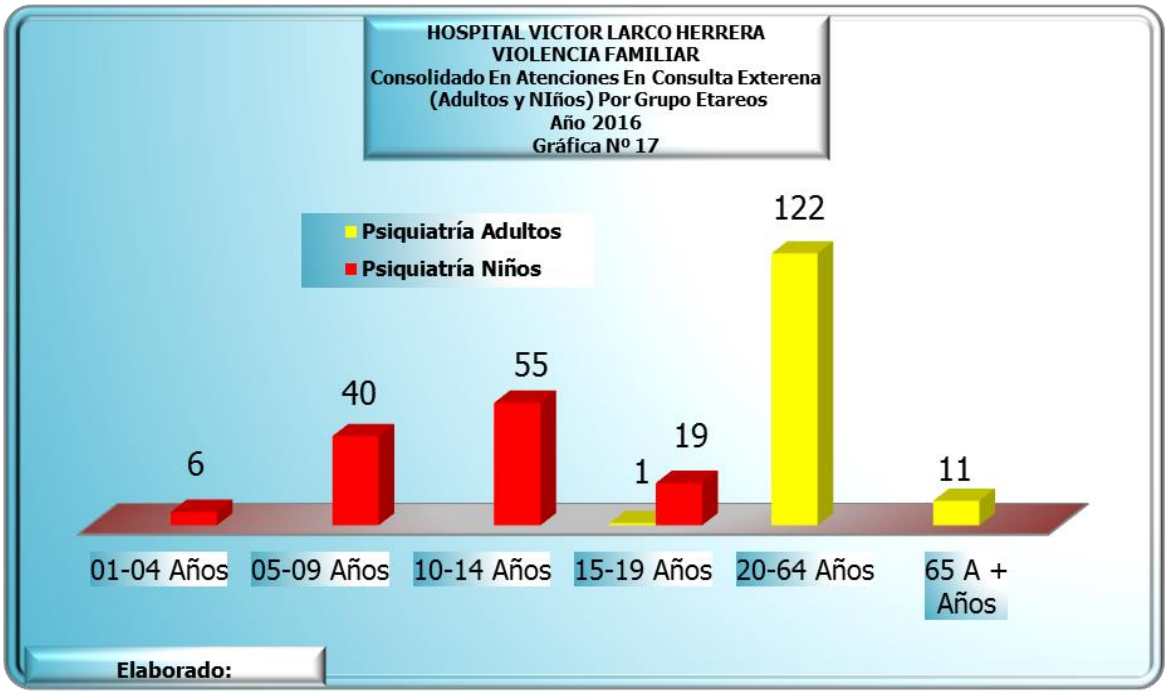
La principal causa de morbilidad por tipo de Admisión en Violencia Familiar en adultos, se sigue presentando en problemas del grupo primario de apoyo estos dos últimos dos años 2015 – 2016 comparativamente.



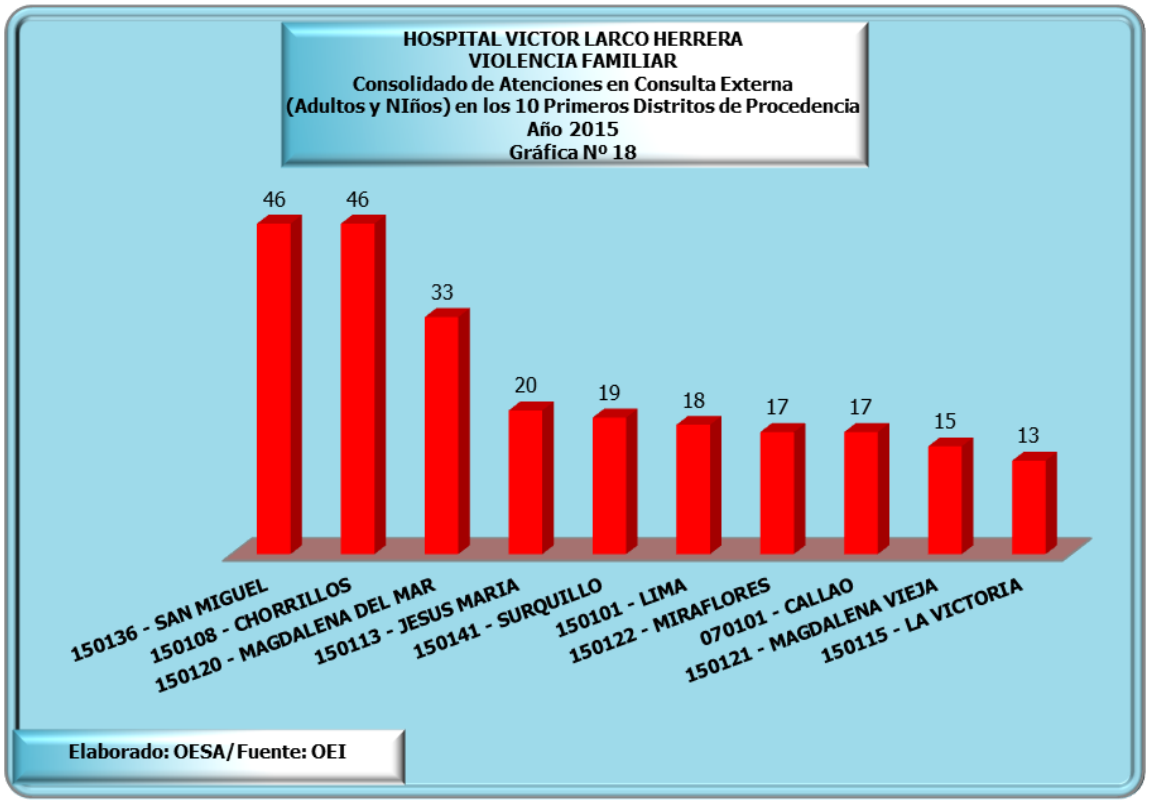


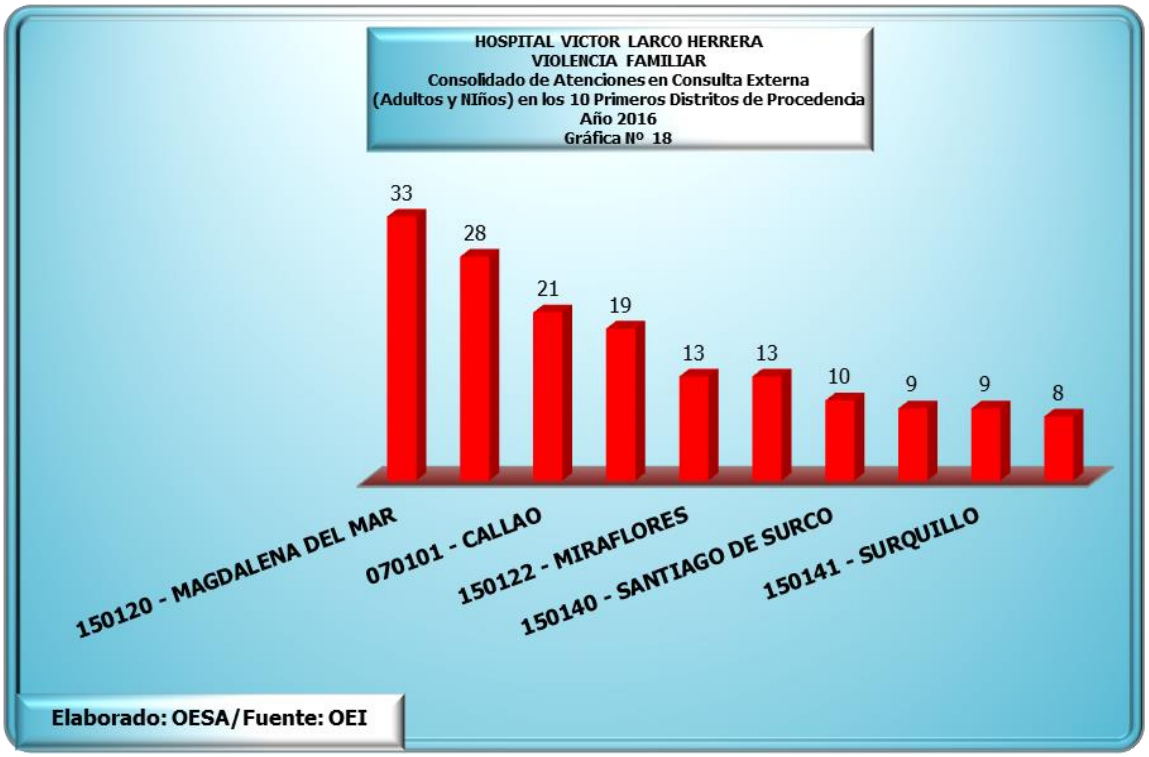
Los casos más frecuentes de violencia familiar atendidos en consulta externa de niños durante los años 2015 y 2016 es similar: Z63 Problemas Relacionados con el grupo primario de apoyo, NO relacionados con el ambiente social ni con la crianza. Sin embargo el 2016 la cantidad de pacientes continuadores se incrementó.





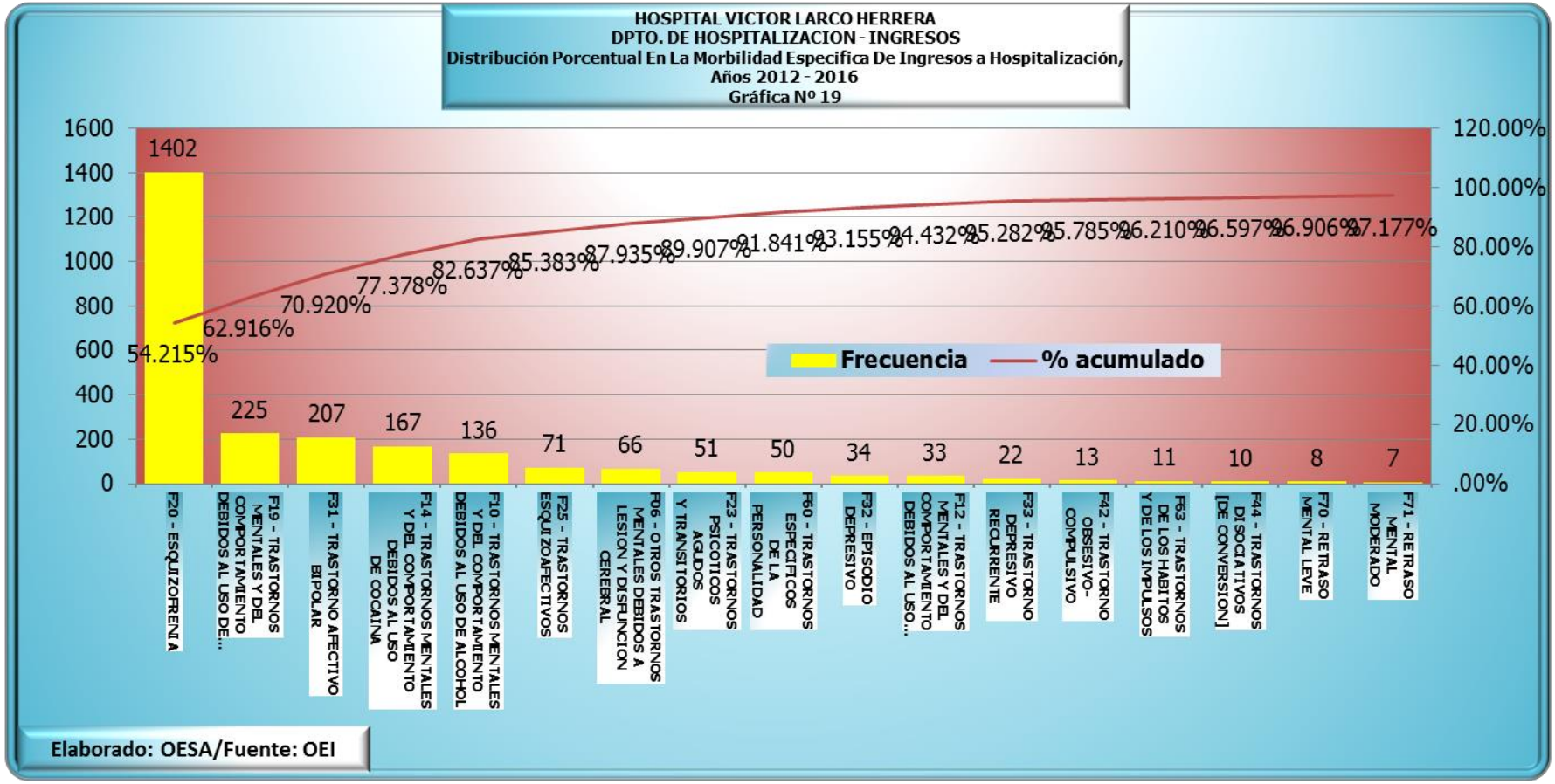
En niños y adolescentes y adultos la principal causa de atenciones por violencia familiar se sigue presentando en el grupo de problemas relacionados generados por los padres de familia, continua en forma similar en el año 2016 comparativamente con el año 2015 en el grupo etario de 60 a 64 años, además de presentar un significativo decremento respectivamente.





Durante el año 2016 continua Violencia Familiar con un ligero decremento en primer lugar el Distrito de Magdalena del Mar, a diferencia que comparado con el año 2015 San Miguel se encuentra en primer lugar respectivamente.

6.3.1.2 Hospitalización (Ingresos) (2012 – 2016)



En el diagrama de Pareto, la distribución porcentual de la morbilidad especifica de ingresos al Dpto. de Hospitalización durante el presente quinquenio, continua la Esquizofrenia en primer lugar con una frecuencia acumulada de (54.2 %), seguido en segundo lugar trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas con una F. Acum. de (62.9 %).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACION
Primeras Causas de Morbilidad en Ingresos a Hospitalización, Según Grupo Etario.
Años 2012 – 2016
Tabla Nº 13

Número	Lista de Morbilidades especificas (CIE-10)	Niñez (00-11 Años)	Adolescente (12-17 Años)	Juventud (18-29 Años)	Adulto (30-59 Años)	Adulto Mayor (60 a + Años)	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	0.00%	0.64%	36.66%	59.49%	3.21%	100.0%
2	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	0.00%	0.29%	48.89%	7.77%	0.14%	100.0%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	0.00%	0.14%	23.56%	8.35%	2.50%	100.0%
4	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	0.00%	0.00%	24.64%	54.59%	0.21%	100.0%
5	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	0.00%	0.00%	9.58%	62.87%	11.03%	100.0%
6	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	0.00%	0.00%	13.24%	36.76%	0.21%	100.0%
7	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL.	0.00%	2.82%	33.80%	53.52%	0.14%	100.0%
8	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	0.00%	4.55%	39.39%	31.82%	0.07%	100.0%
9	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0.00%	0.00%	62.75%	35.29%	0.00%	100.0%
10	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	0.00%	2.00%	18.00%	42.00%	0.21%	100.0%
11	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	0.00%	2.94%	88.24%	2.94%	3.03%	100.0%
12	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.00%	0.00%	9.09%	33.33%	0.57%	100.0%
13	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.00%	0.00%	27.27%	31.82%	0.00%	100.0%
14	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	0.00%	7.69%	38.46%	30.77%	0.07%	100.0%
15	F44 - TRASTORNOS DISOCIATIVOS [DE CONVERSION]	0.00%	0.00%	36.36%	54.55%	0.00%	100.0%
16	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	0.00%	0.00%	60.00%	20.00%	0.00%	100.0%
17	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.00%	0.00%	75.00%	12.50%	0.00%	100.0%
	Otros Diagnósticos	0.00%	0.14%	31.51%	57.53%	8.22%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

Durante el quinquenio 2012-2016 la primera causa de morbilidad en ingresos al Dpto. de Hospitalización, según grupo etario, se presenta en Esquizofrenia, en el grupo etario comprendido de 30 a 59 años (59.49 %).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACION
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que Ingresan a Hospitalización, según, variables que se indican.
Años 2012 – 2016
Tabla Nº 14

Variables en Hospitalización		2012	2013	2014	2015	2016	Total
Genero	Femenino	50.14%	51.37%	47.81%	48.85%	56.59%	50.64%
	Masculino	49.86%	48.63%	52.19%	51.15%	43.41%	49.36%
Grupo Etario	Adolescente (12-17 Años)	0.27%	1.37%	0.73%	0.38%	0.49%	0.64%
	Juventud (18-29 Años)	37.94%	36.99%	40.15%	32.06%	35.12%	36.66%
	Adulto (30-59 Años)	57.18%	59.93%	55.47%	63.74%	62.93%	59.49%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	4.61%	1.71%	3.65%	3.82%	1.46%	3.21%
Grado de Instrucción	Secundaria	62.33%	61.64%	60.58%	67.94%	68.78%	63.84%
	Primaria	17.62%	15.41%	17.52%	14.50%	12.68%	15.83%
	Superior Técnica	9.21%	4.45%	11.68%	9.92%	14.15%	9.56%
	Superior Universitaria	10.03%	17.47%	7.30%	6.11%	1.95%	9.13%
	Analfabeto	0.54%	1.03%	2.55%	0.38%	2.44%	1.28%
	OTROS (No Registró dato)	0.00%	0.00%	0.36%	1.15%	0.00%	0.29%
	Educación Especial	0.27%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.07%
Origen de la Orden de hospitalización	Procede de Consulta Externa	7.59%	21.58%	9.12%	18.32%	25.85%	15.48%
	Procede de Emergencia	92.41%	78.42%	90.88%	81.68%	74.15%	84.52%
Hospitalizaciones y Re hospitalizaciones	de 00 a 01 vez, Primer Ingreso	42.82%	51.03%	48.54%	51.91%	39.51%	46.86%
	de 02 a 10 Re Ingresos	50.68%	44.18%	45.99%	43.51%	54.15%	47.57%
	de 11 hasta 20 Re Ingresos	4.34%	3.77%	4.74%	3.44%	4.88%	4.21%
	de 21 a más Re Ingresos	2.17%	1.03%	0.73%	1.15%	1.46%	1.36%
Ingreso a Pabellones	Pab. 1 (Agudos Varones)	46.88%	48.29%	50.36%	50.00%	41.46%	47.65%
	Pab. 20 (Agudos Damas)	2.44%	1.71%	0.73%	1.91%	0.49%	1.57%
	Pab. 18 (Adicciones)	50.68%	50.00%	48.54%	48.09%	58.05%	50.71%
	Psiquiatría Forense	0.00%	0.00%	0.36%	0.00%	0.00%	0.07%
TOTAL X CADA GRUPO		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que ingresan al Dpto. de Hospitalización, durante el presente quinquenio, corresponde al género femenino (50.64 %) y dentro del grupo etario comprendido entre 30 a 59 años (59.49%).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACION
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que Ingresan a Hospitalización, según, variables que se indican.
Años 2012 – 2016
Tabla Nº 14

Variables en Hospitalización		2012	2013	2014	2015	2016	Total
Genero	Femenino	50.14%	51.37%	47.81%	48.85%	56.59%	50.64%
	Masculino	49.86%	48.63%	52.19%	51.15%	43.41%	49.36%
Grupo Etario	Adolescente (12-17 Años)	0.27%	1.37%	0.73%	0.38%	0.49%	0.64%
	Juventud (18-29 Años)	37.94%	36.99%	40.15%	32.06%	35.12%	36.66%
	Adulto (30-59 Años)	57.18%	59.93%	55.47%	63.74%	62.93%	59.49%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	4.61%	1.71%	3.65%	3.82%	1.46%	3.21%
Grado de Instrucción	Secundaria	62.33%	61.64%	60.58%	67.94%	68.78%	63.84%
	Primaria	17.62%	15.41%	17.52%	14.50%	12.68%	15.83%
	Superior Técnica	9.21%	4.45%	11.68%	9.92%	14.15%	9.56%
	Superior Universitaria	10.03%	17.47%	7.30%	6.11%	1.95%	9.13%
	Analfabeto	0.54%	1.03%	2.55%	0.38%	2.44%	1.28%
	OTROS (No Registró dato)	0.00%	0.00%	0.36%	1.15%	0.00%	0.29%
	Educación Especial	0.27%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.07%
Origen de la Orden de hospitalización	Procede de Consulta Externa	7.59%	21.58%	9.12%	18.32%	25.85%	15.48%
	Procede de Emergencia	92.41%	78.42%	90.88%	81.68%	74.15%	84.52%
Hospitalizaciones y Re hospitalizaciones	de 00 a 01 vez, Primer Ingreso	42.82%	51.03%	48.54%	51.91%	39.51%	46.86%
	de 02 a 10 Re Ingresos	50.68%	44.18%	45.99%	43.51%	54.15%	47.57%
	de 11 hasta 20 Re Ingresos	4.34%	3.77%	4.74%	3.44%	4.88%	4.21%
	de 21 a más Re Ingresos	2.17%	1.03%	0.73%	1.15%	1.46%	1.36%
Ingreso a Pabellones	Pab. 1 (Agudos Varones)	46.88%	48.29%	50.36%	50.00%	41.46%	47.65%
	Pab. 20 (Agudos Damas)	2.44%	1.71%	0.73%	1.91%	0.49%	1.57%
	Pab. 18 (Adicciones)	50.68%	50.00%	48.54%	48.09%	58.05%	50.71%
	Psiquiatría Forense	0.00%	0.00%	0.36%	0.00%	0.00%	0.07%
TOTAL X CADA GRUPO		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

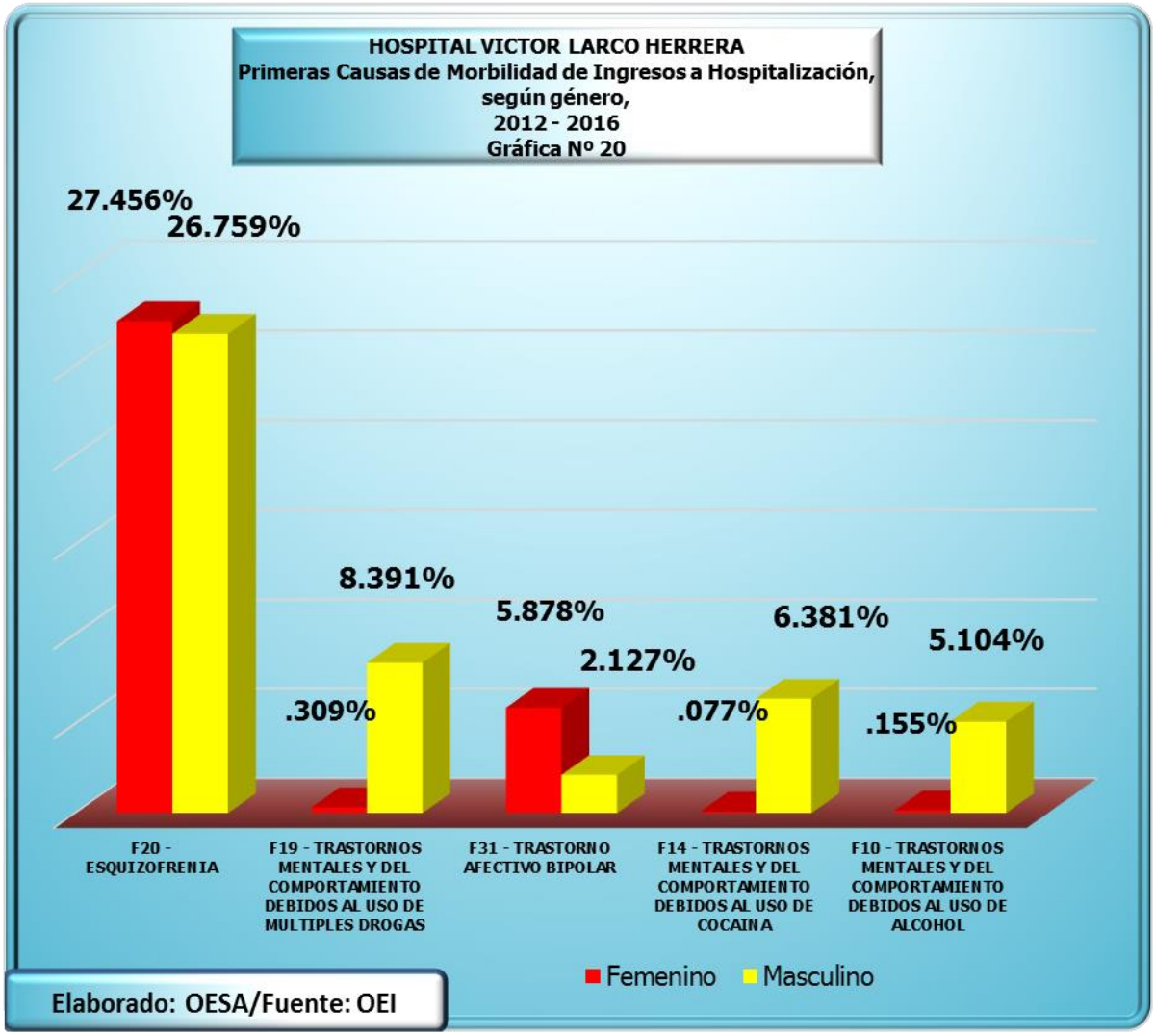
El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que ingresan al Dpto. de Hospitalización, durante el presente quinquenio, corresponde al género femenino (50.64 %) y dentro del grupo etario comprendido entre 30 a 59 años (59.49%).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACION
Tendencia Anual en Porcentaje de pacientes que Ingresaron a Hospitalización, con Diagnóstico Esquizofrenia,
según Distrito de Procedencia
Años 2012 - 2016
Tabla Nº 15

Procedencia	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
PROVINCIA DE LIMA	**73.98%**	**75.68%**	**74.09%**	**77.86%**	**78.54%**	**75.75%**
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	10.57%	8.22%	10.22%	8.40%	10.24%	9.56%
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	8.67%	8.56%	8.03%	11.07%	7.80%	8.84%
150108 - CHORRILLOS	10.03%	10.96%	8.03%	5.73%	8.29%	8.77%
150142 - VILLA EL SALVADOR	6.50%	7.19%	8.03%	10.31%	10.24%	8.20%
150101 - LIMA	3.52%	5.82%	5.47%	6.11%	1.95%	4.64%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	1.90%	2.74%	2.19%	4.96%	5.37%	3.21%
150136 - SAN MIGUEL	1.63%	3.77%	2.92%	2.29%	3.90%	2.78%
150113 - JESUS MARIA	2.44%	3.08%	1.46%	3.82%	0.98%	2.43%
150140 - SANTIAGO DE SURCO	1.63%	2.40%	3.65%	2.67%	1.46%	2.35%
150135 - SAN MARTIN DE PORRES	2.17%	1.03%	2.55%	2.29%	3.41%	2.21%
OTROS LUGARES DEL DPTO. DE LIMA	24.93%	21.92%	21.53%	20.23%	24.88%	22.75%
PROV. CONST. DEL CALLAO	**14.91%**	**15.75%**	**12.77%**	**13.74%**	**14.15%**	**14.34%**
070101 - CALLAO	11.92%	11.30%	9.85%	10.31%	9.27%	10.70%
070106 - VENTANILLA	1.90%	2.05%	1.46%	1.15%	2.44%	1.78%
0104 - LA PERLA	0.27%	1.03%	0.73%	1.15%	0.98%	0.78%
070102 - BELLAVISTA	0.54%	0.68%	0.36%	0.76%	1.46%	0.71%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.27%	0.68%	0.36%	0.38%	0.00%	0.36%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	**11.11%**	**8.56%**	**13.14%**	**8.40%**	**7.32%**	**9.91%**
Total general	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**

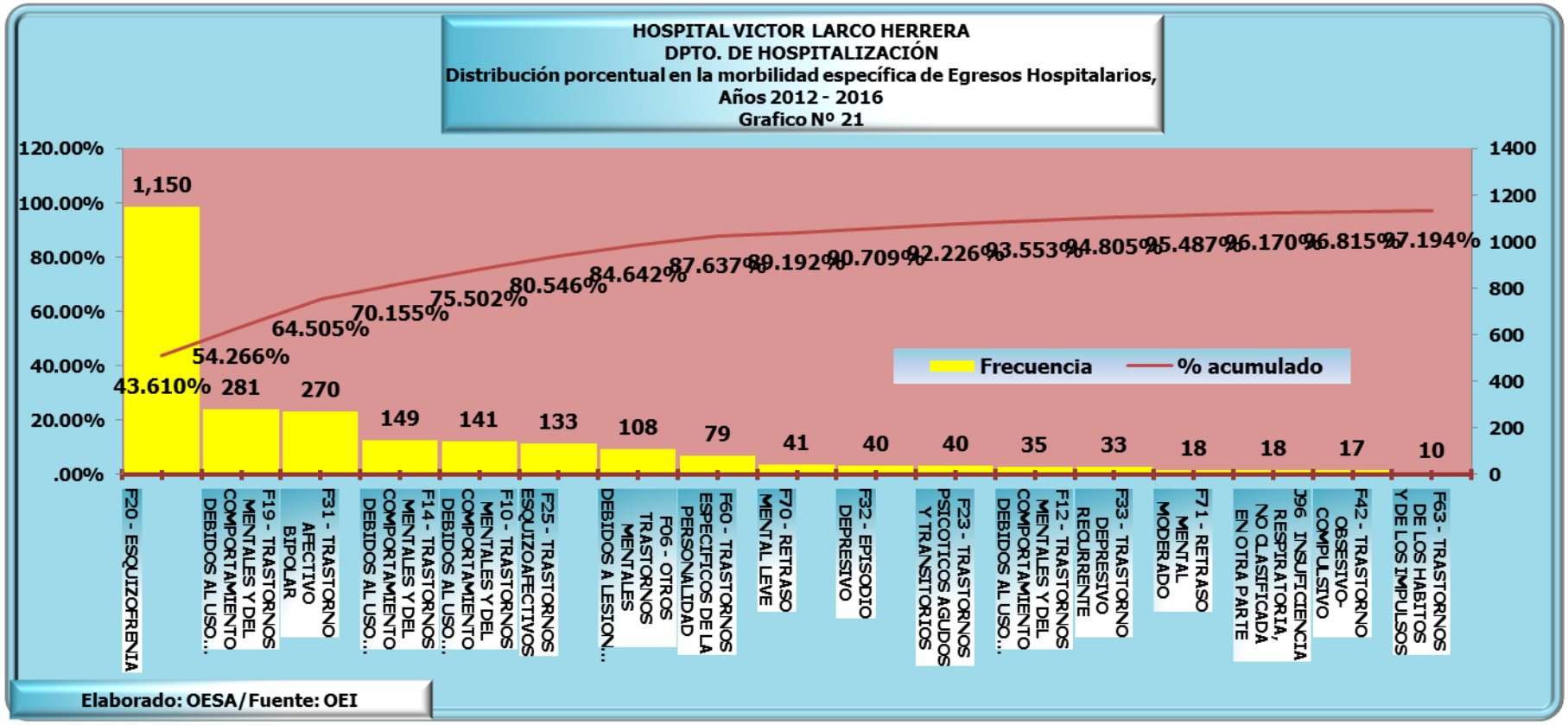
Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En el quinquenio 2012-2016, la tendencia anual de pacientes, que ingresan al Dpto. de Hospitalización, con diagnóstico de Esquizofrenia durante el presente año corresponden a los distritos de Lima (75.75 %), seguido de la Provincia Constitucional del Callao con (14.34 %), y otros lugares distintos a lima y callao (9.91 %)



Durante el quinquenio 2012-2016, la primera causa de morbilidad de Ingresos al Dpto. de Hospitalización corresponde al género femenino (27.5 %), y al género masculino con el (26.8 %) del total de ingresos, y estos ingresos corresponden a Esquizofrenia, seguido en segundo lugar del trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas del género masculino (8.4 %).

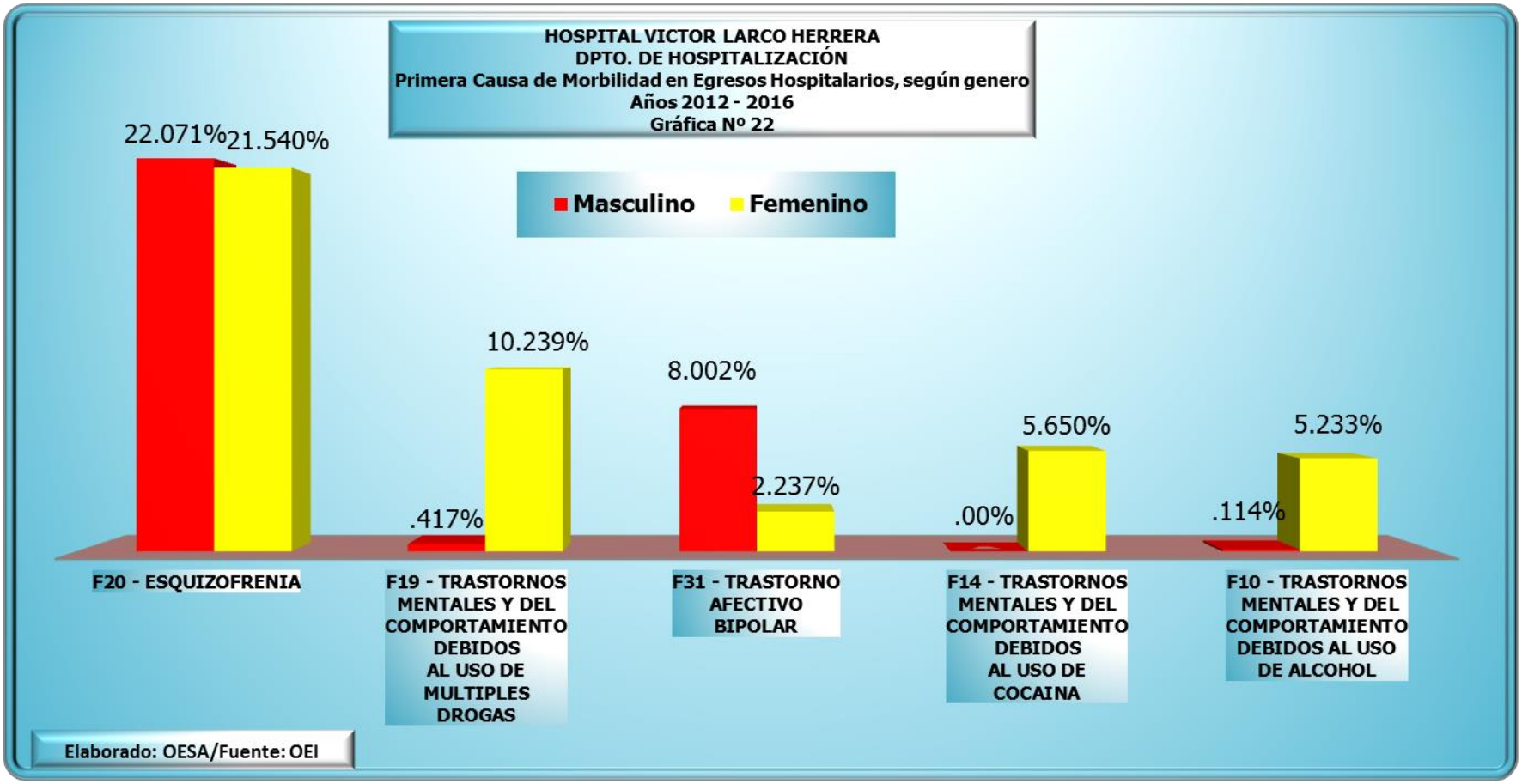
6.3.1.4 HOSPITALIZACION (Egresos) (2012 – 2016)



En el diagrama de Pareto, existe una relación directa con los ingresos hospitalarios, es decir en el rubro de egresos en este último quinquenio 2012-2016, también se muestra a la Esquizofrenia en primer lugar (F.A. 43.6 %), seguido en segundo lugar de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas (F.A. 54.3 %).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DPTO. DE HOSPITALIZACIÓN (ADICCIONES VARONES) Egresos 2012-2016 Tabla Nº 16												
Diagnóstico	Año 2012	%	Año 2013	%	Año 2014	%	Año 2015	%	Año 2016	%	Total general	%
F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS.	24	19.83%	21	16.41%	46	41.82%	62	52.99%	67	65.05%	220	38.00%
F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	50	41.32%	42	32.81%	29	26.36%	15	12.82%	11	10.68%	147	25.39%
F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	29	23.97%	38	29.69%	24	21.82%	20	17.09%	18	17.48%	129	22.28%
F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	10	8.26%	7	5.47%	3	2.73%	8	6.84%	1	0.97%	29	5.01%
F20 - ESQUIZOFRENIA	2	1.65%	10	7.81%	4	3.64%	3	2.56%	0	0.00%	19	3.28%
F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	3	2.48%	1	0.78%	1	0.91%	5	4.27%		0.00%	10	1.73%
F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1	0.83%	2	1.56%	1	0.91%	1	0.85%	4	3.88%	9	1.55%
F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1	0.83%	3	2.34%	1	0.91%	1	0.85%		0.00%	6	1.04%
F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS		0.00%	1	0.78%		0.00%	2	1.71%	2	1.94%	5	0.86%
Otros DIAGNOSTICOS	1	0.83%	3	2.34%	1	0.91%	0	0.00%	0	0.00%	5	0.86%
Total general	121	100.00%	128	100.00%	110	100.00%	117	100.00%	103	100.00%	579	100.00%

En cuanto a egresos hospitalarios en el quinquenio 2012-2016, en el rubro de adicciones se presenta en mayoría a los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas en primer lugar en promedio entre 38 a 39 % del total de egresos en esos cinco años.



La primera causa de morbilidad en egresos hospitalarios en el quinquenio 2012-2016, según genero se muestra al género masculino (22.1%), con el diagnóstico de esquizofrenia, y en el género femenino con el (21.5 %) con respecto al total general de egresos hospitalarios respectivamente.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACIÓN
Primera Causa de Morbilidad de Egresos Hospitalarios, según Grupo Etario
Años 2012 – 2016
Tabla Nº 17

Número	Lista de Morbilidades especificas (CIE-10)	Adolescente (12-17 Años)	Juventud (18-29 Años)	Adulto (30-59 Años)	Adulto Mayor (60 a + Años)	Total general
1	F20 - ESQUIZOFRENIA	0.42%	15.55%	26.39%	1.25%	43.61%
2	F19 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	0.19%	4.93%	5.42%	0.11%	10.66%
3	F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	0.11%	2.43%	6.41%	1.29%	10.24%
4	F14 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	0.04%	1.55%	3.98%	0.08%	5.65%
5	F10 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	0.04%	0.76%	3.94%	0.61%	5.35%
6	F25 - TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS	0.00%	1.25%	3.53%	0.27%	5.04%
7	F06 - OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	0.08%	1.21%	2.62%	0.19%	4.10%
8	F60 - TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	0.00%	1.90%	1.06%	0.04%	3.00%
9	F70 - RETRASO MENTAL LEVE	0.08%	0.95%	0.53%	0.00%	1.55%
10	F32 - EPISODIO DEPRESIVO	0.00%	0.57%	0.76%	0.19%	1.52%
11	F23 - TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	0.08%	0.83%	0.53%	0.08%	1.52%
12	F12 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOID	0.08%	0.99%	0.27%	0.00%	1.33%
13	F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	0.04%	0.04%	0.64%	0.53%	1.25%
14	F71 - RETRASO MENTAL MODERADO	0.04%	0.34%	0.27%	0.04%	0.68%
15	J96 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	0.00%	0.00%	0.23%	0.46%	0.68%
16	F42 - TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	0.00%	0.30%	0.34%	0.00%	0.64%
17	F63 - TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS	0.00%	0.15%	0.19%	0.04%	0.38%
	Otros Diagnósticos	0.08%	0.83%	1.06%	0.83%	2.81%
	Total general	**1.25%**	**34.58%**	**58.17%**	**5.99%**	**100.00%**

En la tabla 17, se encuentra que la esquizofrenia está en el primer lugar con el 43.61 %, y se presenta con mayor frecuencia en los adultos de las edades entre 30/8 a 59 años con el 26.39 % del total general de egresos hospitalarios que se produjeron en este periodo, seguido de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas con el 10.66 % además que en este diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en las edades también de 5.42 %.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACIÓN
Egresos Hospitalarios con diagnóstico Esquizofrenia, según variables que se indican
Años 2012 al 2016
Tabla Nº 18

Variables Socio Demográficas y de Permanencia		2012	2013	2014	2015	2016	Total
Genero	Masculino	46.26%	46.98%	40.57%	38.08%	35.23%	49.39%
	Femenino	53.74%	46.26%	43.77%	31.67%	26.69%	50.61%
Grupo Etario	Adolescente (12-17 Años)	1.07%	2.29%	0.42%	0.00%	0.57%	0.96%
	Juventud (18-29 Años)	37.72%	38.55%	37.97%	30.61%	30.46%	35.65%
	Adulto (30-59 Años)	58.36%	56.87%	58.65%	65.82%	66.09%	60.52%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	2.85%	2.29%	2.95%	3.57%	2.87%	2.87%
Forma o Tipo de Egreso	ALTA MEDICA	95.37%	97.33%	98.73%	100.00%	95.98%	97.39%
	ALTA ADMINISTRATIVA	4.63%	2.67%	0.84%	0.00%	3.45%	2.43%
	DEFUNCIONES	0.00%	0.00%	0.42%	0.00%	0.57%	0.17%
Tiempo de Permanencia de los Egresos	00 a 30 días	28.11%	19.47%	27.00%	28.57%	28.16%	26.00%
	31 a 60 días	5.34%	3.82%	2.95%	2.55%	2.87%	3.65%
	61 a 90 días	31.67%	34.73%	33.33%	37.76%	33.33%	34.00%
	91 a 120 días	18.86%	22.90%	21.10%	15.31%	15.52%	19.13%
	121 a 150 días	7.47%	6.49%	4.22%	6.12%	8.62%	6.52%
	de 151 días a mas	8.54%	12.60%	11.39%	9.69%	11.49%	10.70%
Egresos por Pabellones	Pab. 1	52.67%	44.66%	50.63%	41.84%	41.95%	46.96%
	Pab. 2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	Pab. 4	0.36%	0.76%	0.00%	1.02%	0.57%	0.52%
	Pab. 5	0.00%	0.38%	0.00%	0.00%	1.15%	0.26%
	Pab. 9	0.36%	0.00%	0.00%	0.00%	0.57%	0.17%
	Pab. 12	0.00%	0.00%	0.42%	0.51%	0.00%	0.17%
	Pab. 18	0.71%	3.82%	1.69%	1.53%	0.00%	1.65%
	Pab. 20	45.91%	50.00%	46.41%	54.59%	54.60%	49.74%
	Psiquiatría Forense	0.00%	0.00%	0.42%	0.51%	0.00%	0.17%
	UCEG-7G	0.00%	0.38%	0.42%	0.00%	0.57%	0.26%
TOTAL X CADA GRUPO		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

Durante el quinquenio 2012-2016, los egresos hospitalarios se presentan en un mayor porcentaje en el género femenino 50.61 %. En especial en el grupo etario comprendido entre 30 y 59 años 60.52 %. El mayor porcentaje de egresos se presenta en el Pabellón 20 (49.74%), seguido del Pabellón Nº 1 con 46.96 %.

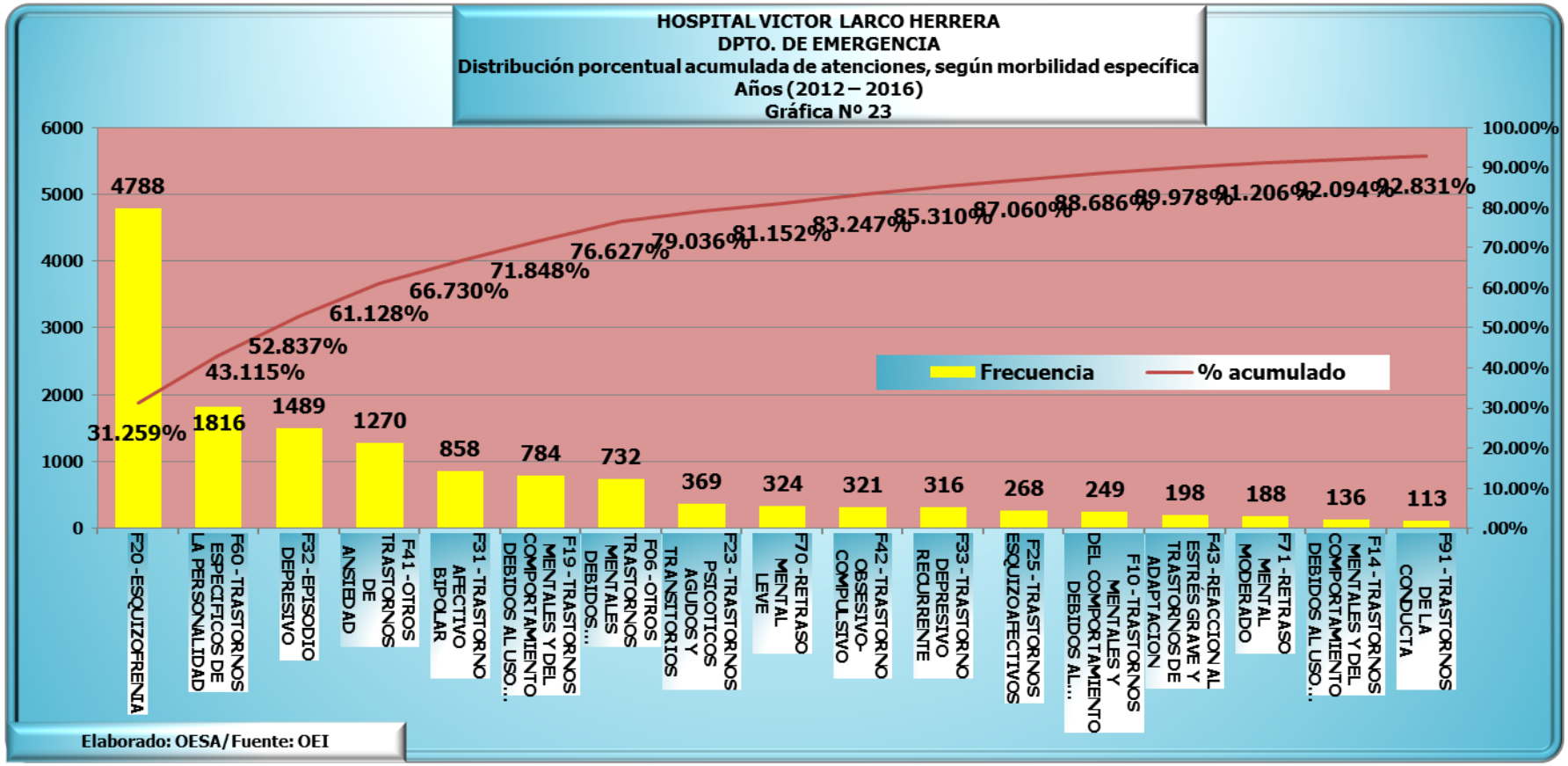
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE HOSPITALIZACIÓN
Tendencia Anual en Porcentaje de Egresos Hospitalarios, con Diagnóstico Esquizofrenia, según Distrito de Procedencia.
Años 2012 al 2016
Tabla Nº 19

Lugares de Procedencia	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
PROVINCIA DE LIMA	**80.07%**	**76.72%**	**78.06%**	**77.55%**	**77.59%**	**78.09%**
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	8.90%	10.31%	9.70%	9.18%	11.49%	9.83%
150108 - CHORRILLOS	11.39%	11.83%	8.02%	7.65%	9.20%	9.83%
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	10.32%	8.78%	11.39%	9.69%	8.05%	9.74%
150142 - VILLA EL SALVADOR	8.90%	9.16%	9.28%	11.73%	8.62%	9.48%
150136 - SAN MIGUEL	4.27%	3.05%	5.06%	3.57%	2.87%	3.83%
150101 - LIMA	2.14%	2.29%	2.95%	6.12%	6.32%	3.65%
150141 - SURQUILLO	3.56%	2.29%	2.53%	3.06%	3.45%	2.96%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	1.78%	5.34%	2.53%	2.04%	2.30%	2.87%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	1.07%	1.15%	4.22%	3.57%	1.15%	2.17%
150121 - MAGDALENA VIEJA	1.78%	1.91%	2.53%	3.57%	0.57%	2.09%
OTROS DISTRITOS DEL DPTO. DE LIMA	25.98%	20.61%	19.83%	17.35%	23.56%	21.65%
PROV. CONST. DEL CALLAO	**14.59%**	**15.27%**	**12.66%**	**15.82%**	**16.67%**	**14.87%**
070101 - CALLAO	7.47%	11.07%	8.86%	12.76%	8.05%	9.57%
070106 - VENTANILLA	3.20%	1.53%	2.11%	2.55%	4.60%	2.70%
070102 - BELLAVISTA	2.85%	0.38%	1.27%	0.00%	2.87%	1.48%
070104 - LA PERLA	0.71%	1.15%	0.00%	0.51%	1.15%	0.70%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.36%	1.15%	0.42%	0.00%	0.00%	0.43%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	**5.34%**	**8.02%**	**9.28%**	**6.63%**	**5.75%**	**7.04%**
Total general	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**

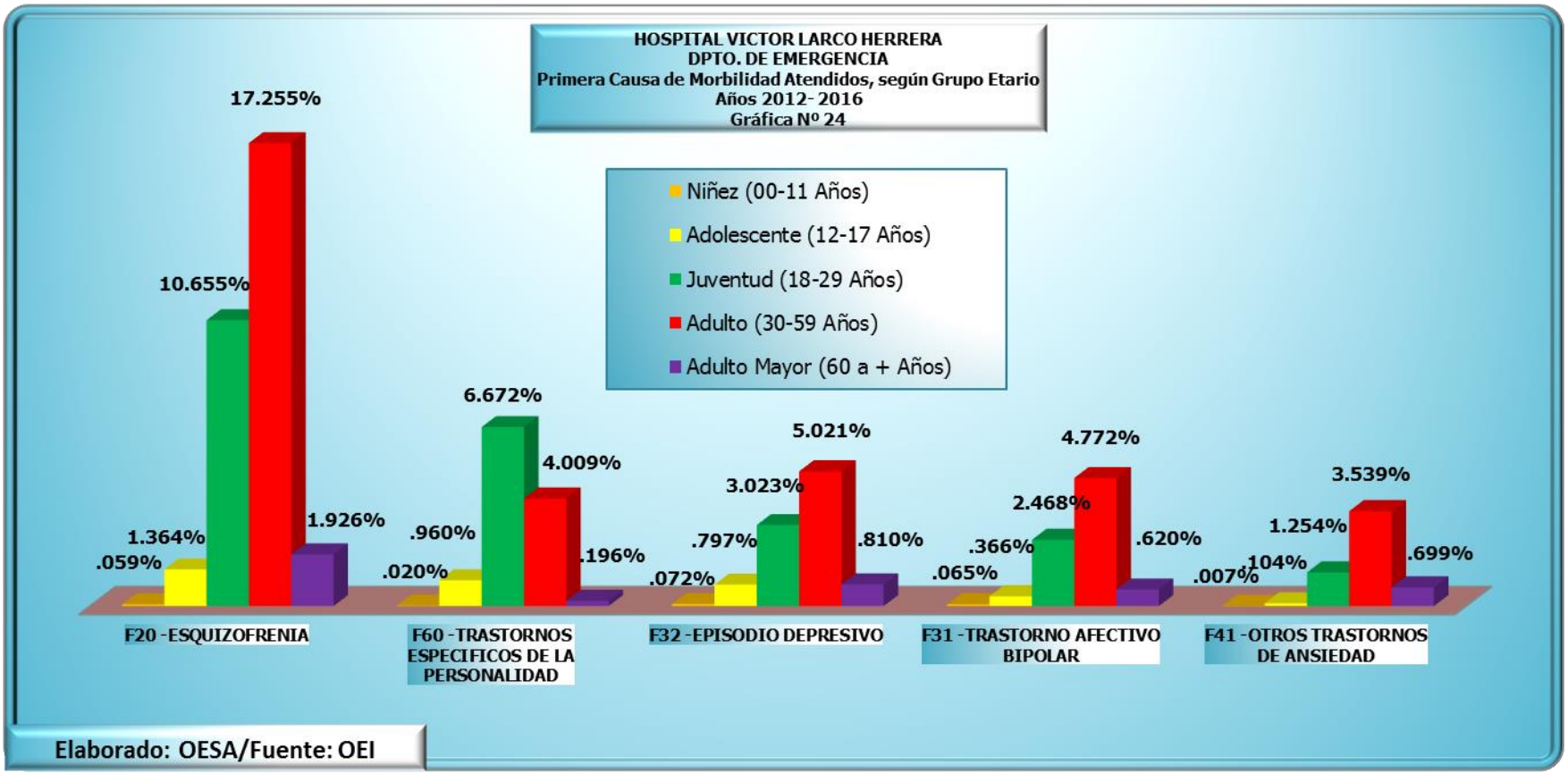
Elaborado: OESA/Fuente: OEI

En el presente cuadro se observa que el 78.09 % del total general proceden de la Provincia de Lima, en segundo lugar está la Provincia Constitucional del Callao con el 14.87 %, y en tercer lugar con el 7.04 %

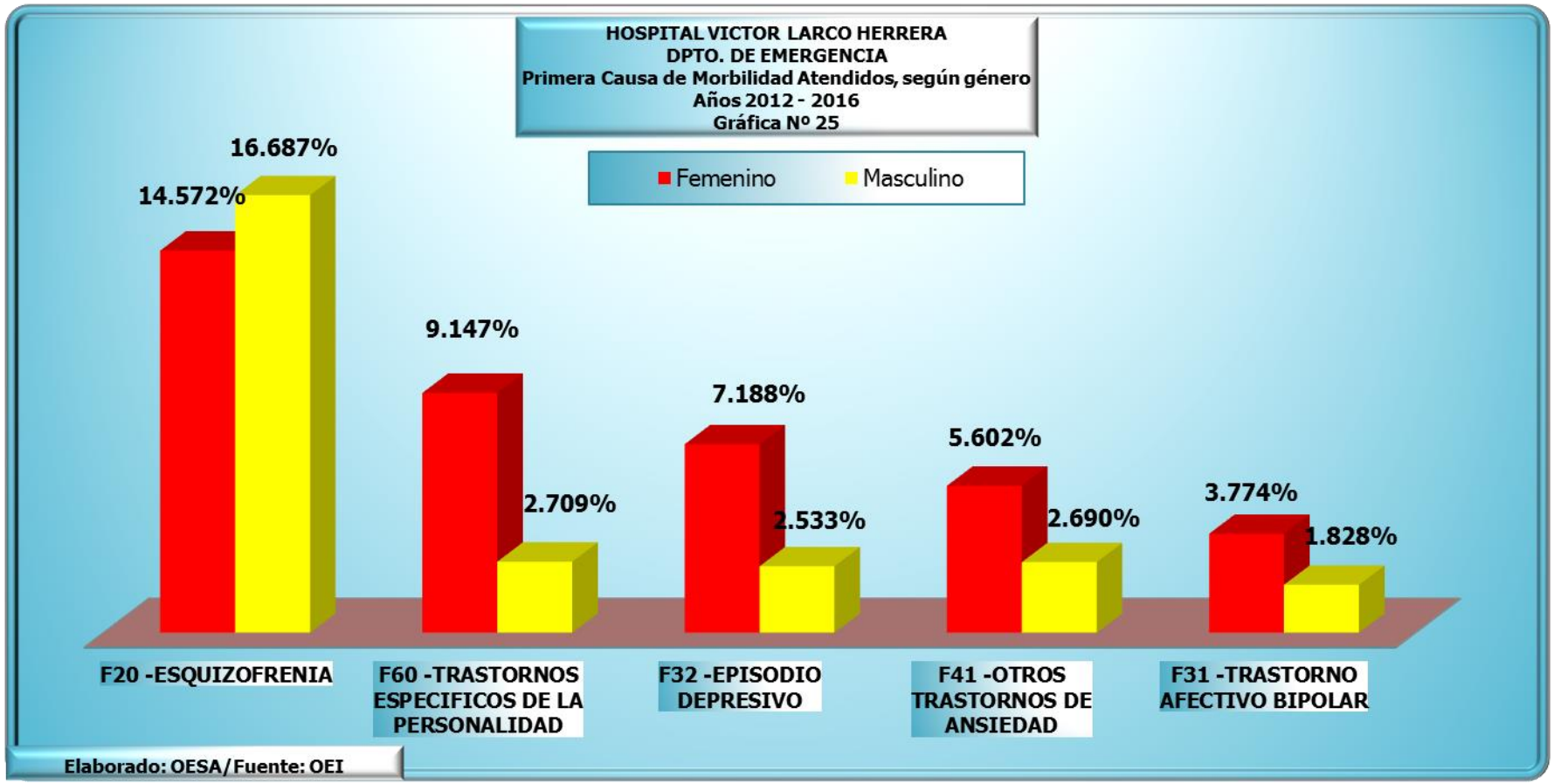
6.3.1.5 De Emergencia (2012 – 2016)



En el diagrama de Pareto, la distribución porcentual acumulada de atenciones quinquenio 2012- 2016, según morbilidad especifica en el Dpto. de Emergencia se sigue presentando la Esquizofrenia en primer lugar, en estos últimos cinco años.



En la Gráfica Nº 24, durante el quinquenio 2012- 2016, se aprecia que la Esquizofrenia, se presenta el grupo etario de 30 a 59 años con mayor frecuencia (17.26 %) con respecto al total general, además de ser una de las primeras causas de morbilidad, seguido de trastornos específicos de la personalidad (6.67 %) respectivamente.



En el quinquenio 2012-2016 la primera causa de morbilidad de atendidos en el Dpto. de Emergencia se presenta en el género masculino (16.69 %), con el diagnostico de Esquizofrenia, y con el 14.57 % el género Femenino respecto al total general de atenciones en Emergencia respectivamente.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE EMERGENCIA
Porcentaje de pacientes que ingresan a Emergencia, con Diagnostico Esquizofrenia, según variables que se indican
Años 2012 al 2016
Tabla Nº 20

Variables		2012	2013	2014	2015	2016	Total
Genero	FEMENINO	44.01%	46.64%	50.61%	45.55%	46.20%	46.62%
	MASCULINO	55.99%	53.36%	49.39%	54.45%	53.80%	53.38%
Grupo Etario	Niñez (00-11 Años)	0.00%	0.22%	0.11%	0.43%	0.09%	0.19%
	Adolescente (12-17 Años)	6.33%	3.80%	5.30%	3.42%	3.71%	4.37%
	Juventud (18-29 Años)	34.99%	34.90%	33.70%	33.05%	34.23%	34.09%
	Adulto (30-59 Años)	54.10%	55.26%	53.48%	56.68%	55.75%	55.20%
	Adulto Mayor (60 a + Años)	4.58%	5.82%	7.40%	6.42%	6.22%	6.16%
Estado Civil	SOLTERO(A)	5.79%	8.84%	7.07%	5.91%	5.29%	6.52%
	CASADO(A)	5.25%	6.04%	3.76%	5.39%	6.03%	5.33%
	OTROS (No reportaron)	1.08%	1.45%	1.66%	1.46%	0.83%	1.29%
	CONVIVIENTE	4.85%	2.80%	3.87%	4.62%	2.23%	3.63%
	DIVORCIADO(A)	82.64%	79.75%	82.87%	81.42%	84.69%	82.31%
	VIUDO(A)	0.40%	1.12%	0.77%	1.20%	0.93%	0.92%
Tiempo de Permanencia	de 0 A 72 Horas	84.12%	86.13%	92.04%	92.98%	92.49%	90.04%
	Mayor de 72 Horas	15.88%	13.87%	7.96%	7.02%	7.51%	9.96%
TOTAL X CADA GRUPO		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

El mayor porcentaje de ingresos en el Dpto. de Emergencia con el diagnóstico de Esquizofrenia durante el último quinquenio 2012-2016, es en el género masculino (53.38%), en contraste con el género femenino en el orden del 46.62 %. y en el grupo etario comprendido entre 30 y 59 años (54.20 %).

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DPTO. DE EMERGENCIA
Tendencia Anual en Porcentaje de pacientes que ingresan a Emergencia, con Diagnóstico Esquizofrenia, según Distrito de Procedencia.
Años 2012 al 2016
Tabla Nº 21

Procedencia	2012	2013	2014	2015	2016	Total General
PROVINCIA DE LIMA	**80.9%**	**80.4%**	**79.8%**	**76.4%**	**79.2%**	**79.1%**
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	9.7%	10.2%	10.6%	10.4%	10.3%	10.3%
150108 - CHORRILLOS	8.1%	10.4%	8.7%	8.0%	7.3%	8.4%
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	6.6%	8.4%	9.6%	7.2%	8.1%	8.0%
150142 - VILLA EL SALVADOR	6.7%	7.0%	6.2%	8.1%	9.7%	7.7%
150101 - LIMA	4.3%	5.1%	8.4%	9.5%	8.1%	7.4%
150136 - SAN MIGUEL	4.0%	3.9%	4.6%	3.3%	4.4%	4.0%
150141 - SURQUILLO	4.6%	4.6%	4.0%	2.3%	2.2%	3.4%
150140 - SANTIAGO DE SURCO	3.1%	3.6%	4.3%	2.7%	2.4%	3.2%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	3.1%	2.0%	3.0%	3.0%	3.5%	2.9%
150132 - SAN JUAN DE LURIGANCHO	4.2%	2.7%	1.7%	2.2%	3.3%	2.8%
OTROS LUGARES DEL DPTO. DE LIMA	26.5%	22.5%	18.7%	19.6%	19.9%	21.1%
PROV. CONST. DEL CALLAO	**13.9%**	**14.7%**	**13.1%**	**17.7%**	**14.3%**	**14.9%**
070101 - CALLAO	12.2%	11.5%	11.4%	13.9%	12.1%	12.3%
070106 - VENTANILLA	0.9%	1.5%	1.0%	2.1%	0.9%	1.3%
070104 - LA PERLA	0.3%	0.9%	0.4%	0.9%	0.5%	0.6%
070102 - BELLAVISTA	0.3%	0.3%	0.2%	0.5%	0.5%	0.4%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0.1%	0.4%	0.0%	0.3%	0.4%	0.3%
070105 - LA PUNTA	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	**5.2%**	**4.9%**	**7.1%**	**5.9%**	**6.5%**	**6.0%**
Total general	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**

Elaborado: OESA/Fuente: OEI

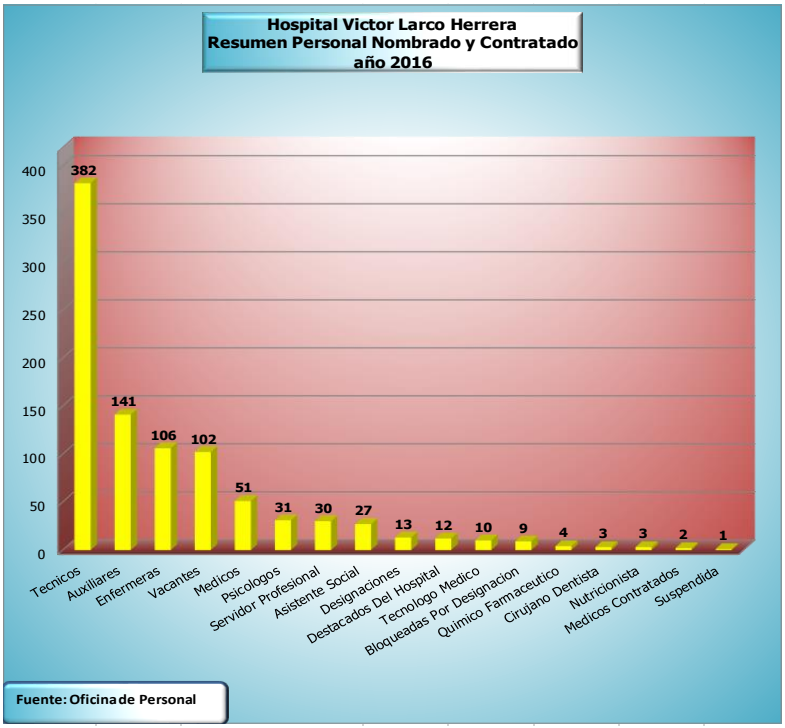
En Lima Metropolitana durante el quinquenio 2012-2016, el mayor porcentaje de pacientes que ingresan al Dpto. de Emergencia Proceden del Distrito de San Juan de Miraflores (10.3%) y en general de Provincia de Lima (79.1 %)y en la Provincia Constitucional del Callao el mayor porcentaje que ingresan al Dpto. de Emergencia se presentan el Distrito del Callao.(14.9%), otras provincia distintas a Lima y Callao. (6.0 %).

6.4 Análisis de la Oferta Hospitalaria.

Comprende el Recurso Humano, los servicios, infraestructura, camas, especialidades médicas y traslado interno de Residuos Sólidos.

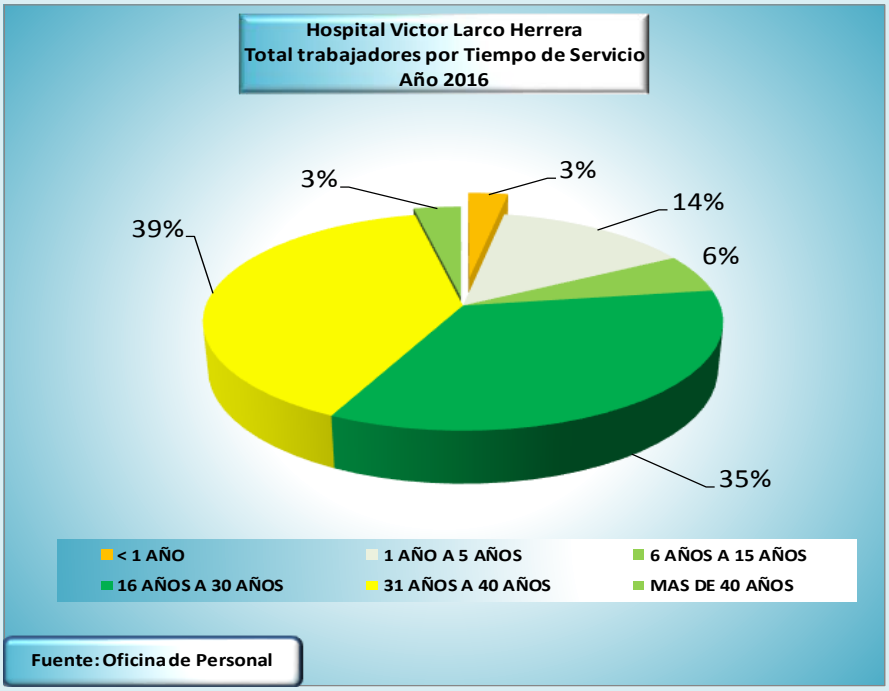
6.4.1 Recurso Humano

Hospital Victor Larco Herrera RESUMEN PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO PERIODO 2016	
RESUMEN GENERAL	
Tecnicos	382
Auxiliares	141
Enfermeras	106
Vacantes	102
Medicos	51
Psicologos	31
Servidor Profesional	30
Asistente Social	27
Designaciones	13
Destacados Del Hospital	12
Tecnologo Medico	10
Bloqueadas Por Designacion	9
Quimico Farmaceutico	4
Cirujano Dentista	3
Nutricionista	3
Medicos Contratados	2
Suspendida	1
TOTAL GENERAL	927



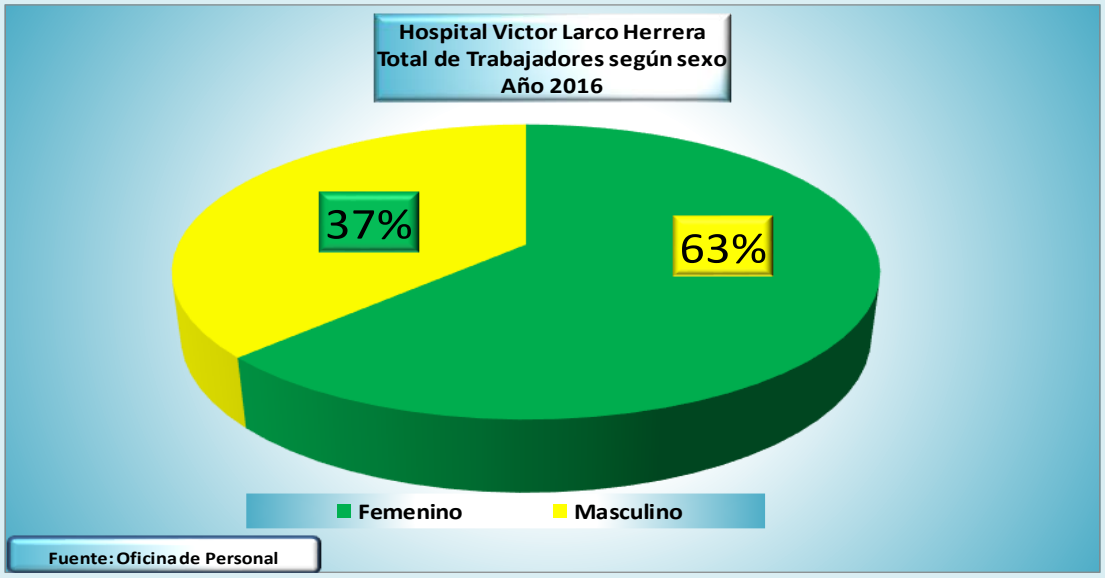
En la grafica se aprecia que la constitucion del personal del hospital "Victor Larco Herrera", en su mayoria son Servidoress tecnicos en primer lugar segudo de profesionales de la salud y otros profesionales, y peronal Auxiliar respectivamente.

Hospital Victor Larco Herrera Total trabajadores por Tiempo de Servicio Año 2016	
< 1 AÑO	24
1 AÑO A 5 AÑOS	115
6 AÑOS A 15 AÑOS	46
16 AÑOS A 30 AÑOS	282
31 AÑOS A 40 AÑOS	320
MAS DE 40 AÑOS	28
TOTAL	815



En la grafica se aprecia que el personal Nombrado y Contratado, 320 trabajadores tienen entre 16 a 30 años de permanencia (39 %), seguido de 282(35 %) entre 31 a 40 años de permanencia, No se esta tomando en cuenta las plazas vacantes , Plazas Bloqueadas y la plaza suspendida

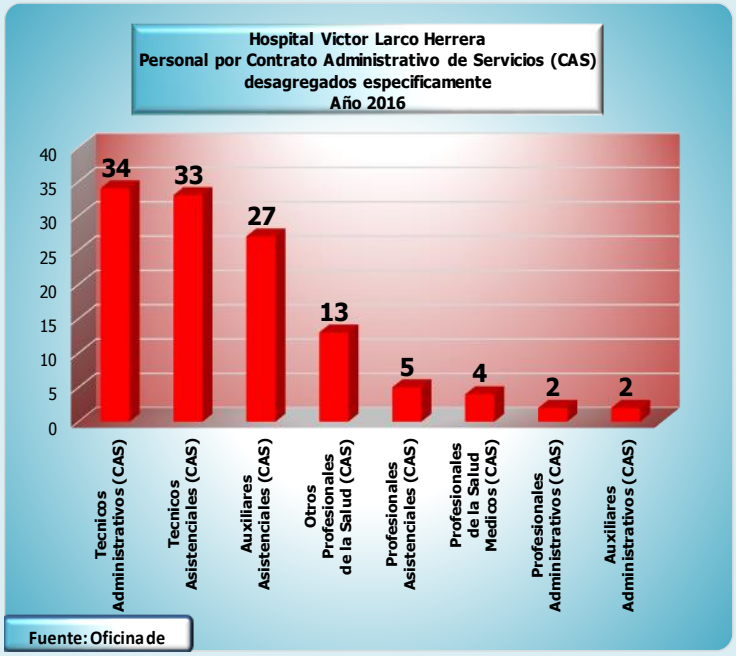
Hospital Victor Larco Herrera Total de Trabajadores según sexo Año 2016		
Femenino	Masculino	Total
512	303	815



En la grafica se aprecia que del total de trabajadores de nuestra Institucion, se observa que el 63 % corresponde al genero femenino, en contraste con el 37 % que son del genero masculino, respectivamente.

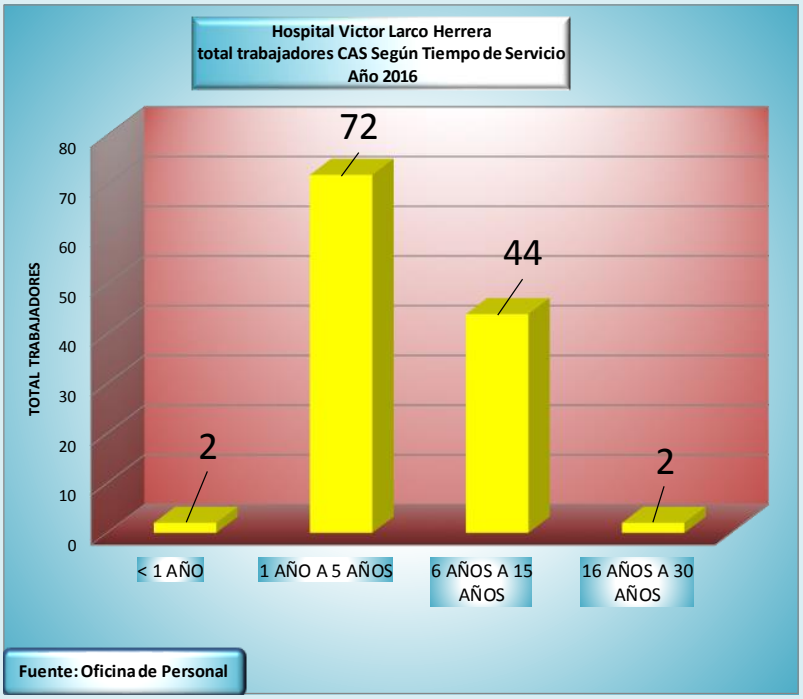
Hospital Victor Larco Herrera
Personal por Contrato Administrativo de Servicios (CAS)
desagregados especificamente
Año 2016

descipcion	cantidad
Tecnicos Administrativos (CAS)	34
Tecnicos Asistenciales (CAS)	33
Auxiliares Asistenciales (CAS)	27
Otros Profesionales de la Salud (CAS)	13
Profesionales	5
Profesionales de la Salud Medicos (CAS)	4
Profesionales Administrativos (CAS)	2
Auxiliares Administrativos (CAS)	2
total	120



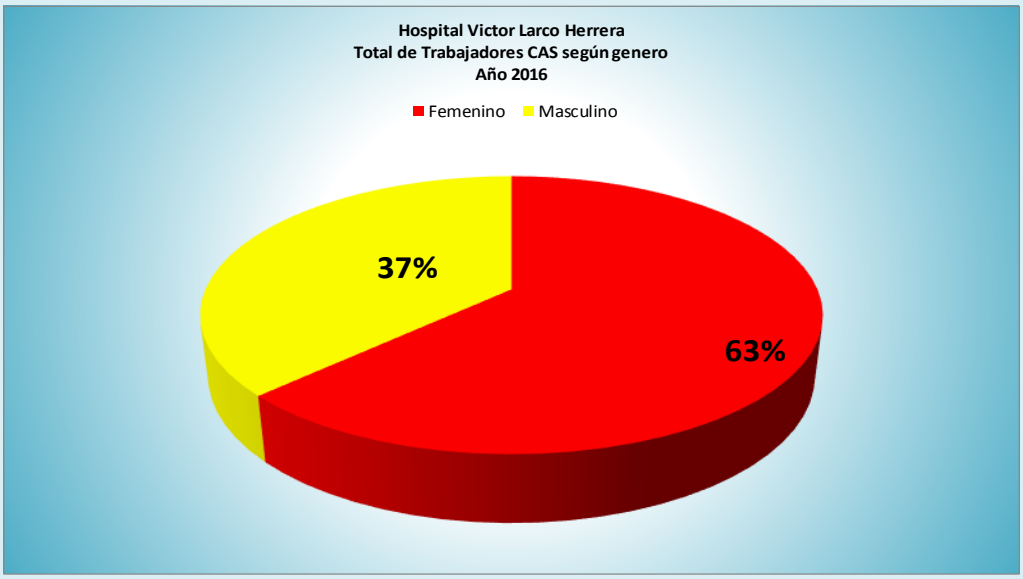
En la grafica se aprecia que de total de 120 trabajadors CAS predominas los tecnicos asistenciales y administrativos (67), seguido de auxiliares asistenciales y administrativos con 29 y finalmente 24 corresponden a profesionales de la salud y profesionales administrativos, respectivamente.

Hospital Victor Larco Herrera total trabajadores CAS Según Tiempo de Servicio Año 2016	
< 1 AÑO	2
1 AÑO A 5 AÑOS	72
6 AÑOS A 15 AÑOS	44
16 AÑOS A 30 AÑOS	2
31 AÑOS A 40 AÑOS	0
MAS DE 40 AÑOS	0
TOTAL	**120**



En la grafica se presenta a 72 trabajadores CAS, con un tiempo de servicios que oscilan entre 1 año y 5 años, en segundo lugar 44 cuentan con un tiempo de permanencia de 6 a 15 años, y por ultimo hay 2 con un año de servicios, y 2 con 16 a 30 años respectivamente.

Hospital Victor Larco Herrera Total de Trabajadores CAS según genero Año 2016		
FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
53	67	120



De la conformacion de Recursos Humanos el porcentaje mas alto corresponde al genero Femenino y el porcentaje mas bajo al genero Masculino, no se esta tomando en cuenta las plazas vacantes y plazas suspendida

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

6.4.2 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

6.4.2.1 INFORME DE RESULTADO DE MEDICION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (SERVQUAL)-2016

ELABORADO POR:

Med. José Del Carmen Farro Sánchez.

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

REVISADO POR:

Med. Psq. Carlos Alexis Salgado Valenzuela

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

INDICE

I. INTRODUCCIÒN

II. OBJETIVOS

III. AMBITO DE APLICACION

IV. POBLACIÒN

V. METODOLOGIA

5.1.- Selección de encuestadores

5.2.- Descripción del instrumento

5.3.- Instrumento de medición

5.4.- Forma de aplicación y procesamiento de datos

VI.- RESULTADOS

I.INTRODUCCIÓN:

La satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en la evaluación de la calidad y ésta se realiza mediante mediciones, en base a encuestas que nos servirán para el mejoramiento continuo de la calidad, aquí el usuario expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario, al hacer el seguimiento observamos las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada.

El 30 de marzo del 2014 con Decreto Supremo Nº 005-2014-SA se define las metas institucionales a través de indicadores de desempeño con el compromiso de mejora en los servicios de todos los establecimientos de salud en el cual el indicador para satisfacción de usuario es de 85% a más.

Es por ello que, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera" siguiendo los lineamientos de calidad del Ministerio de Salud y los ejes de trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) donde el **EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO** ha planteado en su objetivo específico 3.5: .Retroalimentar las Intervenciones basado en los requerimientos del Paciente y su acompañante (Mediciones de la Satisfacción de Usuarios), estrategia que permitirá garantizar el derecho de recibir calidad de atención con oportunidad y eficacia. La metodología SERVQUAL es una herramienta que permitirá que a través de los resultados obtenidos se identifiquen los procesos críticos y se inicie las acciones de mejora en la calidad de la atención de nuestros usuarios.

II.OBJETIVO

Evaluar la satisfacción de los usuarios externos en los diferentes servicios asistenciales del Hospital "Víctor Larco Herrera" a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicios de salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Emergencia, Hospitalización y Consulta externa (Departamento de Salud mental y comunitaria - Departamento de Niños y Adolescentes) del Hospital "Víctor Larco Herrera"

IV. POBLACIÓN

Población Emergencia: La población fue determinada por el número de usuarios atendidos en el segundo trimestre del Departamento de Emergencia.

El estudio fue llevado a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Para aplicar la encuesta se dividió el número de atendidos en la última semana entre el tamaño de la muestra obtenida, con el cual se estableció cada cuantos usuarios se debería entrevistar.

39/352= 0.1 = 0

En la última semana en el Departamento de Emergencia se atendieron: 39 usuarios

N° de usuarios atendidos la última semana = 39 /7= 5.57/ día

Tamaño de muestra obtenida: 352.26 / 5.57 = 63.24

Se entrevistó a todos los familiares de los usuarios que ingresaron al Departamento de Emergencia.

Población Hospitalización: La población fue determinada por el número de egresos en el último mes de los diferentes pabellones de hospitalización.

Población Adultos (Salud mental y comunitaria): La población fue determinada por el número de usuarios externos atendidos en el último trimestre (II trimestre 2016) de la consulta externa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria. La población encuestada fue de 321, de una población de 1956 atendidos en el servicio de Consulta externa.

Población Niños: La población fue determinada por el número de usuarios externos atendidos en el último trimestre (II trimestre 2016) de la consulta externa del

Departamento de Niños y Adolescentes. La población encuestada fue de 249, de una población de 709 atendidos en el servicio de Consulta externa.

METODOLOGIA:

Se realizó la evaluación de los resultados obtenidos en las encuestas del Departamento de Emergencia, hospitalización, Dpto. salud mental y comunitaria y Dpto. Psiquiatría de Niños y Adolescentes, para obtener la satisfacción de los usuarios que acuden a esos servicios.

7.1. Selección de encuestadores

a. Se solicitó la contratación de 01 encuestador con experiencia en encuestas con conocimiento y manejo de Office 2010.

b. Se realizó la capacitación (teórica y práctica) según la Guía del Encuestador, donde cada encuestador cumplió con los siguientes aspectos:

- Conocer de la metodología
- Conocer de la Guía del Encuestador.
- Conocer la estructura de la encuesta.
- Comprender el contenido de las preguntas.

c. Entregando a cada encuestador:

- Un tablero para llevar y llenar las encuestas.
- Lapiceros.
- Fotocheck consignando el nombre del encuestador.
- Encuesta SERVQUAL modificada.

d. La supervisión del control de Calidad de la encuesta fue realizada por el Med. Psq. Carlos Alexis Salgado Valenzuela, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital.

7.2. Descripción del Instrumento

Criterios de selección

Se encuestó a aquellos usuarios o familiares que fueron atendidos en el establecimiento de salud o en el servicio médico de apoyo considerando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

a) Criterios de Inclusión

- Paciente o acompañante de ambos sexos.
- Paciente o acompañante mayor a 18 años de edad.
- Paciente o acompañante que desee participar.

b) Criterios de Exclusión

- **A**compañante menor de 18 años.
- Paciente o acompañante que por alguna discapacidad no pueda expresar su opinión.
- Paciente o acompañante que no desee participar en el estudio

Criterios de Eliminación

Paciente o familiar que responda en forma incompleta las preguntas de las encuesta.

7.3. Instrumento de medición

El instrumento utilizado fue la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo, la misma que incluye en su estructura 22 preguntas de **Expectativas** y 22 preguntas de **Percepciones**, distribuidos en 5 criterios o dimensiones de la evaluación de la Calidad, siendo:

-Que en el Aplicativo se consignó el valor máximo de expectativas, las cuales no fueron consideradas en la encuesta.

- Fiabilidad: Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó.

- Capacidad de Respuesta: Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.

- Seguridad: Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

- Empatía: Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada;

- Aspectos Tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación.

RESULTADOS:

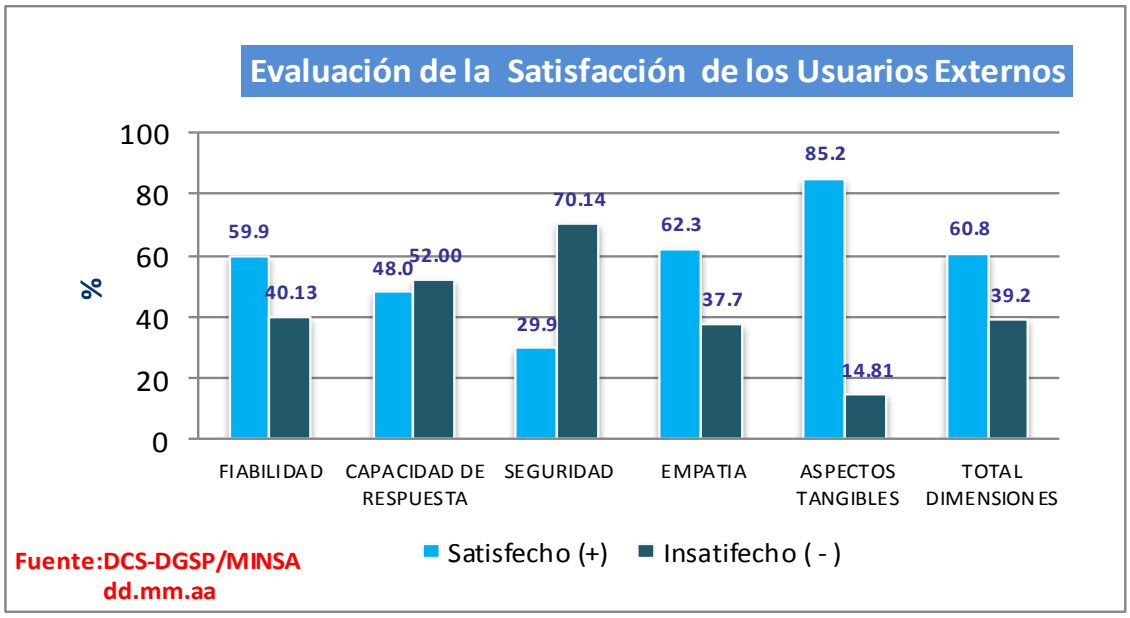
DEPARTAMENT DE EMERGENCIA

Gráfico N° 01

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos

Departamento de Emergencia 2016

Por Dimensión

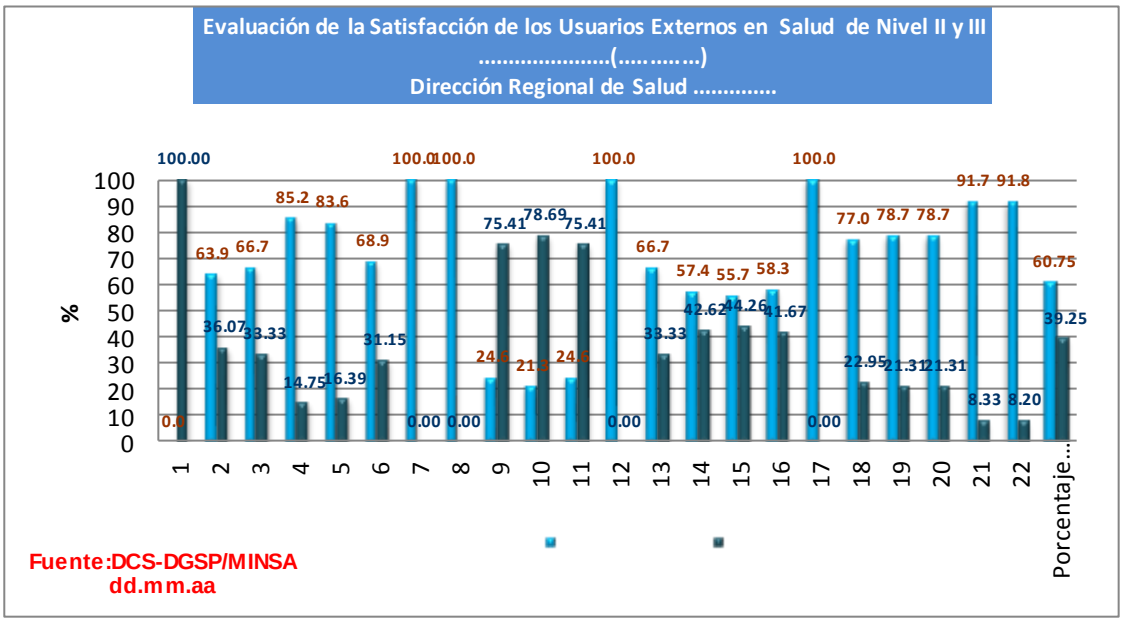


En el Gráfico N° 01 se puede observar que los usuarios mostraron su satisfacción con más del 60% en el Departamento de Emergencia en las dimensiones: Fiabilidad (59.9%), Capacidad de Respuesta (48%), Seguridad (29.9%), Empatía (62.3%) y Aspectos tangibles (85.2%).

Gráfico N° 02

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos 2016

Servicio de Emergencia



En el Gráfico N° 02 encontramos que el grado de percepción de satisfacción de los usuarios encuestados en Hospitalización fue 60.8% y el grado el grado de percepción de insatisfacción de los usuarios fue el 38.7%.

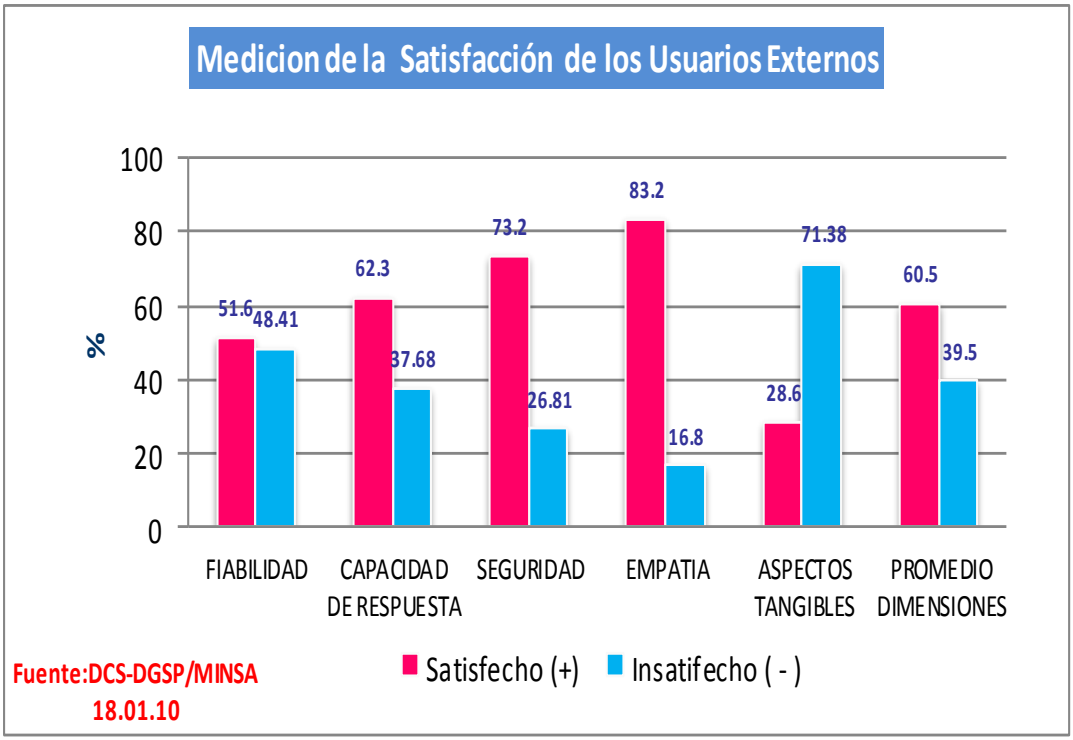
DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACION.

Gráfico N° 03

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos 2016

Servicio de Hospitalización

Según Dimensión

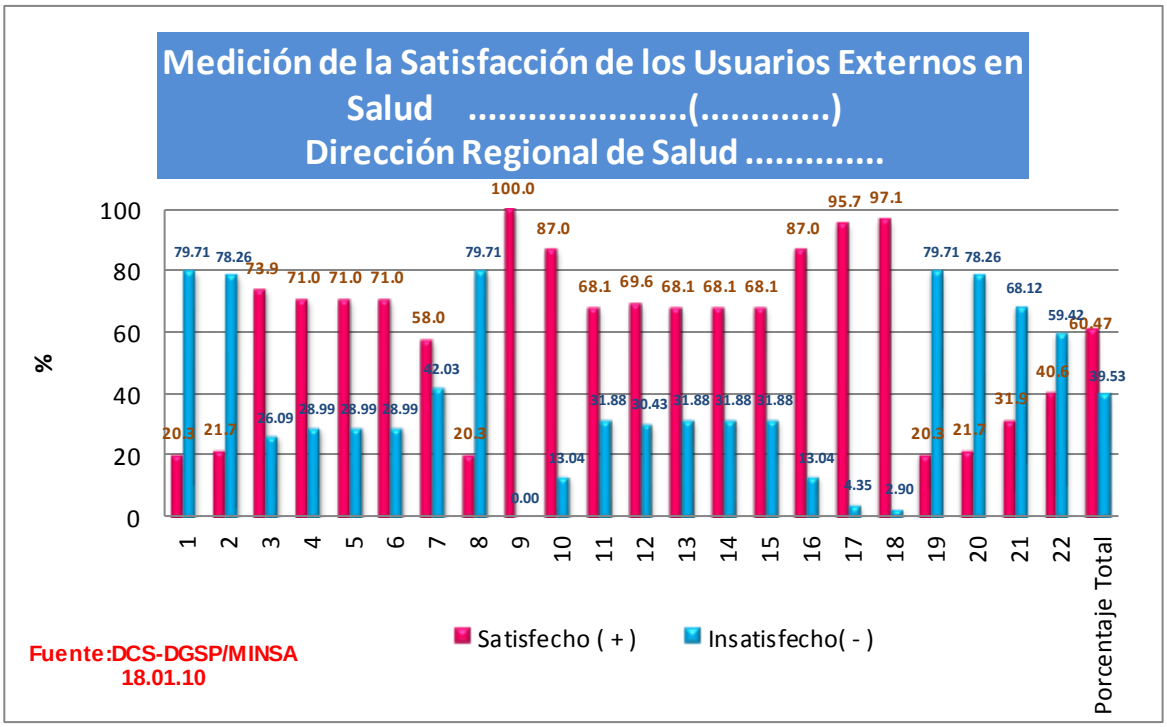


En el Gráfico N° 03 se puede observar que los familiares mostraron su satisfacción con más del 50% en las dimensiones: Fiabilidad (51.6%), Capacidad de respuesta (62.3%), Seguridad (73.2%), y empatía (83.2%) e insatisfacción en aspectos tangibles (71.38%).

Gráfico N° 04

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos 2016

Servicio de Hospitalización



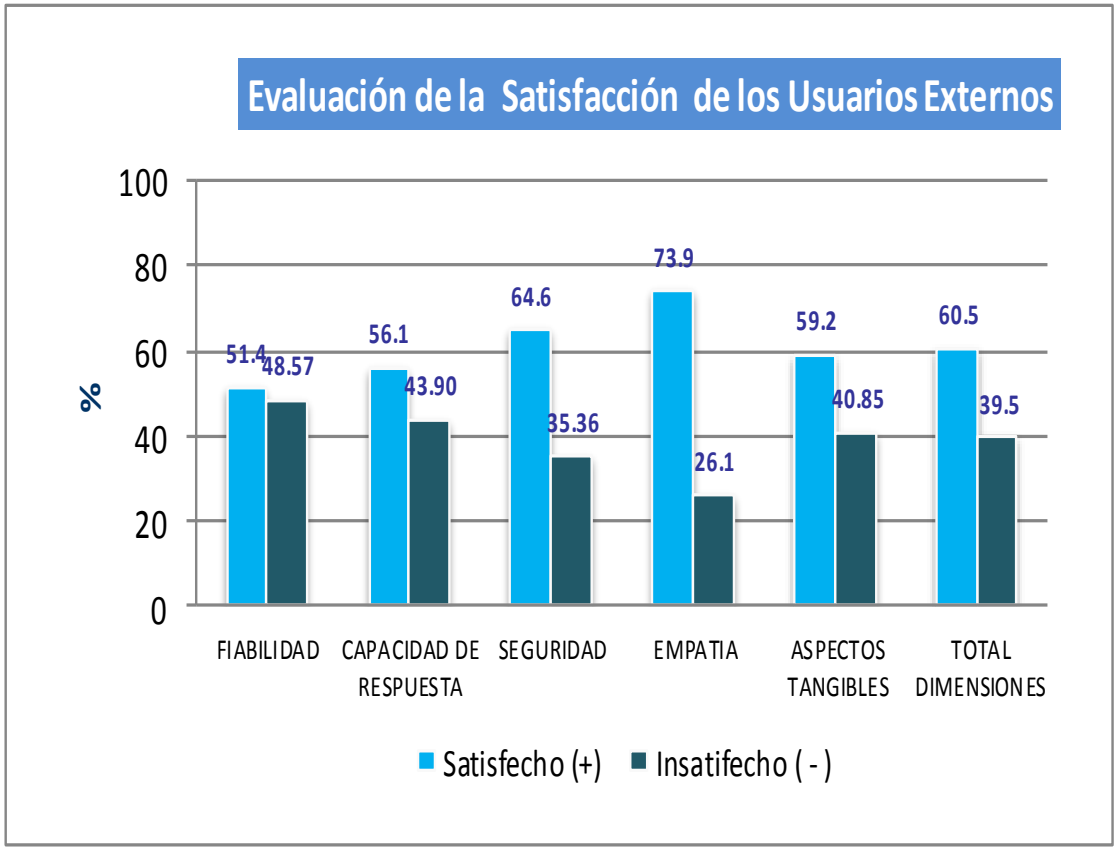
En el Gráfico N° 04 encontramos que el grado de percepción de satisfacción de los usuarios encuestados en Hospitalización fue 60.47% y el grado el grado de percepción de insatisfacción de los usuarios fue el 39.53%.

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA NIÑOS.

Gráfico N° 05

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en Consulta Externa.

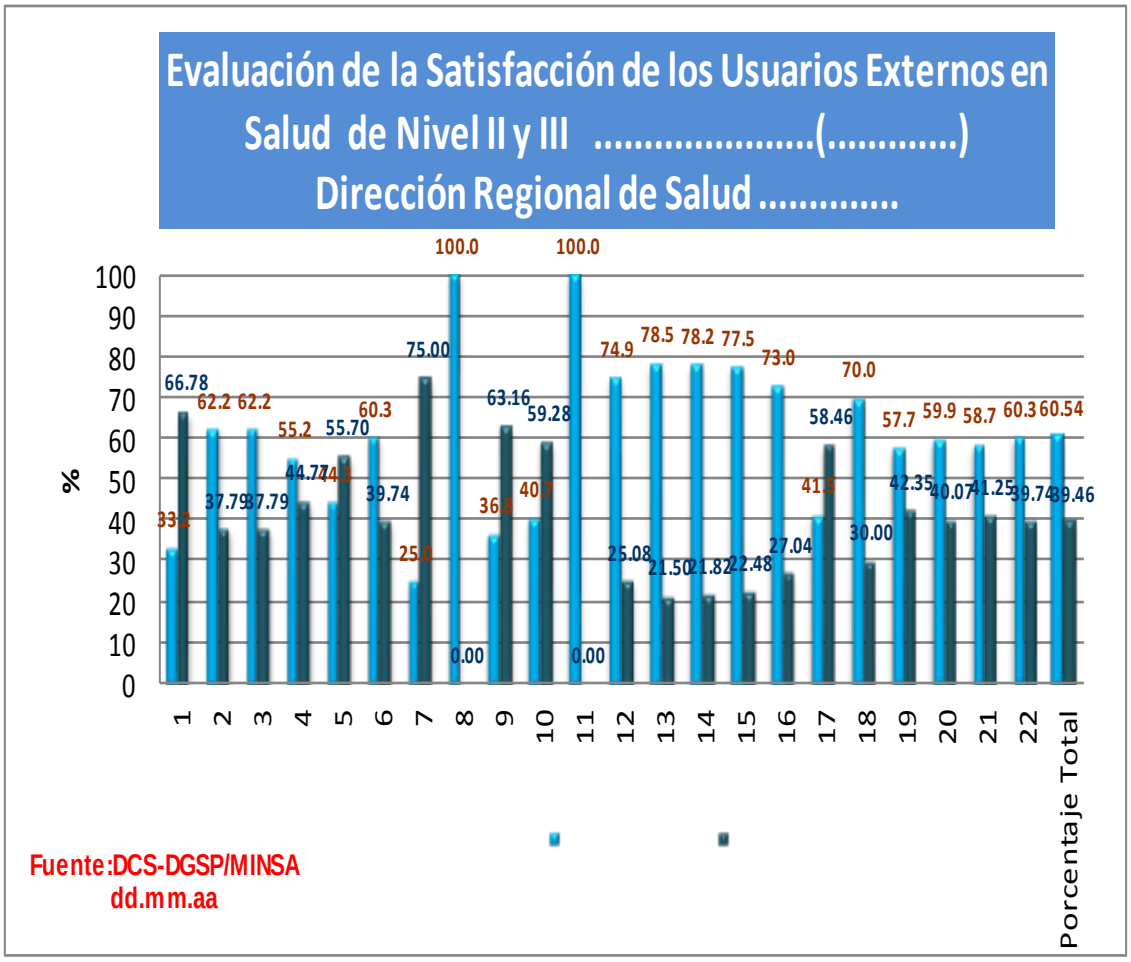
Por Dimensión



En el Gráfico N° 05 se puede observar que los usuarios mostraron su satisfacción con más del 60% en la consulta externa en las dimensiones: Fiabilidad (51.4%), Capacidad de respuesta (56.1%), Seguridad (64.6%), Empatía (73.9%)y Aspectos tangibles (59.2%).

Gráfico N° 06

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en Consulta Externa Niños



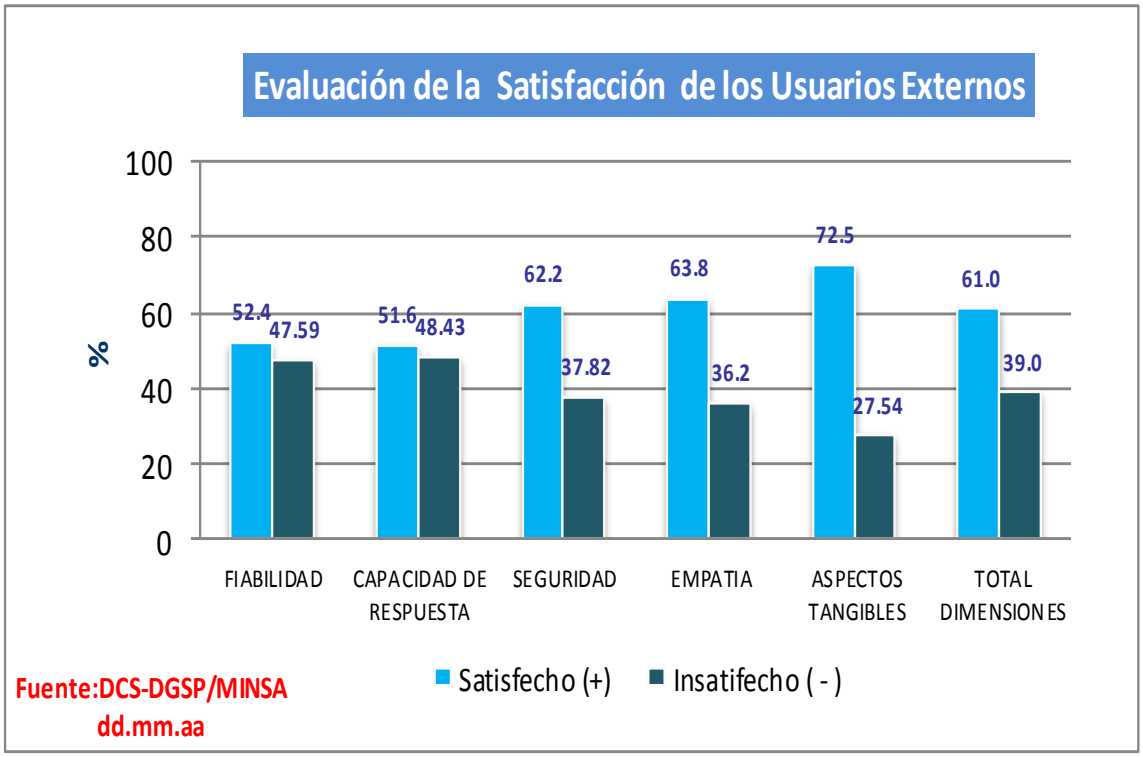
En el Gráfico N° 06 encontramos que el grado de percepción de satisfacción de los usuarios encuestados en la Consulta Externa niños y adolescentes fue de 60.05%.

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA ADULTOS.

Gráfico N° 07

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en Consulta Externa.

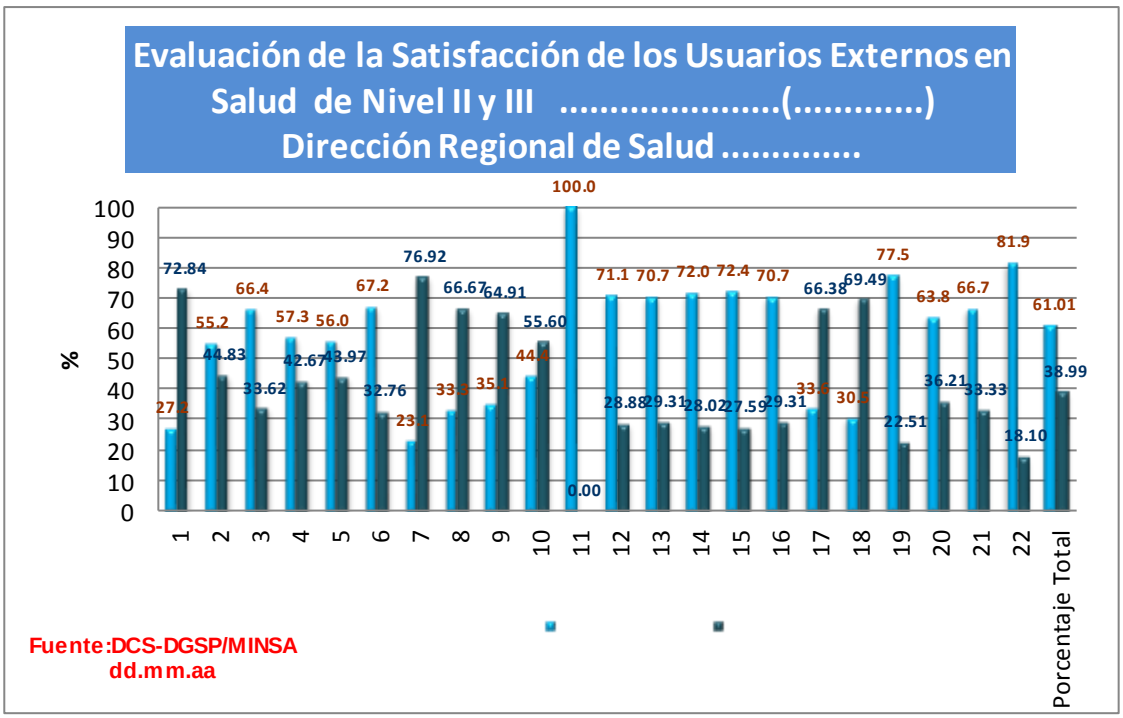
Por Dimensión



En el Gráfico N° 07 se puede observar que los usuarios mostraron su satisfacción con más del 50% en la consulta externa en las dimensiones: Fiabilidad (50.3%), Capacidad de respuesta (50.6%), Seguridad (74.8%), Empatía (63.7%) y Aspectos tangibles(51.7%).

Gráfico N° 08

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos en Consulta Externa Adultos



En el Gráfico N° 08 encontramos que el grado de percepción de satisfacción de los usuarios encuestados en la Consulta Externa fue de 61,01%.

Med. José Del Carmen Farro Sánchez.

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

JCFS

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE CONTROL DE LA CALIDAD

6.4.2.2 MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA 2016.

INDICE

I. INTRODUCCION

1.1.- Objetivo General

1.2.- Objetivos Específicos

1.3.- Base Legal

1.4.- Alcance

1.5.- Responsables

1.6.- Definiciones

II.- ANALISIS RESULTADOS

2.1.- Diagrama de Pareto

III.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A.- Conclusiones

B.- Recomendaciones

IV.- Anexos

1.- Ficha de Medición

2.- Ficha de Consolidación

I.- INTRODUCCION:

La calidad de atención es un proceso que tiene como resultado la satisfacción de las necesidades del usuario, en este caso, la atención oportuna y de calidad, motivo por el cual se debe prestar atención al proceso que permitirá que la imagen de la institución se vea respetada cuando está enfocado en la calidad y mejora contínua de sus servicios.

Sin embrago el tiempo de espera prolongado lleva a la insatisfacción del usuario externo, siendo éste un problema común en los establecimientos de salud así como el incumplimiento de citas programadas o la demora de la atención, todo esto genera un tiempo de espera, por ende crea una molestia a los pacientes y/o acompañantes que vienen a atenderse, convirtiéndose en un reto para cada institución superarlo.

En el 2016 el hospital "Víctor Larco Herrera" tiene la finalidad de disminuir el tiempo de espera en el Departamento de Emergencia en comparación a los resultados del 2015, permitiendo así aumentar la satisfacción de nuestros usuarios en los diferentes servicios que brinda nuestro hospital.

Los resultados obtenidos serán útiles para elaborar proyectos de mejora que cada servicio deberá desarrollar de acuerdo a la oportunidad de mejora detectada.

1.1.- OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención a los usuarios del Departamento de Emergencia y Consulta externa de los pacientes PAGANTES y SIS (Continuadores y nuevos) a través de los resultados del estudio de tiempos de espera.

1.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar los tiempos de espera dentro del proceso de atención de los usuarios del Departamento de Emergencia y Consultorio Externo (Adultos y niños).

- Definir las intervenciones a través del análisis de los resultados obtenidos en los diferentes procesos estudiados.

1.3.- BASE LEGAL:

1. Ley No 26842, Ley General de Salud.

2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.

3. Decreto Supremo No013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

4. Resolución Ministerial No 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.

5. Resolución Ministerial No597-2006/MINSA que aprueba la NT Nº 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.

6. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
7. Resolución Ministerial Nº 727–2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.

8. Estudio de Tiempos y Movimientos en los establecimientos de salud, según metodología MINSA.

1.4.- ALCANCE:

La presente medición ha sido aplicada directamente en el Departamento de Emergencia y Consulta externa (niños y adultos) a los pacientes PAGANTES Y SIS que llegan a nuestro hospital para recibir una atención.

1.5.- RESPONSABLES:

El presente trabajo estuvo dirigido por la Oficina de Gestión de la Calidad.
La medición de los tiempos fue el equipo Técnico de la oficina de Gestión de la Calidad.
El procesamiento de datos y el informe final fueron realizados y elaborado también por el equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.

1.6.- DEFINICIONES

 TIEMPO DE ESPERA.
Es el tiempo de las colas producido habitualmente por las variaciones de las cargas de trabajo. Tiempos de espera característicos de la atención sanitaria son las listas de espera de toda índole.

 TIEMPO DE ATENCIÓN
Es el tiempo que dura la prestación del servicio. Tanto el tiempo máximo como el mínimo son parámetros de calidad y de gestión en la asistencia sanitaria; tan inadecuada es una consulta ambulatoria de escasa duración como una estancia hospitalaria innecesariamente larga.

 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA
Es el promedio de todos los tiempos medidos para cada una de las muestras.

 TIEMPO MAYOR DEMOSTRADO
Es el tiempo de espera que mostró mayor demora para la atención.

 TIEMPO MEJOR DEMOSTRADO
Es el tiempo de espera que mostró menor demora para la atención.

 MEDIA
El cálculo de la media nos servirá para identificar nuestros propios estándares de atención.
 DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Nos indicara el tiempo de variación con respecto a la media.

 LÍMITES DE CONTROL (LIC, LSC)
Los límites de control, nos mostrarán los tiempos aceptables en la que se realizará cada atención. Medición de tiempo de espera en el Departamento de Emergencia, y Consulta externa (Adultos y niños)

II. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para iniciar el estudio de tiempos de espera se definió los tiempos de medición, según metodología MINSA:

1.- Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para el estudio de tiempo de espera se escogió como población a los pacientes PAGANTES y SIS, durante el turno mañana (8am a 1pm), CONTINUADORES y NUEVOS en el Departamento de Emergencia y consulta externa (adultos y niños).

1. Muestra:
La muestra fue de 25 pacientes, el personal encargado para la recolección de datos fue realizado por el equipo técnico de la OGC, bajo supervisión dela Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

2. Técnica:
Observación: Se considera a la observación como técnica para la recopilación de información (Carrasco, 2005, p. 280), podemos decir que la observación es un proceso intencional de capacitación de las características, cualidades y propiedades de los objetos y sujetos de la realidad a través de nuestros sentidos o con la ayuda de poderosos instrumentos que amplían su limitada capacidad.

3. Instrumentos de Recolección de Datos

 Cronómetro: Fue el instrumento utilizado para medir los tiempos de los procesos en todo el recorrido que realiza el paciente desde que ingresa al servicio de emergencia del hospital hasta el llamado para la atención por el Médico Psiquiatra (Admisión-SIS, inicio de la atención médica, etc.).

 Ficha de Observación: "Se emplea para registrar datos que se generan como resultado del contacto directo entre el observador y la realidad que observa" (Carrasco, 2005, p. 313).
Se utilizó como herramienta de trabajo una ficha donde se encontraba definida los procesos de atención del paciente SIS que acudió al departamento de emergencia de nuestro hospital para atención.

b.- Métodos de Análisis de Datos
La medición de tiempo de espera pone en uso el aplicativo de Estudio de Tiempos y Movimientos (ETM) proporcionado por la Dirección de Calidad del MINSA.
Se empleó el método estadístico, a través del análisis cuantitativo, puesto que las variables se expresaron en valores numéricos.

RESULTADOS:
1.- DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.
A.- PACIENTES SIS
TABLA N° 01

Informe Estudio de Tiempo y Movimientos

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario al Establecimiento de Salud	0.17	1.55	4.00		
2	Espera de atencion por el personal de salud	0.15	3.41	42.14	42.14	
3	Atencion por el personal de salud	0.20	3.91	29.10		29.19
4	Espera de atencion en Admision SIS	0.05	1.18	9.01	9.01	
5	Atenciòn en Admision SIS	1.00	5.26	40.00		40.00
6	Espera para la atencion del medico psiquiatra	1.00	1.92	16.00	16.00	
7	Atencion con medico psiquiatra	17.00	41.14	70.00		70.00
		19.57	**58.37**	**140.25**	**67.15**	**139.19**

GRAFICO N° 01
Informe Estudio de Tiempo y movimientos

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	1:15
TIEMPO ESTANDAR	0:56
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:19
TIEMPO EN COLAS	**00:45**
TIEMPO DE ATENCIÓN	**01:36**

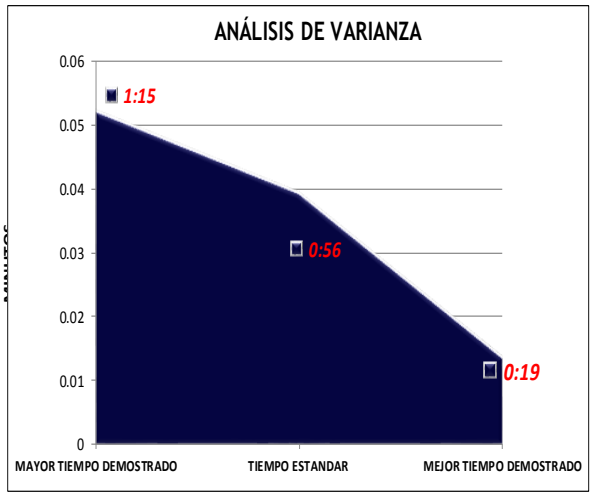


Gráfico N° 1: El reporte final encontramos que:

1. El tiempo mayor demostrado es **1 hora 15 minutos** (Si consideramos la atención por médico psiquiatra el tiempo mayor demostrado fue **2 horas 20 minutos)**.

2. El tiempo en colas es de 45 **minutos**.

3. El tiempo de atención es 26 minutos (Si consideramos la atención por médico psiquiatra el tiempo de atención fue de **139 minutos)**.

4. El tiempo a optimizar es **18 minutos (El tiempo a optimizar si se considera la atención medica es de 82 minutos**.)

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario a la emergencia	1.55	3%
Espera de atencion por el personal de salud	3.41	6%
Atencion por el personal de salud	3.91	7%
Espera de atencion en Admision SIS	1.18	2%
Atenciòn en Admision SIS	5.26	9%
Espera para la atencion con medico psiquiatra	1.92	3%
Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	41.14	70%
	58.37	

Ordenar Frecuencias

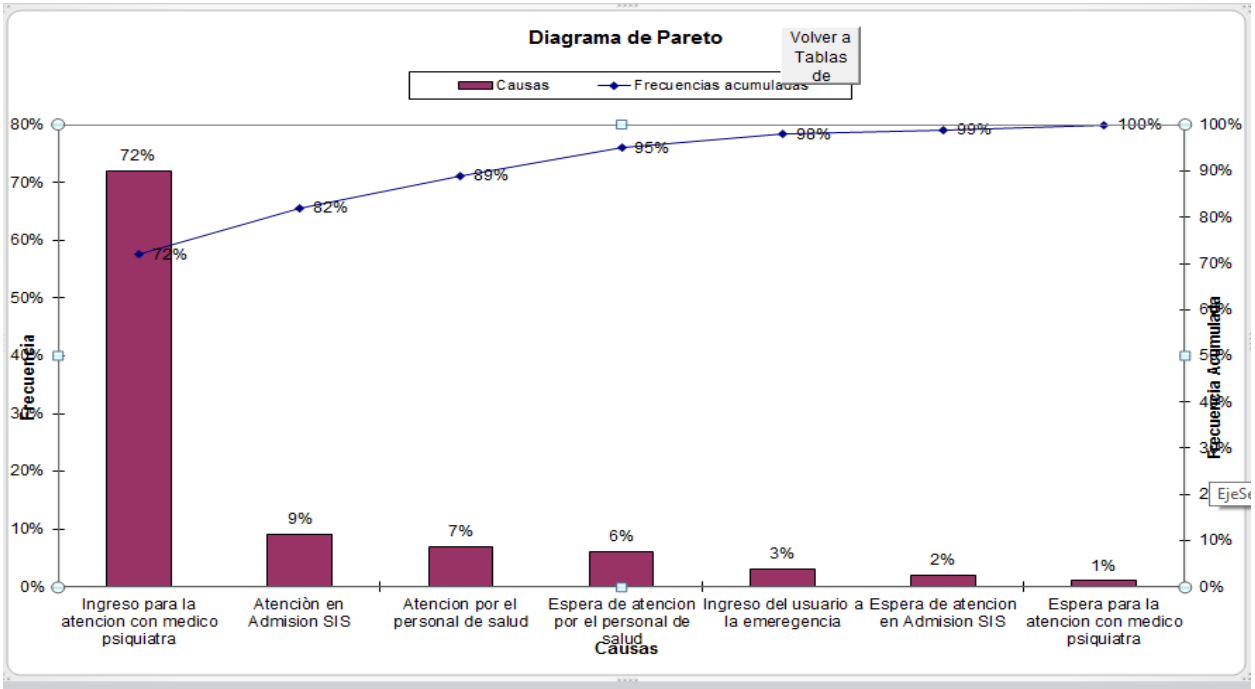
Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	41,14	70%	70%
Atenciòn en Admision SIS	5.26	9%	79%
Atencion por el personal de salud	3.91	7%	86%
Espera de atencion por el personal de salud	3.41	6%	92%
Ingreso del usuario a la emeregencia	1.55	3%	95%
Espera de atencion en Admision SIS	1.18	2%	97%
Espera para la atencion con medico psiquiatra	1.92	3%	100%

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Atención por médico psiquiatra en consultorio) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Emergencia, por lo que representa el 70% de la causa del tiempo de espera en los pacientes SIS.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente SIS en el Departamento de Emergencia fue de **1 hora 15 minutos** (Si consideramos la atención por médico psiquiatra el mayor tiempo demostrado fue de **2 horas 20 minutos).**
2. El tiempo total en colas fue de **45 minutos**.
3. El tiempo total en atención es **31 minutos** (Si consideramos la atención por médico psiquiatra el tiempo de atención fue de **139 minutos**).
4. El tiempo a optimizar para el paciente pegantes en el Departamento de Emergencia es **18 minutos** (Si consideramos la atención por médico psiquiatra el tiempo a optimizar fue de **1 hora 22 minutos**).
5. Según el Diagrama de Pareto se podría mejorar el tiempo de atención en consultorio (médico psiquiatra) y atención en admisión SIS, de pacientes SIS en el Departamento de Emergencia.
6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.

B.- PACIENTES PAGANTES
TABLA N° 02

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario a emeregencia	0.01	1.11	5.24		
2	Espera de atencion por el personal de salud	0.12	1.37	11.02	11.02	
3	Atencion por el personal de salud	0.30	4.19	24.04		24.04
4	Espera de atencion en caja	0.01	0.80	3.01	3.01	
5	Atención en caja	0.00	0.88	7.00		7.00
6	Espera para la atencion con medico psiquiatra	1.00	1.60	16.00	16.00	
7	Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	8.00	52.04	164.00		164.00
		9.44	61.99	66.31	30.03	195.04

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	1:06
TIEMPO ESTANDAR	1:01
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:09
TIEMPO EN COLAS	**00:30**
TIEMPO DE ATENCIÓN	**03:15**

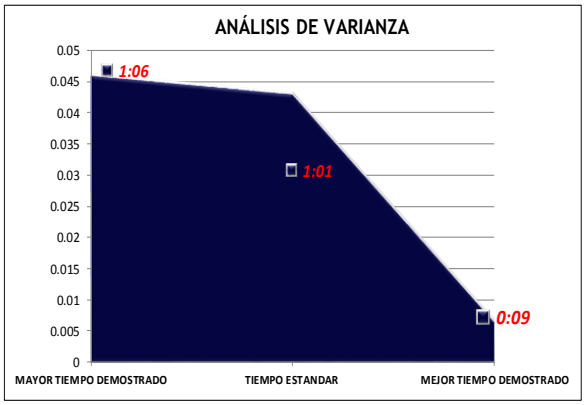


GRAFICO N° 02

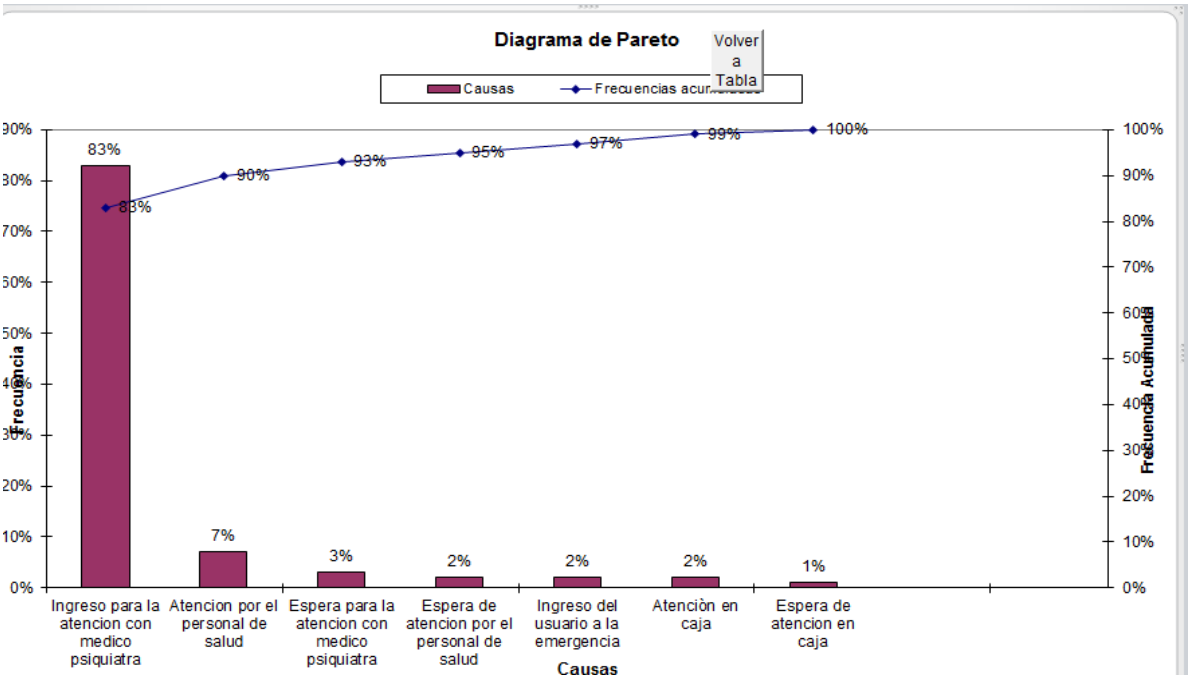
Gráfico N° 8: El reporte final encontramos que:

1. El tiempo mayor demostrado es **1 hora 06 minutos**.

2. El tiempo en colas es de 30 **minutos**.

3. El tiempo de atención es 31 minutos (Si consideramos la atención medica es 3 horas 15 **minutos**.)

4. El tiempo a optimizar es 4 **minutos**.



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Atención por médico psiquiatra en consultorio) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Emergencia, por lo que son el 83% de la causa del tiempo de espera en los pacientes PAGANTES, seguidos por la atención por el personal de salud.

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario a la emergencia	1.11	2%
Espera de atencion por el personal de salud	1.37	2%
Atencion por el personal de salud	4.19	7%
Espera de atencion en caja	0.8	1%
Atenciòn en caja	0.88	2%
Espera para la atencion con medico psiquiatra	1.6	3%
Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	52.04	83%
	61.99	

Ordenar Frecuencias

Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	52.04	83%	83%
Atencion por el personal de salud	4.19	7%	90%
Espera para la atencion con medico psiquiatra	1.6	3%	93%
Espera de atencion por el personal de salud	1.37	2%	95%
Ingreso del usuario a la emergencia	1.11	2%	97%
Atenciòn en caja	0.88	2%	99%
Espera de atencion en caja	0.8	1%	100%

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente pagante en el Departamento de Emergencia fue de **1 hora 06 minutos.**
2. El tiempo total en colas fue de 30 **minutos**.
3. El tiempo total en atención es 31 **minutos**. (Si consideramos el tiempo en consultorio para la atención por médico psiquiatra, el tiempo fue de 195 minutos)
4. El tiempo a optimizar para el paciente pagantes en el Departamento de Emergencia es 04 **minutos**.
5. Según el Diagrama de Pareto se podría mejorar el tiempo de atención en consultorio de pacientes PAGANTES en el Departamento de Emergencia.

6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.

II.- DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

A.- PACIENTES CONTINUADORES SIS

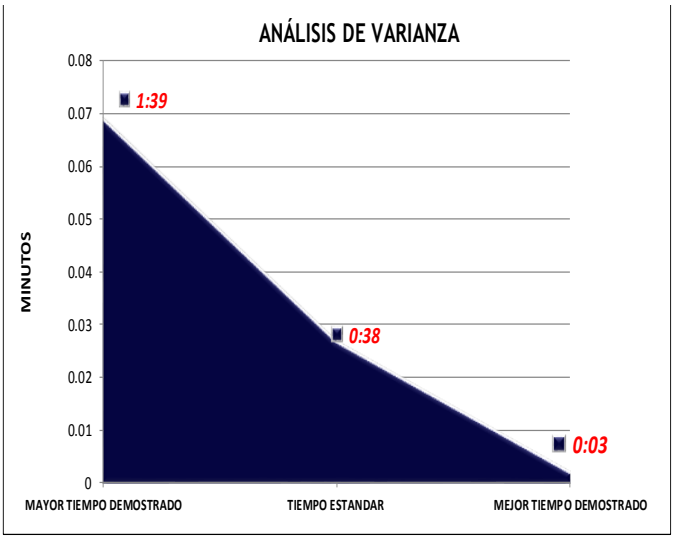
TABLA N° 03

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario al Dpto. niños y adolescentes	0.02	0.62	2.10		
2	Espera de atencion en la Unidad del SIS	0.01	0.69	4.11	4.11	
3	Atención en en la Unidad del SIS	0.03	1.36	4.30		4.30
4	Sala de espera (Desde que el usuario se sienta hasta que es llamado a consulta)	0.00	13.20	47.00	47.00	
5	Atención en en Consultorio de Psiquiatria	2.00	21.48	36.00		36.00
6	Salida del usuario (Sale de consulta hasta salida	1.00	1.48	6.00		
		3.06	38.83	99.51	51.11	40.30

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	1:39
TIEMPO ESTANDAR	0:38
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:03
TIEMPO EN COLAS	00:51
TIEMPO DE ATENCIÓN	00:40



TIEMPO A OPTIMIZAR 1:00

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	0.62	2%
Espera de atencion en unidad SIS	0.69	2%
Atencion por Unidad SIS	1.36	4%
Sala de espera	13.2	34%
Atenciòn en consultorio psiquiatria	21.48	55%
Salida del Usuario	1.48	4%
	38.83	

Ordenar Frecuencias

Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
	0		
Atenciòn en consultorio psiquiatria	21.48	55%	41%
Sala de espera	13.2	34%	72%
Salida del Usuario	1.48	4%	78%
Atencion por Unidad SIS	1.36	4%	84%
Espera de atencion en unidad SIS	0.69		100%
Ingreso del usuario	0.62		

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto

En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Espera en sala de espera para la atención por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Niños y adolescentes, por lo que son el 55% de la causa del tiempo de espera en los pacientes CONTINUADORES SIS, seguido por la atención por médico psiquiatra en consultorio.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente Continuador SIS en el Departamento de Niños y adolescentes fue de **1 hora 39 minutos.**

2. El tiempo total en colas fue de **51 minutos**.

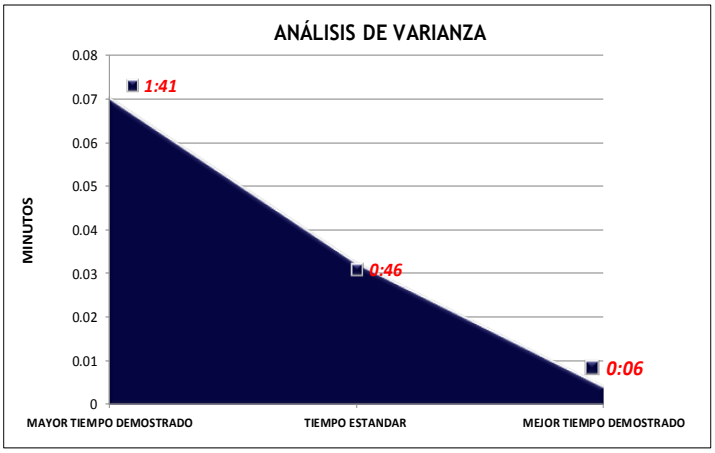
3. El tiempo total en atención es **40 minutos**.

Cuadro de Reporte Final

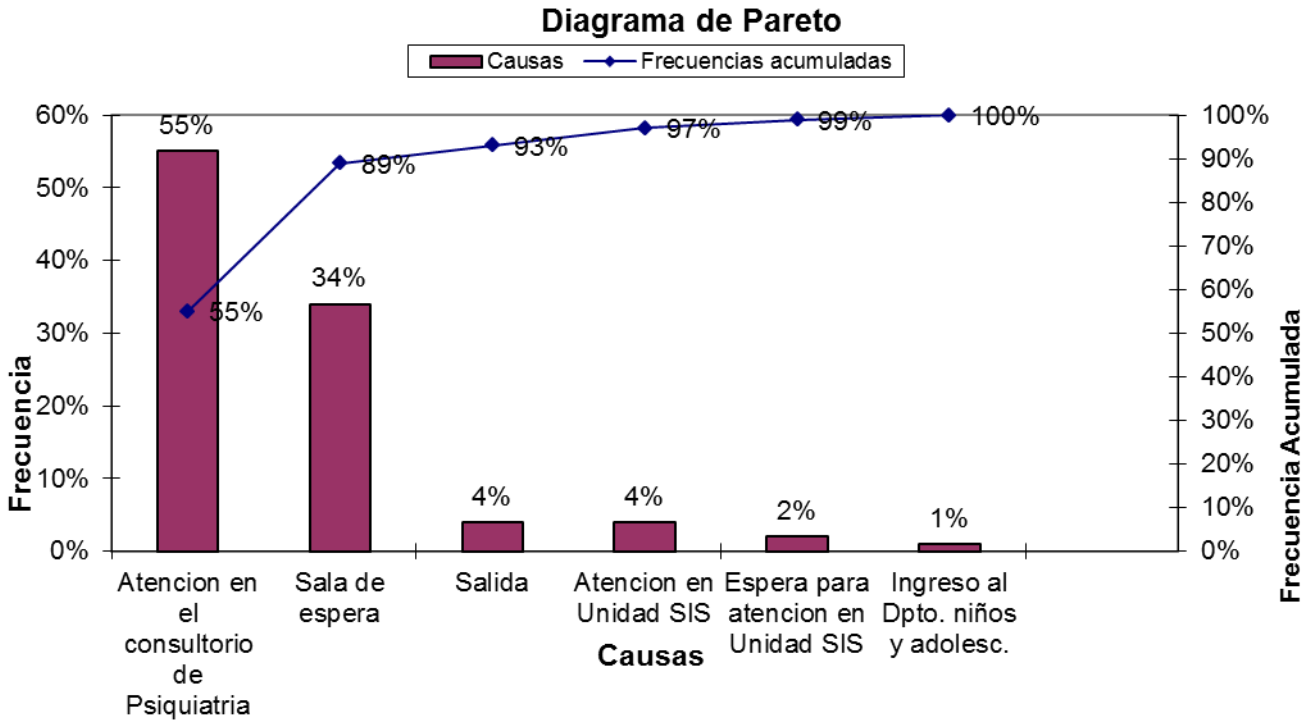
	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario al Dpto. niños y adolescentes	0.00	0.21	1.20		
2	Espera de atencion en caja	0.00	0.15	1.05	1.05	
3	Atención en caja	0.02	0.30	2.00		2.00
4	Sala de espera (Desde que el usuario se sienta hasta que es llamado a consulta)	0.00	15.60	42.00	42.00	
5	Atención en en Consultorio de Psiquiatria	5.00	28.48	45.00		45.00
12	Salida del usuario (Sale de consulta hasta salida del	1.00	2.00	10.00		
		6.02	**46.74**	**101.25**	**43.05**	**47.00**

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	1:41
TIEMPO ESTANDAR	0:46
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:06
TIEMPO EN COLAS	0:43
TIEMPO DE ATENCIÓN	0:47



TIEMPO A OPTIMIZAR 0:54



4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador SIS en el Departamento de Niños y adolescentes es **60 minutos.**

5. Según el Diagrama de Pareto se podría mejorar el tiempo de Espera en sala de pacientes CONTINUADORES SIS en el Departamento de Niños y adolescentes.

6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.
7. Durante la medición de tiempo de espera en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente se pudo observar que en la puerta de ingreso cuenta con un flujograma actualizado del proceso de atención, con dípticos (gráficos e informativos) para hacer de conocimiento al usuario sobre los pasos para la atención.

B.- PACIENTE CONTINUADOR PAGANTE
TABLA N° 04

GRAFICO N° 04

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	0.21	1%
Espera de atencion en caja	0.15	0%
Atencion por caja	0.3	1%
Sala de espera	15.6	33%
Atencion en consultorio Psiquiatria	28.48	61%
Salida del Usuario	2	4%
	46.74	

Ordenar Frecuencias

Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Atencion en consultorio Psiquiatria	28.48	61%	61%
Sala de espera	15.6	33%	94%
Salida del Usuario	2	4%	98%
Atencion por caja	0.3	1%	99%
Ingreso del usuario	0.21		100%
Espera de atencion en caja	0.15		100%

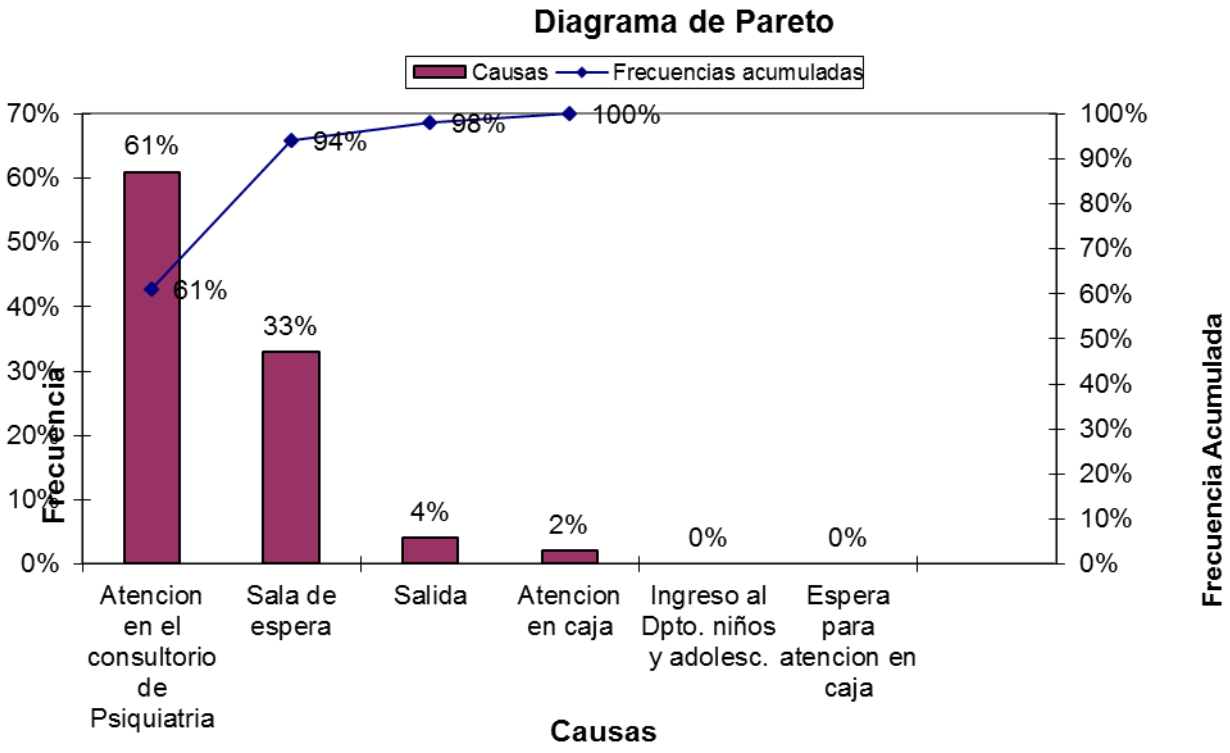
Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto

En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (La atención por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Psiquiatría de Niños y adolescentes, por lo que son el 61% de la causa del tiempo de espera en los pacientes CONTINUADORES PAGANTES, seguido por la atención por la espera en SALA DE ESPERA para la atención por médico psiquiatra en consultorio.

CONCLUSIONES



1. El tiempo de espera del paciente Continuador Pagante en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente fue de 1 hora 41minutos.

2. El tiempo total en colas fue de 43 minutos.

3. El tiempo total en atención es 47 minutos.

4. El tiempo a optimizar para el paciente Continuador Pagante en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente fue es 54 minutos.

5. Según el Diagrama de Pareto se debe mejorar el tiempo de espera en EL TIEMPO DE ATENCION EN CONSULTORIO DE PSIQUIATRIA y en SALA DE ESPERA Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente

6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.

7. Durante la medición de tiempo de espera en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente se pudo observar que cuentan con un flujograma actualizado del proceso de atención, y con dípticos (gráficos e informativos), PERO QUE SON POCO VISIBLES, para asi hacer de conocimiento al usuario sobre los pasos para la atención.

C.- PACIENTE NUEVO SIS
TABLA N° 05

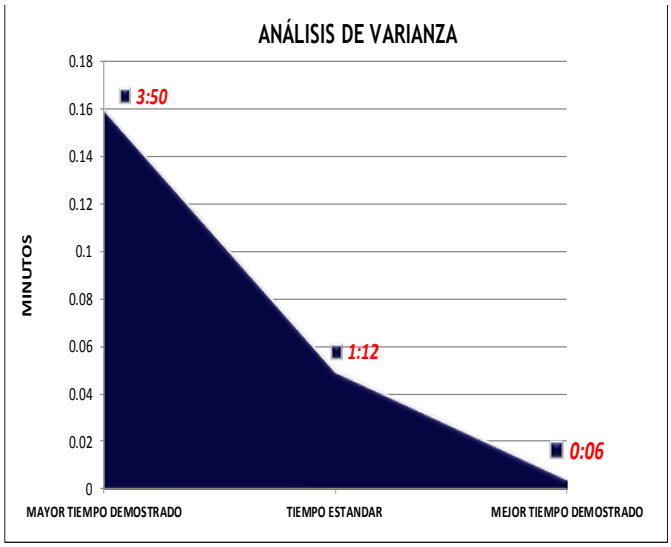
Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓ
1	Ingreso del usuario al Dpto. niños y adolescentes	0.05	0.15	0.57		
2	Espera de atencion en triaje	0.50	2.71	10.49	10.49	
3	Atencion en triaje	0.84	2.55	7.05		7.05
4	Espera de atencion en admision	0.14	4.16	35.21	35.21	
5	Atencion en admision	0.59	2.11	5.56		5.56
6	Espera de atencion en la Unidad del SIS	0.00	1.15	6.33	6.33	
7	Atención en en la Unidad del SIS	1.28	3.13	5.52		5.52
8	Sala de espera (Desde que el usuario se sienta hasta que es llamado a consulta)	1.00	22.20	85.00	85.00	
9	Atención en en Consultorio de Psiquiatria	1.00	29.40	51.00		51.00
10	Salida del usuario (Sale de consulta hasta	1.00	4.48	24.00		
		6.40	72.04	230.73	137.03	69.13

GRAFICO N° 05

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	3:50
TIEMPO ESTANDAR	1:12
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:06
TIEMPO EN COLAS	2:17
TIEMPO DE ATENCIÓN	1:09



TIEMPO A OPTIMIZAR 2:38

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	0.15	0%
Espera de atencion en triaje	2.71	4%
Atencion por triaje	2.55	4%
Espera de atencion en Admision	4.16	6%
Atenciòn en Admision	2.11	3%
Espera para la atencion en la Unidad SIS	1.15	1%
Atencion en la Unidad SIS	3.13	4%
Sala de espera	22.20	31%
Atencion en consultorio Psiquiatria	29.40	41%
Salida del Usuario	4.48	6%

Ordenar Frecuencias

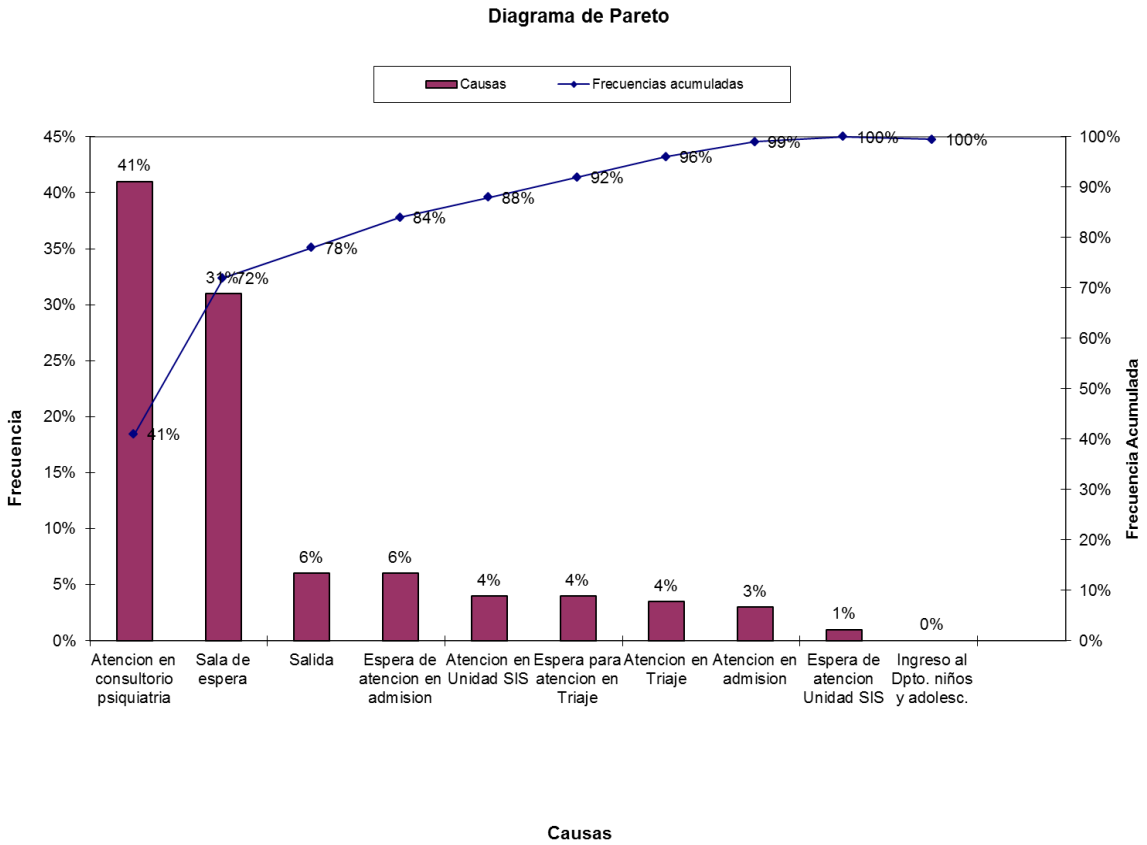
Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Atencion en consultorio Psiquiatria	29.40	41%	41%
Sala de espera	22.20	31%	72%
Salida del Usuario	4.48	6%	78%
Espera de atencion en Admision	4.16	6%	84%
Atencion en la Unidad SIS	3.13	4%	88%
Espera de atencion en triaje	2.71	4%	92%
Atencion por triaje	2.55	4%	96%
Atenciòn en Admision	2.11	3%	99%
Espera para la atencion en la Unidad SIS	1.15		100%
Ingreso del usuario	0.15		

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Atención por médico psiquiatra en consultorio) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Consulta externa de Niños y adolescentes, por lo que son el 41% de la causa del tiempo de espera en los pacientes NUEVOS SIS, seguido por la espera para la atención por médico psiquiatra.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente nuevo SIS en el Departamento de Psiquiatría de Niños y adolescentes fue de **3 horas 50 minutos.**
2. El tiempo total en colas fue de **2 horas 17 minutos**.
3. El tiempo total en atención es **1 hora 9 minutos**.
4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador SIS en el Departamento de Consulta externa de Niños y adolescentes es **2 horas 38 minutos.**
5. Según el Diagrama de Pareto se podría mejorar el tiempo de atención en el consultorio y Espera en sala de pacientes NUEVOS SIS en el Departamento de Consulta Externa de Psiquiatría de Niños y adolescentes.
6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.

D.- PACIENTE NUEVO PAGANTE
TABLA N° 06

GRAFICO N° 06

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	0.12	0%
Espera de atencion en triaje	2.66	4%
Atencion por triaje	2.43	4%
Espera de atencion en Admision	3.68	5%
Atenciòn en Admision	2.07	3%
Espera para la atencion en caja	0.41	1%
Atencion en caja	0.82	1%
Sala de espera	17.6	27%
Atencion en consultorio Psiquiatria	35	53%
Salida del Usuario	1.33	2%

Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Atencion en consultorio Psiquiatria	35	53%	53%
Sala de espera	17.6	27%	80%
Espera de atencion en Admision	3.68	5%	85%
Espera de atencion en triaje	2.66	4%	89%
Atencion por triaje	2.43	4%	93%
Atenciòn en Admision	2.07	3%	96%
Salida del Usuario	1.33	2%	98%
Atencion en caja	0.82	1%	99%
Espera para la atencion en caja	0.41	1%	100%
Ingreso del usuario	0.12	0%	

Ordenar Frecuencias

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

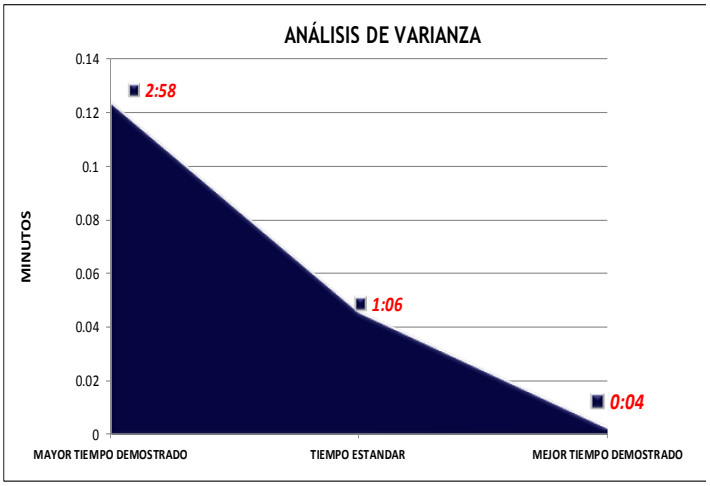
Ver Diagrama de Pareto

Cuadro de Reporte Final

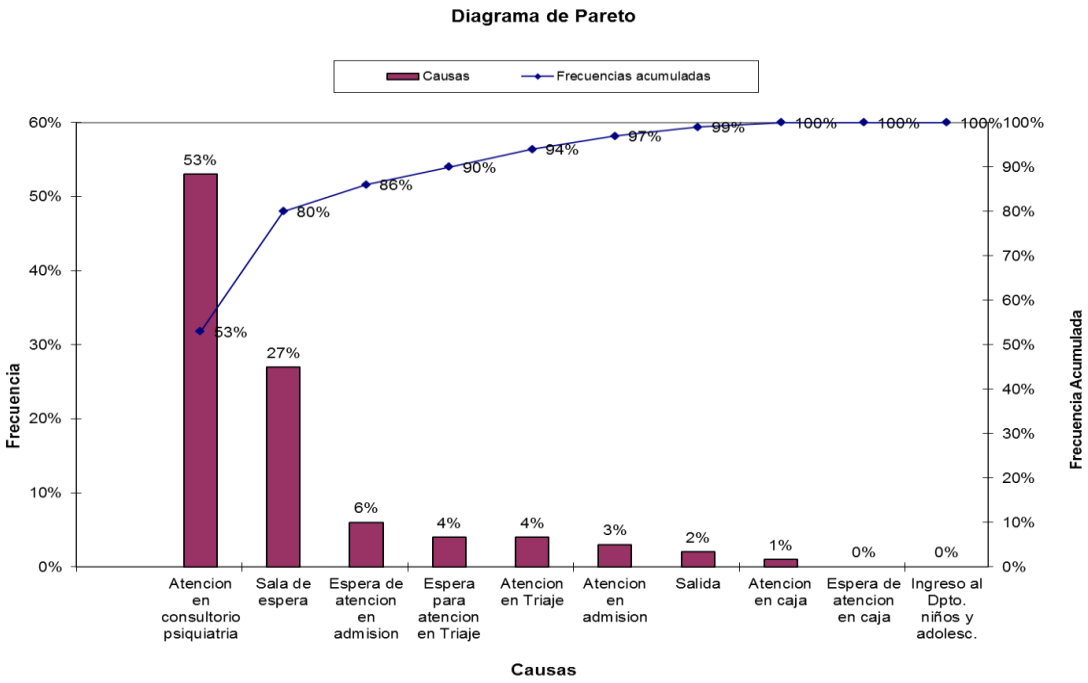
	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario al Dpto. niños y adolescentes	0.02	0.12	0.51		
2	Espera de atencion en triaje	0.06	2.66	10.15	10.15	
3	Atencion en triaje	0.25	2.43	9.05		9.05
4	Espera de atencion en admision	0.13	3.68	24.50	24.50	
5	Atencion en admision	0.52	2.07	7.18		7.18
6	Espera de atencion en Caja	0.00	0.41	4.04	4.04	
7	Atención en en lcaja	0.13	0.82	7.01		7.01
8	Sala de espera (Desde que el usuario se sienta hasta que es llamado a consulta)	2.00	17.60	37.00	37.00	
9	Atención en en Consultorio de Psiquiatria	1.00	35.00	70.00		70.00
10	Salida del usuario (Sale de consulta hasta salida del	0.00	1.33	9.00		
		4.11	**66.12**	**178.44**	**75.69**	**93.24**

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	2:58
TIEMPO ESTANDAR	1:06
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:04
TIEMPO EN COLAS	1:15
TIEMPO DE ATENCIÓN	1:33



TIEMPO A OPTIMIZAR **1:52**



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Atención en consultorio por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Psiquiatría de niños y adolescentes, por lo que son el 61% de la causa del tiempo de espera en los pacientes NUEVOS PAGANTES, seguidos por el tiempo en Sala de Espera.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente nuevo Pagante en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente fue de 2 horas 58 minutos.
2. El tiempo total en colas fue de 87 minutos.
3. El tiempo total en atención es 1 hora 33 minutos.
4. El tiempo a optimizar para el paciente nuevo pegante en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente fue es 112 minutos.
5. Según el Diagrama de Pareto se debe mejorar el tiempo de atención en consultorio por médico psiquiatra, y en la sala de espera Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente.
6. Con los resultados obtenidos es necesario realizar el estudio de observación al área de Sala de espera.
7. En la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente no cuentan con un sistema de citas.

III.- DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, SALUD METAL Y COMUNITARIA (ADULTOS)

A.- PACIENTE CONTINUADOR SIS
TABLA N° 07
GRAFICO N° 07

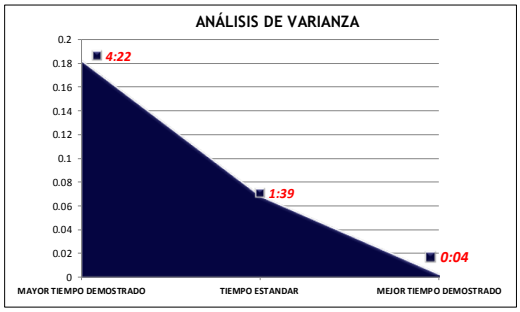
Informe Estudio de Tiempo y Movimientos

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario	1.00	1.70	3.03		
2	Espera de atencion en modulo de continuadores	0.01	6.29	22.37	22.37	
3	Atencion por modulo de continuadores	0.20	1.28	3.50		3.50
4	Espera de atencion en Unidad SIS	0.10	1.39	5.02	5.02	
5	Atención en Unidad SIS	1.00	2.32	8.00		8.00
6	Espera para la atencion con medico psiquiatra (Sala de espera)	1.23	56.88	140.00	140.00	
7	Atencion con medico psiquiatra	1.00	21.40	55.00		55.00
8	Espera de atencion en farmacia	0.00	2.60	8.38	8.38	
9	Atencion en farmacia	0.01	2.53	7.20		7.20
10	Salida del usuario	0.01	2.65	10.07		
		4.56	**99.04**	**262.57**	**175.77**	**73.70**

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	4:22
TIEMPO ESTANDAR	1:39
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:04
TIEMPO EN COLAS	**2.55**
TIEMPO DE ATENCIÓN	**1.13**



TIEMPO A OPTIMIZAR **2:43**

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	1.7	2%
Espera de atencion en M. contin	6.29	8%
Atencion en M. continuadores	1.28	1%
Espera de atencion en caja	1.39	2%
Atencion en caja	2.32	1%
Sala de espera	56.88	42%
Atencion por consultorio	21.4	33%
Espera para atencion en farmacia	2.6	3%
Atencion por farmacia	2.53	2%
Salida del usuario	2.65	3%

Ordenar Frecuencias

Tabla de frecuencias ordenadas

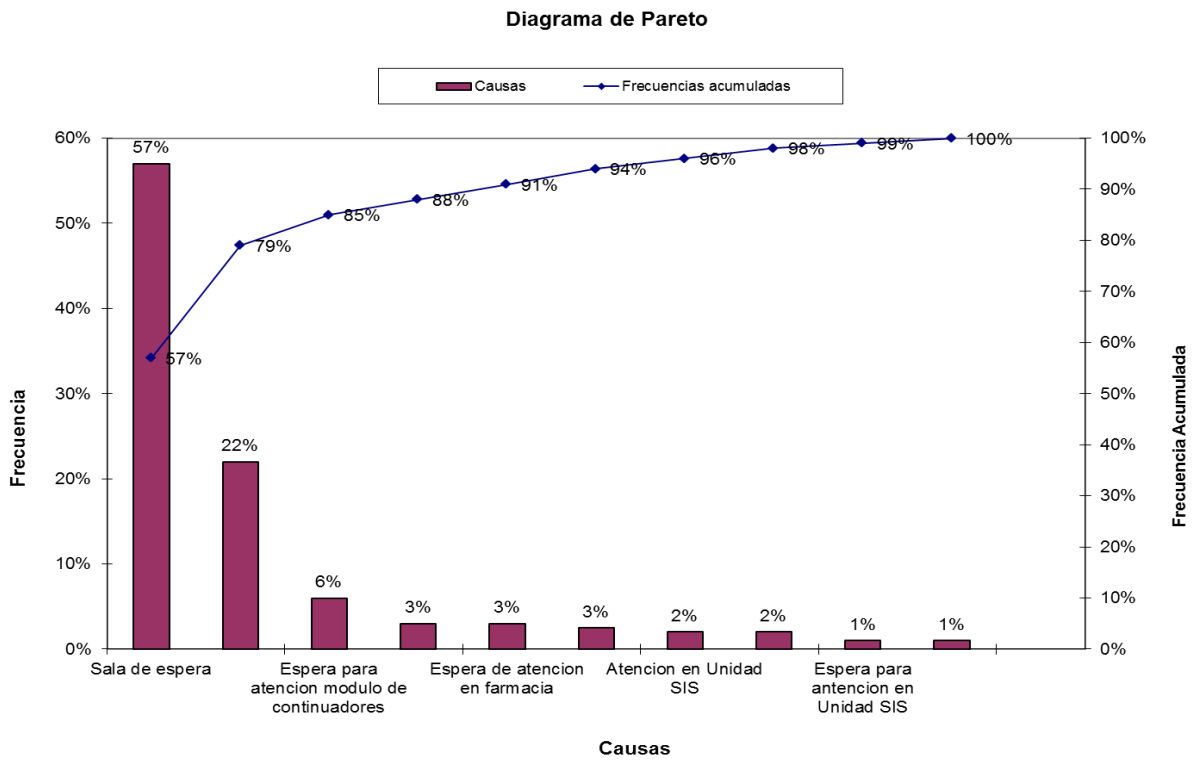
CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Sala de espera	56.88	42%	42%
Atencion por consultorio	21.4	33%	75%
Espera de atencion en M. contin	6.29	8%	83%
Salida del usuario	2.65	3%	86%
Espera para atencion en farmacia	2.6	3%	89%
Atencion por farmacia	2.53	2%	95%
Atencion en caja	2.32	1%	97%
Ingreso del usuario	1.7		98%
Espera de atencion en caja	1.39		99%
Atencion en M. continuadores	1.28		100%

Ordenar Frecuencias

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Espera en sala de espera para la atención por médico psiquiatra) es la causa del mayor tiempo de espera en el Departamento de Consulta externa, por lo que son el 42% de la causa del tiempo de espera en los pacientes CONTINUADORES SIS, seguido por la atención por médico psiquiatra en consultorio (33%).

A.- CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente pagante en el Departamento de Emergencia fue de 4 horas 22 minutos.
2. El tiempo total en colas fue de 2 horas 33 minutos.
3. El tiempo total en atención es 1 hora 13 minutos.
4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador SIS en el Departamento de Consulta externa adultos es 2 horas 43 minutos.
5. Según el Diagrama de Pareto se podría mejorar el tiempo de Espera en sala de pacientes CONTINUADORES SIS en el Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria.
6. Con los resultados obtenidos no es necesario realizar el estudio de observación.

B.- PACIENTE CONTINUADOR PAGANTE

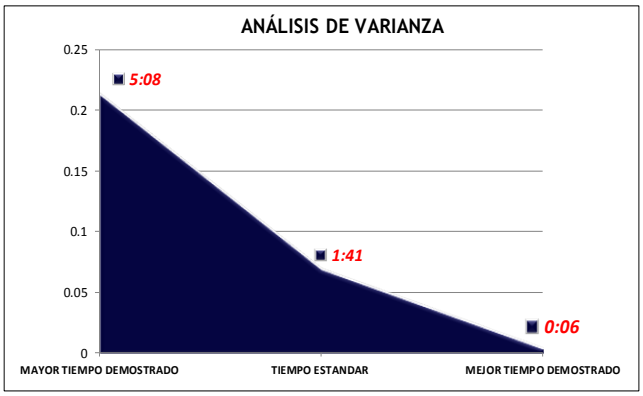
TABLA N° 08

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario	1.17	1.64	3.08		
2	Espera de atencion en modulo de continuadores	0.01	8.10	32.43	32.43	
3	Atencion por modulo de continuadores	0.19	1.23	4.45		4.45
4	Espera de atencion en caja	0.01	1.90	6.51	6.51	
5	Atenciòn en caja	1.00	1.00	2.00		2.00
6	espera para atencion por ventanilla 4	0.00	1.56	6.00	6.00	
7	Atencion por ventanilla 4	1.00	1.00	1.00		1.00
8	Espera para la atencion con medico psiquiatra (Sala de espera)	1.00	42.16	133.00	133.00	
9	Ingreso para la atencion con medico psiquiatra	2.00	33.24	73.00		73.00
10	Espera de atencion en farmacia	0.01	3.25	23.51	23.51	
11	Atencion en farmacia	0.01	2.60	10.16		10.16
12	Salida del usuario	0.01	3.45	13.22		
		6.41	**101.13**	**308.36**	**201.45**	**90.61**

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	5:08
TIEMPO ESTANDAR	1:41
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:06
TIEMPO EN COLAS	**3.21**
TIEMPO DE ATENCIÓN	**1.31**



TIEMPO A OPTIMIZAR **3:27**

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	1.64	2%
Espera de atencion en M. contin	8.1	8%
Atencion en M. continuadores	1.23	1%
Espera de atencion en caja	1.9	2%
Atencion en caja	1	1%
Espera de atencion en ventanilla 4	1.56	2%
Atencion en ventanilla 4	1	1%
Sala de espera	42.16	42%
Atencion por consultorio	33.24	33%
Espera para atencion en farmacia	3.25	3%
Atencion por farmacia	2.6	2%
Salida del usuario	3.45	3%

Ordenar Frecuencias

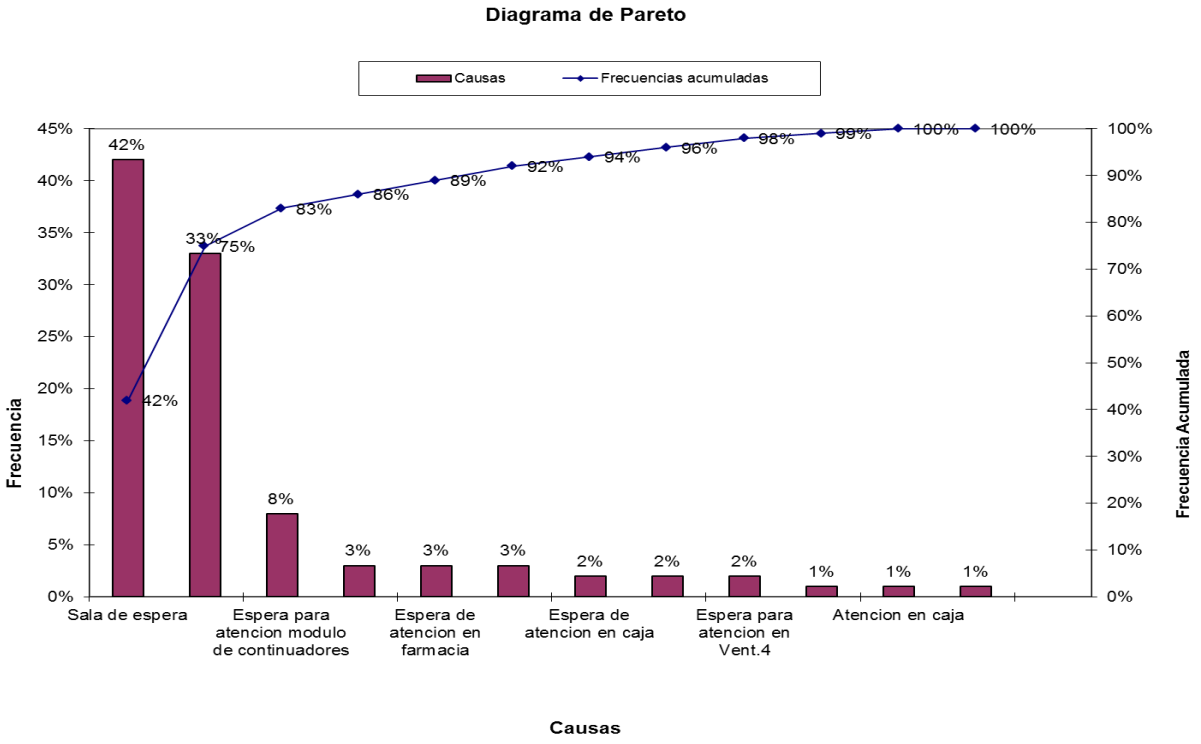
Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Sala de espera	42.16	42%	42%
Atencion por consultorio	33.24	33%	75%
Espera de atencion en M. contin	8.1	8%	83%
Salida del usuario	3.45	3%	86%
Espera para atencion en farmacia	3.25	3%	89%
Atencion por farmacia	2.6	2%	91%
Espera de atencion en caja	1.9	2%	93%
Ingreso del usuario	1.64	2%	95%
ion en ventanilla 4	1.56	2%	97%
continuadores	1.23		
a	1		
tanilla 4	1		

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Espera en sala de espera para la atención por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de

Consulta externa, por lo que son el 42% de la causa del tiempo de espera en los pacientes CONTINUADORES PAGANTES, seguido por la atención por médico psiquiatra en consultorio.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente continuador pagante en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue de **5 horas 08 minutos**.
2. El tiempo total en colas fue de **3 horas 21 minutos**.
3. El tiempo total en atención es **1 hora 31 minutos.**
4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador pagante en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue es **3 horas y 27 minutos**.
5. Según el Diagrama de Pareto se debe mejorar el tiempo de espera en sala de espera y en la atención por consultorio del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria.
6. El usuario hace un recorrido innecesario hasta la ventanilla 4 para hacer entrega de su ticket de pago pudiendo entregarlo a su médico tratante en el momento de la consulta.

C.- PACIENTE NUEVO SIS

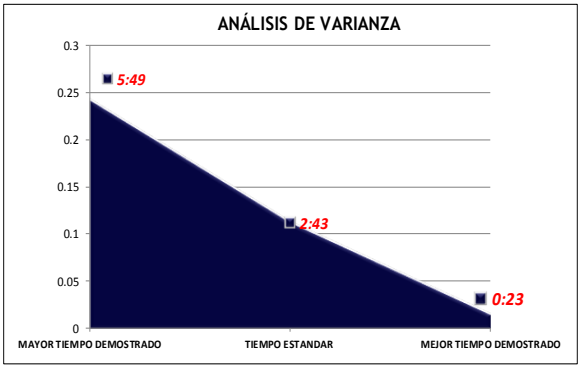
TABLA N° 09

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario	1.50	3.25	5.10		
2	Espera de atencion en modulo de P. nuevos pagantes	2.20	16.17	37.00	37.00	
3	Atencion por modulo de p. nuevos	0.50	4.53	13.01		13.01
4	Espera de atencion en triaje	0.18	17.06	30.05	30.05	
5	Atenciòn en triaje	1.00	3.80	10.00		10.00
6	Espera de atencion en admision	0.18	9.18	19.00	19.00	
7	atencion en admision	0.18	4.77	13.10		13.10
8	espera de atencion en caja	0.09	4.19	15.00	15.00	
9	Atencion en caja	0.18	5.65	29.00		29.00
10	Espera para la atencion con medico psiquiatra (Sala de espera)	7.00	40.64	85.00	85.00	
11	Atencion con medico psiquiatra	7.00	41.16	62.00		62.00
12	Espera de atencion en farmacia	0.18	6.43	18.00	18.00	
13	Atencion en farmacia	1.15	3.71	8.02		8.02
14	Salida del usuario	2.00	3.23	5.50		
		23.34	163.77	349.78	204.05	135.13

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	5:49
TIEMPO ESTANDAR	2:43
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:23
TIEMPO EN COLAS	3.29
TIEMPO DE ATENCIÓN	2.43



TIEMPO A OPTIMIZAR 3:06

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	3.25	2%
Espera de atencion en M.Nuevos	16.17	9%
Atencion en M. Nuevos	5.26	3%
Espera de atencion triaje	23.74	13%
Atencion en triaje	3.80	2%
Espera de atencion en admision	11.19	6%
Atencion en admision	5.57	3%
Espera de atencion en Unidad SIS	4.79	3%
Atencion en Unidad SIS	8.45	4%
sala de espera	45.56	25%
Atencion en consultorio	43.04	23%
Espera para atencion en farmacia	6.43	3%
Atencion en farmacia	3.71	2%
Salida del usuario	3.23	2%

Ordenar Frecuencias

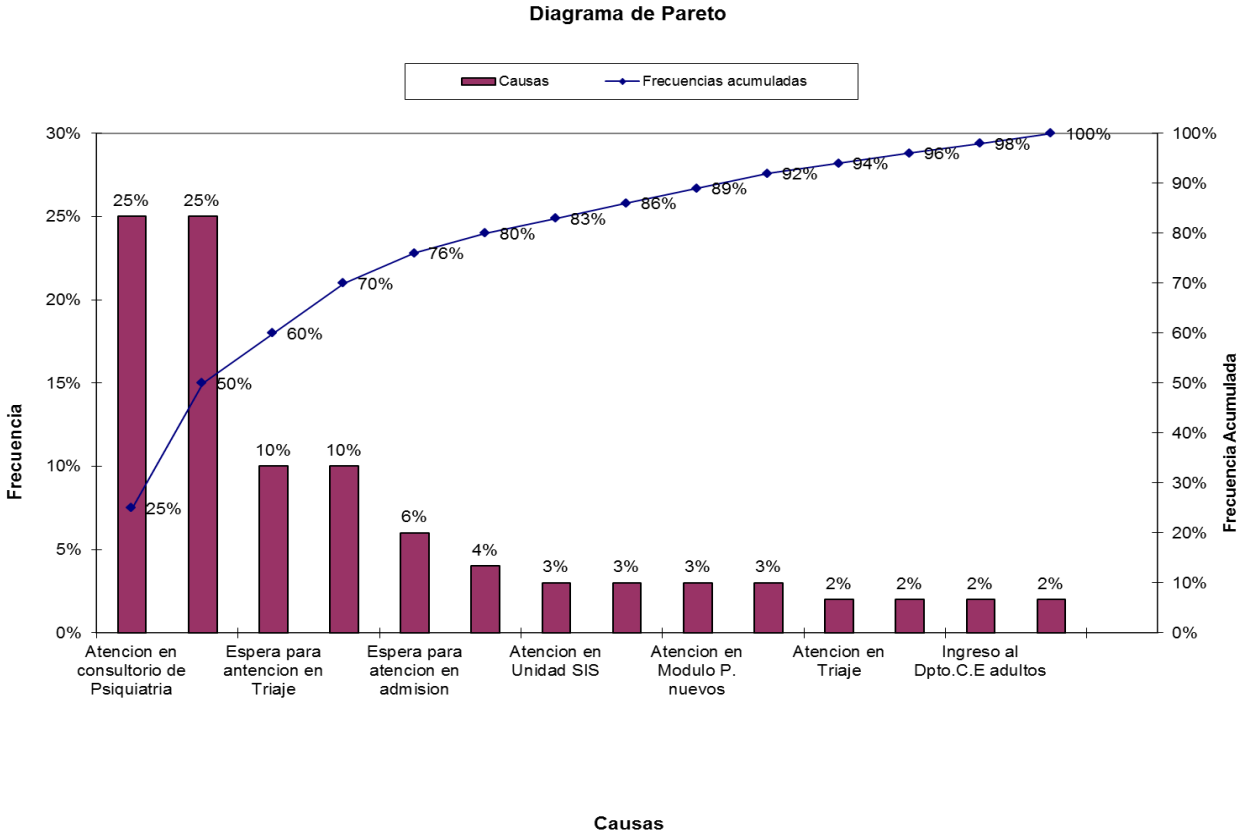
Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Sala de espera	45.56	25%	25%
Atencion en consultorio	43.04	23%	48%
Espera de atencion triaje	23.74	13%	61%
Espera de atencion en M. Nuevos	16.17	9%	70%
Espera de atencion en admision	11.19	6%	76%
Atencion en caja	8.45	4%	80%
Espera para atencion en farmacia	6.43	3%	83%
Atencion en admision	5.57	3%	86%
Atencion en M. Nuevos	5.26	3%	89%
Espera de atencion en caja	4.79		92%
Atencion en triaje	3.80		94%
Atencion en farmacia	3.71		96%
Ingreso del usuario	3.25		98%
Salida del usuario	3.23		100%

Ordenar Frecuencias

Borrar Tablas

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Espera en sala de espera para la atención por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Consulta externa, por lo que son el 25% de la causa del tiempo de espera en los pacientes NUEVOS SIS, seguido por la atención por médico psiquiatra en consultorio.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente Nuevo SIS en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue de **5 horas 49 minutos**.
2. El tiempo total en colas fue de **3 horas 24 minutos**.
3. El tiempo total en atención es **2 horas 15 minutos.**
4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador pagante en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue es **3 horas y 06 minutos**.
5. Según el Diagrama de Pareto se debe mejorar el tiempo de espera en **Sala de espera** y en la **atención por consultorio** del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria.

6.- Dentro de los inconvenientes observados durante la medición de los tiempos de espera y movimientos, se evidenció que existe demora en la entrega de la Historia clínica, la misma que es llevada desde archivo y muchas veces el mismo paciente reclama su historia.

D.- PACIENTE NUEVO PAGANTE
TABLA N° 10

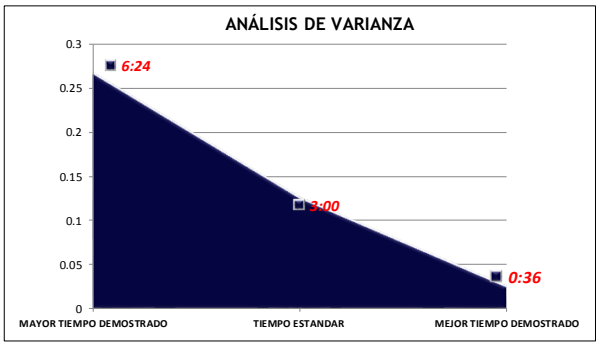
Informe Estudio de Tiempo y Movimientos

Cuadro de Reporte Final

	ACTIVIDADES	M DEMOST	MEDIA	MYR DMOST	T. EN COLAS	T. DE ATENCIÓN
1	Ingreso del usuario	1.45	3.14	5.12		
2	Espera de atencion en modulo de P. nuevos pagantes	1.30	22.49	47.00	47.00	
3	Atencion por modulo de p. nuevos	1.18	5.25	22.00		22.00
4	Espera de atencion en triaje	0.18	8.39	31.00	31.00	
5	Atenciòn en triaje	1.00	4.56	11.50		11.50
6	Espera de atencion en admision	0.18	4.21	8.05	8.05	
7	atencion en admision	0.18	4.85	18.00		18.00
8	espera de atencion en caja	0.07	2.17	4.10	4.10	
9	Atencion en caja	0.10	1.71	3.40		3.40
10	Espera para la atencion con medico psiquiatra (Sala de espera)	11.30	60.64	112.00	112.00	
11	Atencion con medico psiquiatra	18.00	52.60	102.00		102.00
12	Espera de atencion en farmacia	0.18	4.00	7.30	7.30	
13	Atencion en farmacia	0.27	3.44	6.57		6.57
14	Salida del usuario	1.45	3.36	6.00		
		36.84	180.81	384.04	209.45	163.47

RESUMEN

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	6:24
TIEMPO ESTANDAR	3:00
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:36
TIEMPO EN COLAS	3.29
TIEMPO DE ATENCIÓN	2.43



TIEMPO A OPTIMIZAR 3:23

DIAGRAMA DE PARETO

Tabla de frecuencias

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz
Ingreso del usuario	1.64	2%
Espera de atencion en M. contin	8.1	8%
Atencion en M. continuadores	1.23	1%
Espera de atencion en caja	1.9	2%
Atencion en caja	1	1%
Espera de atencion en ventanilla 4	1.56	2%
Atencion en ventanilla 4	1	1%
Sala de espera	42.16	42%
Atencion por consultorio	33.24	33%
Espera para atencion en farmacia	3.25	3%
Atencion por farmacia	2.6	2%
Salida del usuario	3.45	3%

Ordenar Frecuencias

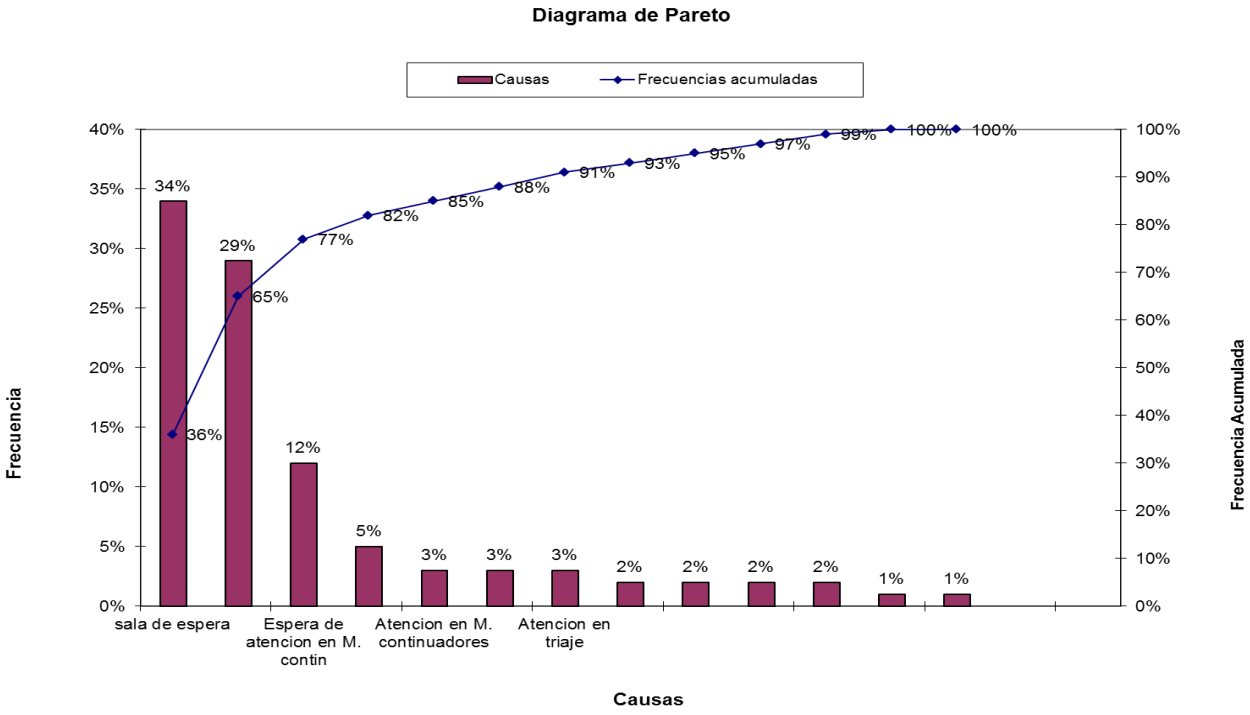
Tabla de frecuencias ordenadas

CAUSAS	Frecuencia	Frec. Normaliz	Frec. Acumulada
Sala de espera	42.16	42%	42%
Atencion por consultorio	33.24	33%	75%
Espera de atencion en M. contin	8.1	8%	83%
Salida del usuario	3.45	3%	86%
Espera para atencion en farmacia	3.25	3%	89%
Atencion por farmacia	2.6	2%	91%
Espera de atencion en caja	1.9	2%	93%
Ingreso del usuario	1.64	2%	95%
ion en ventanilla 4	1.56	2%	97%
continuadores	1.23		
a	1		
tanilla 4	1		

Borrar Tablas

Ordenar Frecuencias

Ver Diagrama de Pareto



En el Diagrama de Pareto podemos observar que el área (Espera en sala de espera para la atención por médico psiquiatra) es la causa del tiempo de espera en el Departamento de Consulta externa, por lo que son el 42% de la causa del tiempo de espera en los pacientes NUEVOS PAGANTES, seguido por la atención por médico psiquiatra en consultorio.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo de espera del paciente continuador pagante en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue de **6 horas 24 minutos**.
2. El tiempo total en colas fue de **3 horas 29 minutos**.
3. El tiempo total en atención es **2 horas 43 minutos.**
4. El tiempo a optimizar para el paciente continuador pagante en el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria fue es **3 horas y 23 minutos**.
5. Según el Diagrama de Pareto se debe mejorar el tiempo de espera en **Sala de espera** y en la **atención por consultorio** del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria.

Es todo lo que tengo que informar para los fines pertinentes.

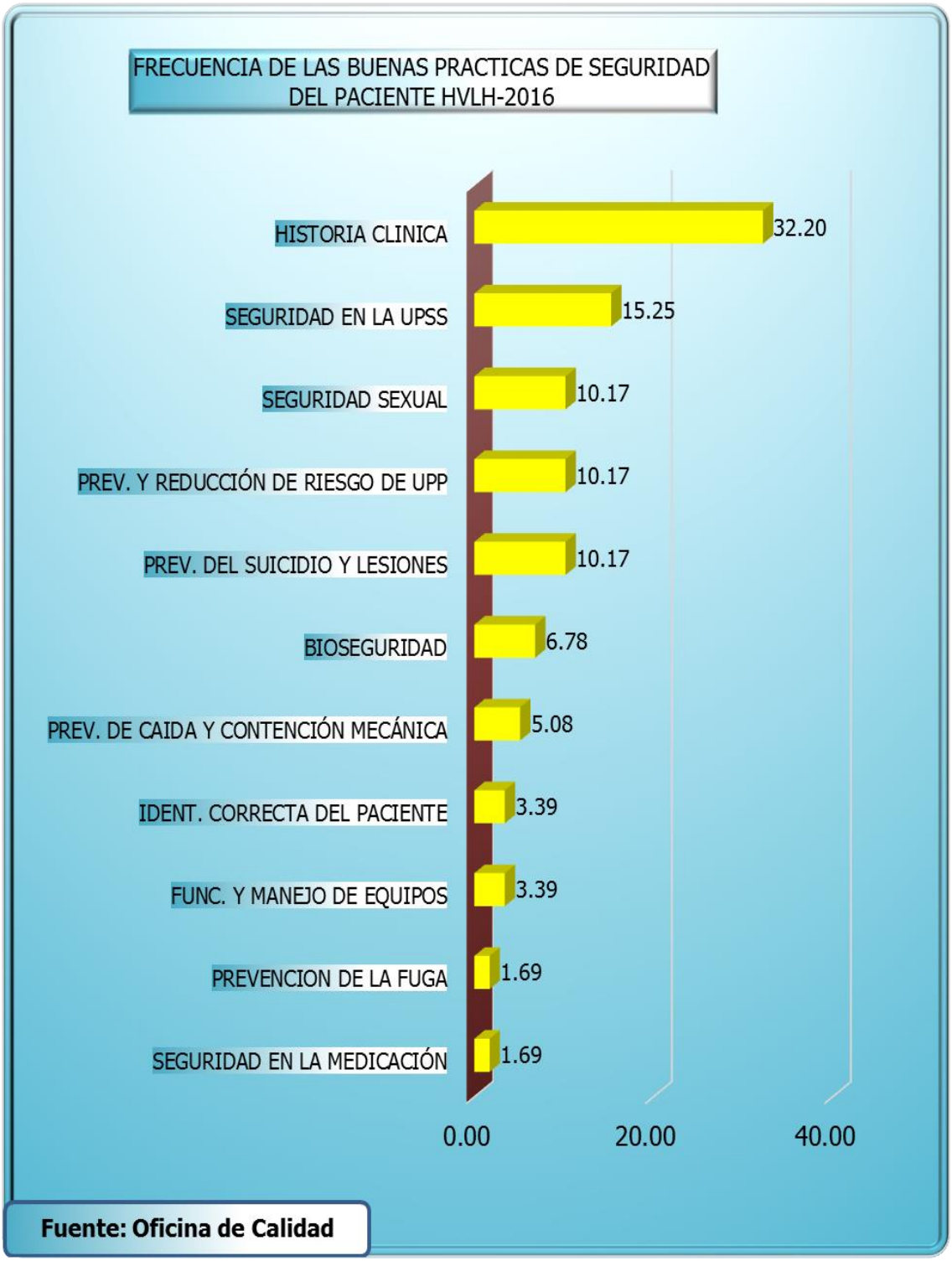
José Del Carmen Farro Sánchez.

Médico Auditor

RNA: A03842

6.4.2.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

FRECUENCIA DE LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HVLH-2016		
BUENAS PRÁCTICAS	%	TOTAL
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	1.69	1
PREVENCION DE LA FUGA	1.69	1
FUNC. Y MANEJO DE EQUIPOS	3.39	2
IDENT. CORRECTA DEL PACIENTE	3.39	2
PREV. DE CAIDA Y CONTENCIÓN MECÁNICA	5.08	3
BIOSEGURIDAD	6.78	4
PREV. DEL SUICIDIO Y LESIONES	10.17	6
PREV. Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE UPP	10.17	6
SEGURIDAD SEXUAL	10.17	6
SEGURIDAD EN LA UPSS	15.25	9
HISTORIA CLINICA	32.20	19
Total	100	59


FRECUENCIA DE LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HVLH-2016
HISTORIA CLINICA
32.20
SEGURIDAD EN LA UPSS
15.25
SEGURIDAD SEXUAL
10.17
PREV. Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE UPP
10.17
PREV. DEL SUICIDIO Y LESIONES
10.17
BIOSEGURIDAD
6.78
PREV. DE CAIDA Y CONTENCIÓN MECÁNICA
5.08
IDENT. CORRECTA DEL PACIENTE
3.39
FUNC. Y MANEJO DE EQUIPOS
3.39
PREVENCION DE LA FUGA
1.69
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN
1.69
0.00
20.00
40.00
Fuente: Oficina de Calidad

6.5 DOCENCIA E INVESTIGACION

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Hospital "victor Larco Herrera"
Central de Documentación
29 DIC 2016
RECIBIDO
Por: ..... Hora: 9:25 Exp: .....

INFORME N° 091-2016-OADI/HVLH/IGSS

A : Med. Roger Alejandro Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Asunto : Información solicitada

Referencia : Nota Informativa N° 099-OESA-HVLH-2016

Fecha : Magdalena del Mar, 28 de diciembre del 2016

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente y en atención al asunto de la referencia, cumplo con enviar la información solicitada.

A. Respecto al Plan Anual de Investigación 2015, entre sus metas se planteó la realización de 28 Proyectos de Investigación; meta que fue cumplida pues durante el 2015, se lograron realizar 30 Proyectos de Investigación. La mayoría de los Proyectos fueron realizados por los Médicos Residentes del Hospital. Todos los Proyectos fueron de tipo observacional.

B. Respecto al tema de artículos publicados en el 2015; no hubo ningún artículo publicado, durante ese año.

C. Tampoco se han desarrollado documentos normativos basados en Investigaciones.

D. Durante el año 2015, se ha autorizado:

- Pasantía a la Médico Claudette Pajares del Hospital Santo Tomás de la República de Panamá, durante los meses de diciembre 2015 a febrero 2016.
- Rotación Externa, a la Dra. Cristina Brophy Palma, del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid –España, durante el periodo de enero a marzo 2015.
- Los Médicos Residentes de nuestra Sede Docente que han realizado Rotaciones al Extranjero: César Li Amenero, la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, durante el mes de marzo 2015; Kelly Castro Cisneros, en la República de Argentina, durante el mes de octubre 2015; Syntia Laos Mejía, en el Center for Health Culture an Society-USA durante los meses de marzo y abril 2015.

Atentamente,

Ministerio De Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Dr. Enrique Bejarquez Giraldo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
C.M.P. 8747 - R.N.E. 10240

EBG/mbrg.
c.c.Archivo

PERÚ PROGRESO PARA TODOS

www.larcoherrera.gob.pe

Av. El Ejercito Nº 600
Magdalena del Mar, Lima 17,
Perú
Telef. (511) 2619450

Hospital "Víctor Larco Herrera" Central de Documentación 24 ENE. 2017 RECIBIDO Por:..... Hora..... Exp:.....

PERÚ Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL 24 ENE. 2017 RECIBIDO Firma..... Hora:..... Exp.....

INFORME N° 001-2017OADI/HVLH/IGSS

Med. Roger Alejandro Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Asunto : Información solicitada

Referencia : Nota Informativa N° 016-OESA-HVLH-2017

Fecha : Magdalena del Mar, 24 de enero del 2017

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente y en atención al asunto de la referencia, cumplo con enviar la información solicitada.

A. Respecto al Plan Anual de Investigación 2016, entre sus metas se planteó la realización de 20 Proyectos de Investigación; meta que fue superada pues durante el 2016, se lograron realizar 30 Proyectos de Investigación. La mayoría de los Proyectos fueron realizados por los Médicos Residentes del Hospital. Todos los Proyectos fueron de tipo observacional.

B. Respecto al tema de artículos publicados en el 2016; no hubo ningún artículo publicado, durante ese año.

C. Tampoco se han desarrollado documentos normativos basados en Investigaciones.

D. Durante el año 2016, se ha autorizado las siguientes pasantías:

1. Pasantías de solicitantes externos:

- Pasantía al Magister Juan Manuel Albetis De La Cruz, de la Casa de Estudios "Universidad de Toulouse II Francia, durante los meses de abril y mayo 2016.
- Pasantía a la Srta. María Victoria Guadalupe Levaggi, de la Universidad de East Anglia de Inglaterra, del 01 de julio al 30 de agosto del 2016.
- Pasantía a la Ps. Patrica Peñafiel Suarez, alumna de Maestría de la Universidad Leipzing de Alemania.

2. Pasantías de médicos residentes de la Sede:

- César Li Amenero, en el Programa de Formación de Psiquiatría de Enlace-Psicosomática del Hospital Clínic de Barcelona, durante los meses de abril y mayo 2016.

PERÚ PROGRESO PARA TODOS

www.larcoherrera.gob.pe

Av. El Ejercito N° 600
Magdalena del Mar, Lima 17, Perú
Telef. (511) 2619450

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- Martha Teresa De la Cruz Rodríguez, en el Programa Formación de Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias, durante el mes noviembre 2016.
- Pilar Chávez Ordoñez, en la Clínica de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, durante el mes de octubre 2016.
- Liesel Marie Ludowieg Cassinelli, en el Servicio de Psiquiatría, Área de Trastornos de la Conducta Alimentaria, del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid-España, durante los meses de abril y mayo 2016.
- Adrián Arévalo Alván, en la Unidad de Trastorno Bipolar y Unidad de Trastorno de la Personalidad, de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Chile, durante el mes de junio 2016 y Tratamiento de Psicotrauma en el Centro Israelí Hirzug; Trauma y Resiliencia, Formación en Terapia Cognitiva Conductual para Dispres Postraumático, en la Universidad Hebrea de Jerusalén, durante el mes de julio 2016.

3. Pasantías de Médicos Residentes de otras Sedes que han rotado por los diferentes Servicios del Hospital: Durante el año 2016, se ejecutaron 135 pasantías de diversas Sedes Docentes y Especialidades.

Atentamente,

Ministerio De Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Dr. Enrique Bejarquez Giruldo
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
C.M.P. 8787 - R.N.E. 10240

EBG/*Mariluz*
c.c. Archivo.

PERÚ PROGRESO PARA TODOS

www.larcoherrera.gob.pe

Av. El Ejercito Nº 600
Magdalena del Mar, Lima 17,
Perú
Telef. (511) 2619450

6.6 Gestión de los Servicio 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.

Departamentos Hospitalarios Ofertados como Institución Especializada
Como institución especializada tenemos los siguientes servicios que brindamos a la comunidad en general:

Departamento de 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).

Departamento Consultorios Externos Adultos

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

Departamento Apoyo Medico Complementario

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

Departamento de Adicciones

Consulta Externa (01 consultorio)

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 en Salud Mental tenemos los siguientes servicios que brindamos a la comunidad en general de la atención y tratamiento a través de:

a. Departamentos Finales:

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.

b. Departamento de Intermedios

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

Servicio Social brinda servicios 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 y Rayos X.
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.

Las tres Instituciones especializadas en salud mental y psiquiatría (Hospital Víctor Larco Herrera, Instituto Honorio Delgado Noguchi, Hospital Herminio Valdizán), ofrecen en conjunto aproximado a 874 camas; de las cuales 590 corresponden a nuestro Hospital.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Número de camas	
Infraestructura Hospitalaria (Fuente: Servicios de Especialidad - Año 2016)	
Servicio	Nº Camas
Hospitalización Varones B1	18
Hospitalización Varones B2	23
Hospitalización Damas B1	12
Hospitalización Damas B2	23
Hospitalización Adicciones	21
Observación Emergencia	17
Total Camas	114

Número de Camas en Hospitales e Institutos Especializados en Psiquiatría – AÑO 2016	
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (según su POA 2016)	590
INSTITUTO HONORIO DELGADO NOGUCHI Dato encontrado en la R.D. Nº 287-2015-DG/INSM “HD – HN” (Plan de Contingencia denominado “FENOMENO DEL NIÑO”) Camas instaladas	114
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN (según R.D. Nº 005-DG/HHV-2015 – Servicio de Hospitalización de D.S.M.A.G.)	170
TOTAL CAMAS	874
Elaborado: OESA	

6.7 Infraestructura Hospitalaria.

Producción Hospitalaria de Servicios.

El Hospital está especializado en la atención de los problemas de salud mental, para lo cual el ofrece una serie de servicios, profesionales especializados y recursos físicos, con la finalidad de aliviar la salud mental, de la población.

RECURSOS MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO.

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

6.7.1 Ver foto de centro de acopio antiguo año 2016

6.7.2 Ver foto comenzando la remodelación del nuevo centro de acopio año 2016

28/09/2016

28/09/2016

6.7.3 DISPONIBILIDAD DE CAMAS

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

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

DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS AÑO 2016	
Total de camas presupuestadas	590
Nº de camas rotativas (ofertadas)	216
Nº de camas cautivas	374

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: ESA

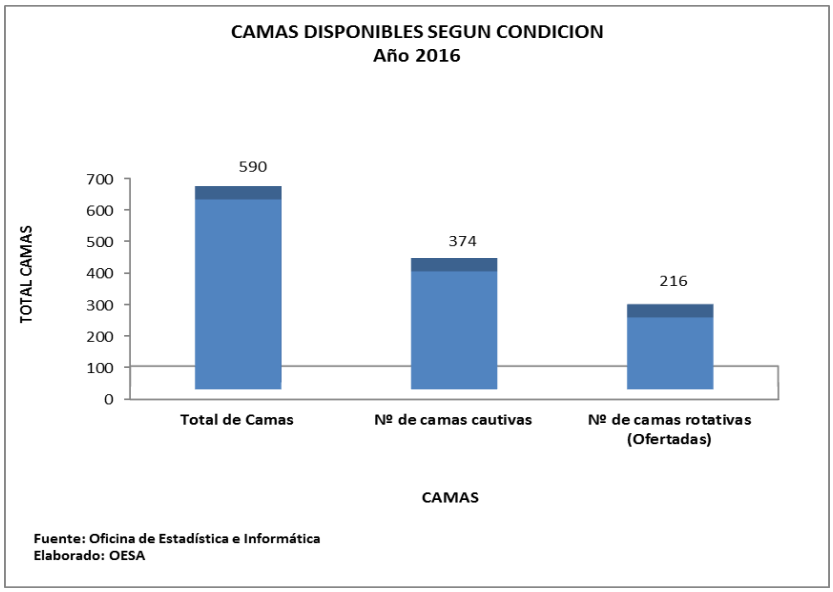
Del total de camas la distribución se establece según la capacidad para cada uno de los pabellones como se observa en la tabla adjunta:

Distribución de Camas año 2016 Tabla Nº 16	
Pacientes de Corta Estancia:	
Pabellón 01 (hombres) :	60 camas
Pabellón 20 (mujeres) :	60 camas
Pacientes con Adicciones:	
Pabellón 18 (hombres) :	60 camas
Emergencia:	
Pacientes hombres :	06 camas
Pacientes mujeres :	06 camas
Pacientes Judiciales:	
Pabellón INPE :	12 camas
Pacientes con intercurrencias no psiquiátricas :	
Pabellón UCE :	12 camas
Sub total	216 camas
Pacientes de Larga Estancia :	
Pabellón 04 (hombres)	80 camas
Pabellón 05 (mujeres)	56 camas

Pabellón 08 (retardo mental)	39 camas
Pabellón 09 (hombres)	42 camas
Pabellones 12 (hombres)	23 camas
Pabellón 13 (mujeres)	31 camas
Pabellón 02 (psicogeriatría)	67 camas
Casa Hogar	06 camas
UCE Geriátrico	30 camas
Sub total	374 camas
Total	590 camas

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Del total de 590 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, 12 camas para atender pacientes con Emergencias Psiquiátricas (06 para hombres y 06 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 216 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 (extra institucional).



6.8 Aspectos Generales del Hospital Víctor Larco Herrera.

Antecedentes generales

El año de 1988 se emite la Resolución Jefatural 284-88-INC, declarando Monumento Histórico al Hospital Víctor Larco Herrera.

El año 2000, se llevó a cabo la Delimitación del Área Intangible del Hospital, respaldada mediante la Resolución Directoral Ejecutiva N°576/INC, donde se incluyen solo algunas de las instalaciones existentes.

El año 2009 el Instituto Nacional de Cultura, mediante Resolución Directoral N° 278/INC, determina los sectores de Intervención para el Hospital Víctor Larco Herrera, incluyendo pabellones e instalaciones no contempladas en la anterior delimitación.

Antecedentes históricos

El Hospital fue proyectado por el gobierno de Nicolás de Piérola como el Hospital Nacional de Insanos, habiendo ganado el primer premio el Estudio del Dr. Manuel E. Muñiz y planos arquitectónicos elaborados por el arquitecto Gauterot.

La construcción del hospital se remonta a agosto de 1901, cuando se colocó la primera piedra en las tierras de propiedad de la Beneficencia Pública, para el Asilo Colonia de Magdalena del Mar.

El año 1904 se terminó el pabellón de administración iniciándose también los trabajos para los pabellones de enfermeros.

En 1912, las obras se paralizaron y temporalmente se dio al establecimiento, el uso de cuartel militar y posteriormente ocupación de la Escuela de Economía Doméstica.

Varias veces postergada la construcción se reanudó en 1914, bajo la supervisión del Ministerio de Fomento.

En 1917, siendo el inspector del establecimiento, el doctor Federico Elguera llevo a cabo la traslación de los enfermeros aun estando las obras inconclusas.

El establecimiento abre sus puertas el 1 de enero de 1918, como el Asilo Colonia de Magdalena, recibiendo inicialmente a 606 pacientes provenientes del antiguo Hospital de la Misericordia o Manicomio del Cercado, que albergaba desde 1859 a los enfermos mentales, luego de que fueran trasladados de los antiguos servicios custódiales (“Loquerías”) que existieron en siglos pasados como anexos de los Hospitales Generales de San Andrés (varones) y Santa Ana (mujeres).

Siendo entonces el hospital psiquiátrico más antiguo y grande del Perú, empezó sus labores bajo la dirección del Doctor Hermilio Valdizán, quien es considerado legítimamente como el psiquiatra prócer de la especialidad en el Perú. Su vida, breve por su muerte prematura en 1929, pero dilatada por la vastedad de sus aportes y publicaciones, estuvo signada no sólo por su destacada labor clínica meticulosa y extensa, y por su vocación historio Gráfico y social en la investigación, por su fluida prosa periodística y su amplia vocación divulgativa, por sus señeras cualidades de docente en distintos ámbitos académicos, por ser el introductor pionero de las contribuciones aquilatadas de la especialidad a nuestro medio en sus distintas

vertientes, sino además por el denominador común de sus múltiples facetas, por su acendrada vocación peruanista y su compromiso con la realidad nuestra, por su denodado amor hacia el Perú.

Lo sucedieron en el cargo el Dr. Baltasar Caravedo Prado y luego el Dr. Juan Francisco Valega.

[Un personaje importante de formación germana, el psiquiatra arequipeño Dr. Honorio Delgado, quien hizo varias publicaciones de trabajos de investigación en psiquiatría y difundió varios artículos de interés nacional en el diario El Comercio, además de llevar a Europa una muestra pictórica del arte y la psicopatología de los pacientes de ésta institución.

Fué sucedido en la jefatura del pabellón 2 por el Dr. Grover Morí Romero, también formado en Alemania, quien empleó por varios años «la economía de fichas», como técnica de modificación de conductas de la Comunidad Terapéutica.

El 4 de enero de 1918, por Resolución Suprema, se declaró cumplido el objeto de la comisión encargada de seguir las obras de la construcción del Manicomio Nacional, dando por terminadas las funciones y entregándose a la Sociedad de la Beneficencia Pública de Lima para su administración.

En 1920, el asilo contaba con las siguientes dependencias: Pabellón de Administración, Servicio de Admisión, Servicio de Pensionistas Mujeres, Servicio de Pensionistas Hombres, Servicio de Régimen Común de Mujeres, Servicio de Régimen Común de Hombres, Servicios Generales, Laboratorio de Investigaciones Biológicas, Fisioterapia (hidroterapia y Kinesioterapia, etc.) Gabinete de Psicología Experimental, Museo, Biblioteca, Gabinete Odontológico, Farmacia, Cocina y las respectivas dependencias (almacenes, frigorífico, panadería), Establo y Granja.

El mismo año, se encontraban ya en construcción las dependencias de: Villa de Clinoterapia para Servicio de Régimen Común de Hombres, Villa de Clinoterapia para Servicio de Régimen Común de Mujeres, Villa de Clinoterapia para Servicio de Pensionistas Mujeres, Pabellón de Infecto Contagiosos, Villa de Convalecientes para el Servicio de Pensionistas Mujeres, Pabellón de Talleres para Hombres, gallinero, pátera y palomar.

Adicionalmente se tenían proyectadas las obras de: Villa de Clinoterapia para Servicio de Pensionistas Hombres, Villa de Convalecientes para el Servicio de Régimen Común de Hombres, Villa de Convalecientes para el Servicio de Régimen Común de Mujeres, Villa para Epilépticos, Villa para Epilépticas.

Entre los años de 1930 y 1939, se llevó a cabo las construcción de los pabellones de: Escuela de Enfermeras, Pabellón de Niños, Pabellón de Costura, Pabellón de Enjuiciados, el cerco perimétrico y las rejas, proyectados por el arquitecto Rafael Marquina.

Según los archivos de la Sociedad de la Beneficencia Pública de Lima de los años de 1954, 1955, y 1956, se tiene información de la construcción de un nuevo pabellón con una capacidad para 150 pacientes varones a fin de cubrir la demanda excedente del pabellón 4 dedicado a atenciones gratuitas. Así también se tiene información sobre la construcción de edificaciones complementarias como el Auditorio, el Departamento de Educación Física y la nueva Cafetería. En esos años, también se hicieron algunas mejoras en los pabellones existentes, tratamiento de circulaciones, jardines exteriores, y canalización de acequias.

Durante este periodo de consolidación de la construcción y el funcionamiento del hospital, Víctor Larco Herrera brindo grandes aportes económicos y dedicación personal, motivo por el cual, el año de 1919, fue elegido por la Beneficencia Pública, como Inspector del Asilo Colonia y luego de su fallecimiento, en 1939, el establecimiento fue nombrado Hospital “Víctor Larco Herrera” en memoria suya.

El pabellón Nº20, fue inaugurado el 28 de diciembre de 1957, este pabellón fue proyectado por el Arq. Luis Miroquesada Garland.

El hospital Víctor Larco Herrera tuvo el prestigio de ser el primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los más modernos tratamientos de la época, siendo el único centro asistencia de la especialidad para atención de pacientes en todo el país hasta 1961, año en que se inauguró el Hospital Hermilio Valdizán.

Si bien la formación no tenía carácter escolarizado, por cinco décadas el "Hospital Víctor Larco Herrera" fue el centro de formación psiquiátrica donde se produjeron las primeras investigaciones sistemáticas en la terapéutica y en los aspectos socioculturales de la psiquiatría nacional, así como el creador de la primera escuela mixta de enfermeros especializados en psiquiatría, que por décadas formó el personal asistencial más cercano al enfermo, quien diera especial importancia a esta Escuela, logrando la presencia de cinco enfermeras psiquiátricas provenientes de Inglaterra, tanto para la "superintendencia" del Hospital cuanto para las labores de organización de la Escuela.

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.

La Sociedad de la Beneficencia Pública de Lima tuvo bajo su administración el establecimiento hasta 1966, pasando ese año a la administración del Ministerio de Salud hasta la actualidad.

En la actualidad, el Hospital Víctor Larco Herrera es una Institución Pública, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda servicios especializados de prevención, promoción, tratamiento recuperación y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población a su cargo, con calidad, calidez, equidad, oportunidad, accesibilidad y efectividad; con los recursos humanos comprometidos en el desarrollo institucional y con tecnología e infraestructura adecuada.

El año 1988, el Hospital Víctor Larco Herrera, fue reconocido como Monumento Histórico de la Nación mediante la Resolución Jefatural N°284/INC del 18 de mayo de 1988, dentro del tipo de "Arquitectura Asistencial" como parte de la Arquitectura Civil Pública.

Aspectos Físico Espaciales

Ubicación

Departamento: Lima

Provincia : Lima

Distrito : Magdalena del Mar

Dirección : Avenida Augusto Pérez Aranibar (ex Avenida del Ejercito) Nº600

Ubicación Geográfica

UTM E: 18L275172.428m

UTM S : 8661769.354m

Altitud : 66 m.s.n.m.

Limites

El hospital se emplaza en la manzana formada por la Avenida Augusto Pérez Aranibar (Ex Avenida del Ejercito) por el Sur, la calle Justo Amadeo Vigil por el Este, las calles Soto Valle y Almirante Marcos de Aramburú por el norte y la calle las calles Bonnemaison y Domingo Ponte por el Oeste.

En el sector norte y la sección media del sector oeste, colinda con propiedades de terceros, producto de desmembramiento del predio original en épocas pasadas.

Accesibilidad

Las vías principales de acceso son la avenida Augusto Aranibar en la que se cuenta con el acceso principal, un acceso al área de consulta externa y un acceso al área de Emergencia; y la calle Antonio Raymondi, en la que se tiene un acceso vehicular secundario, un acceso al área de admisión del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente.

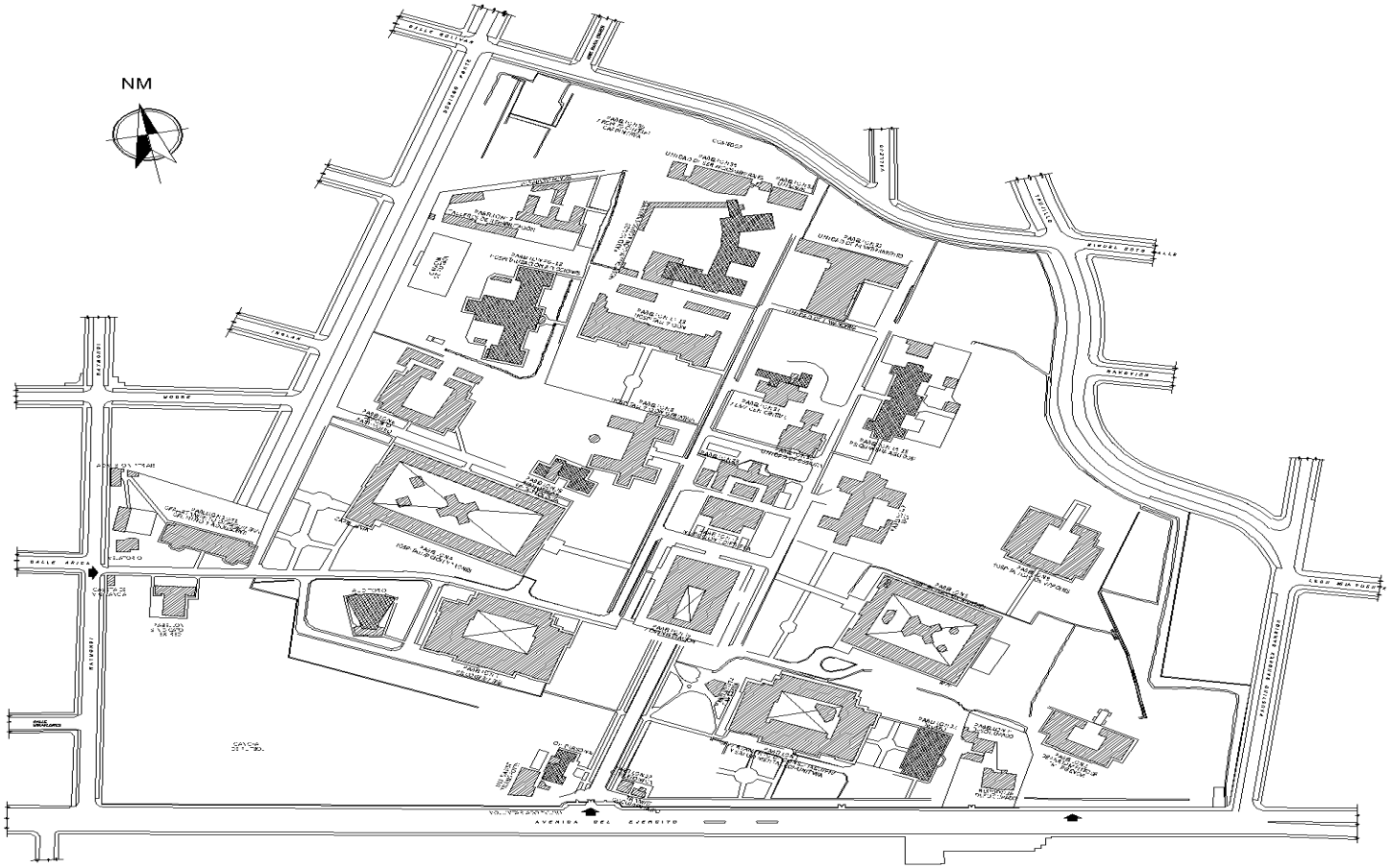
Es posible acceder desde otros distritos mediante vías cercanas como son la Av. Javier Prado, Av. Brasil, la Avenida Salaverry y la vía costanera.

Áreas

Área de predio : 20.8705 has

Perímetro : 2021.385 m

6.8.1 Plano de conjunto



6.8.2 VISTA AEREA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

6.8.3 Planta física

El hospital ocupó inicialmente más de 50 hectáreas de terreno. Luego de varias modificaciones y ocupaciones urbanas a los alrededores el área del hospital se redujo a cerca de 21 hectáreas.

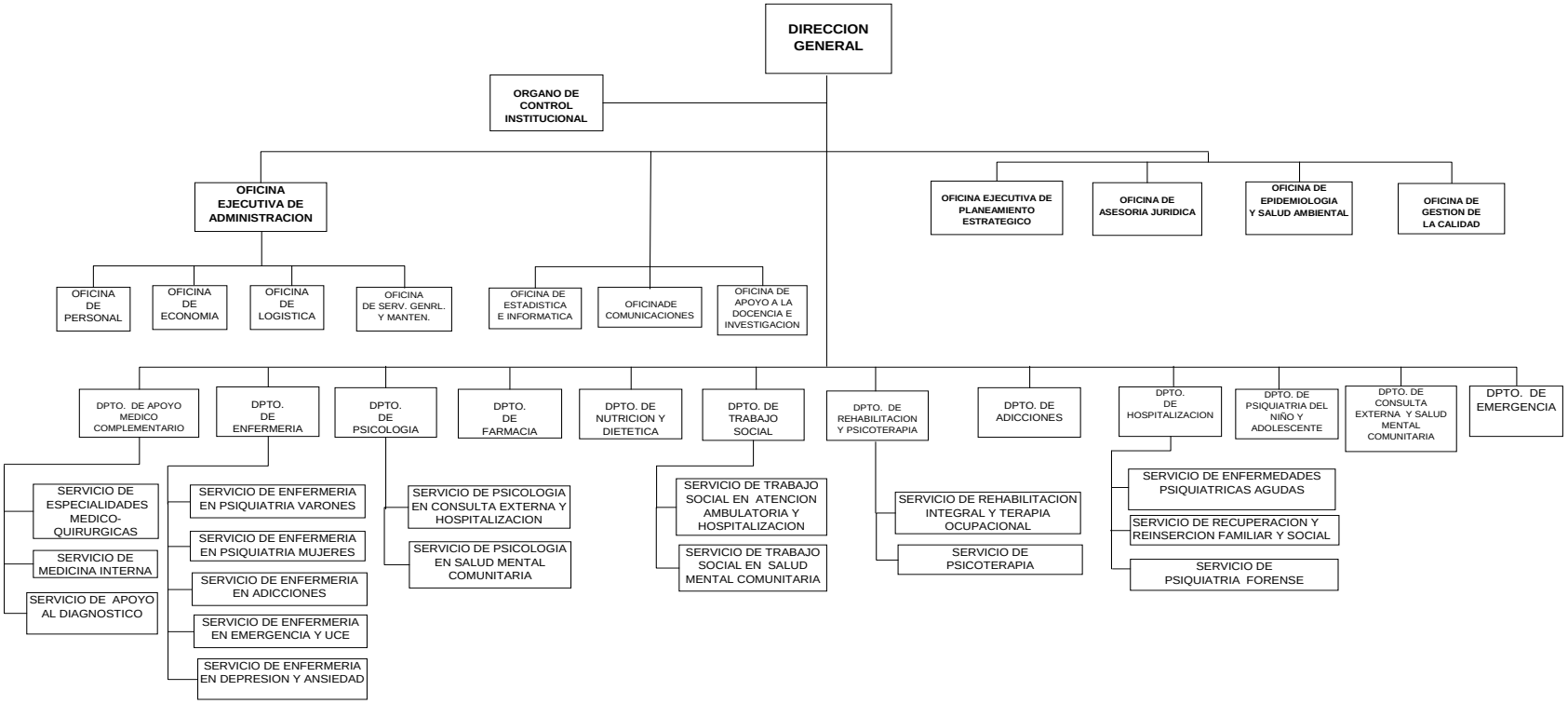
El hospital se conforma de pabellones emplazados en el terreno y cada uno de ellos alberga los distintos departamentos de atención que conforman el establecimiento; organizados de manera exenta uno del otro, como resultado del planeamiento del antiguo Asilo Colonia de Magdalena (según los criterios de higiene y asistencia adoptados de Europa desde mediados del Siglo XIX) y rodeados por jardines vinculados por un sistema de circulación exterior que conecta a unos con otros.

Los pabellones se encuentran organizados en un trazado con un damero predominante, símil al de la traza urbana mediata, que conforma cada una de las villas inicialmente planificadas, en base a ejes trazados, en su mayoría, de manera paralela y perpendiculares a la calle Domingo Ponte, y las edificaciones de las villas se encuentran alineados a los trazos, adicionalmente, nuevas vías fueron trazadas de acuerdo a las nuevas necesidades y en consecuencia algunas edificaciones presentan una orientación diferente. El eje principal fue trazado desde el ingreso de manera paralela a la citada vía y en medio del terreno, definiendo una alameda que conduce al pabellón de Administración Central.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERAA

6.8.4 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y ORGANIZACIÓN

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO "VICTOR LARCO HERRERA"



6.8.5 Descripción y análisis de la estructura orgánica del Hospital Víctor Larco Herrera.

Organización del hospital.

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

- Decreto Supremo 013-2006-SA – Aprueba Reglamento de Establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial Nº 007-84-SA/VM - Normas de Atención en Salud Mental según niveles de complejidad.
- Resolución Ministerial Nº 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. Nº 013-2002-SA.
- Resolución Ministerial 132-2005-/MINSA Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- RD Nº 0406/2006-DG-DESP-DISA V Lima Ciudad, Aprueba categorización de institución especializada en psiquiatría y salud mental nivel III-1 08 de mayo 2006

Según el Reglamento de Organización y Funciones, 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

6.9 Manejo de Residuos Sólidos.

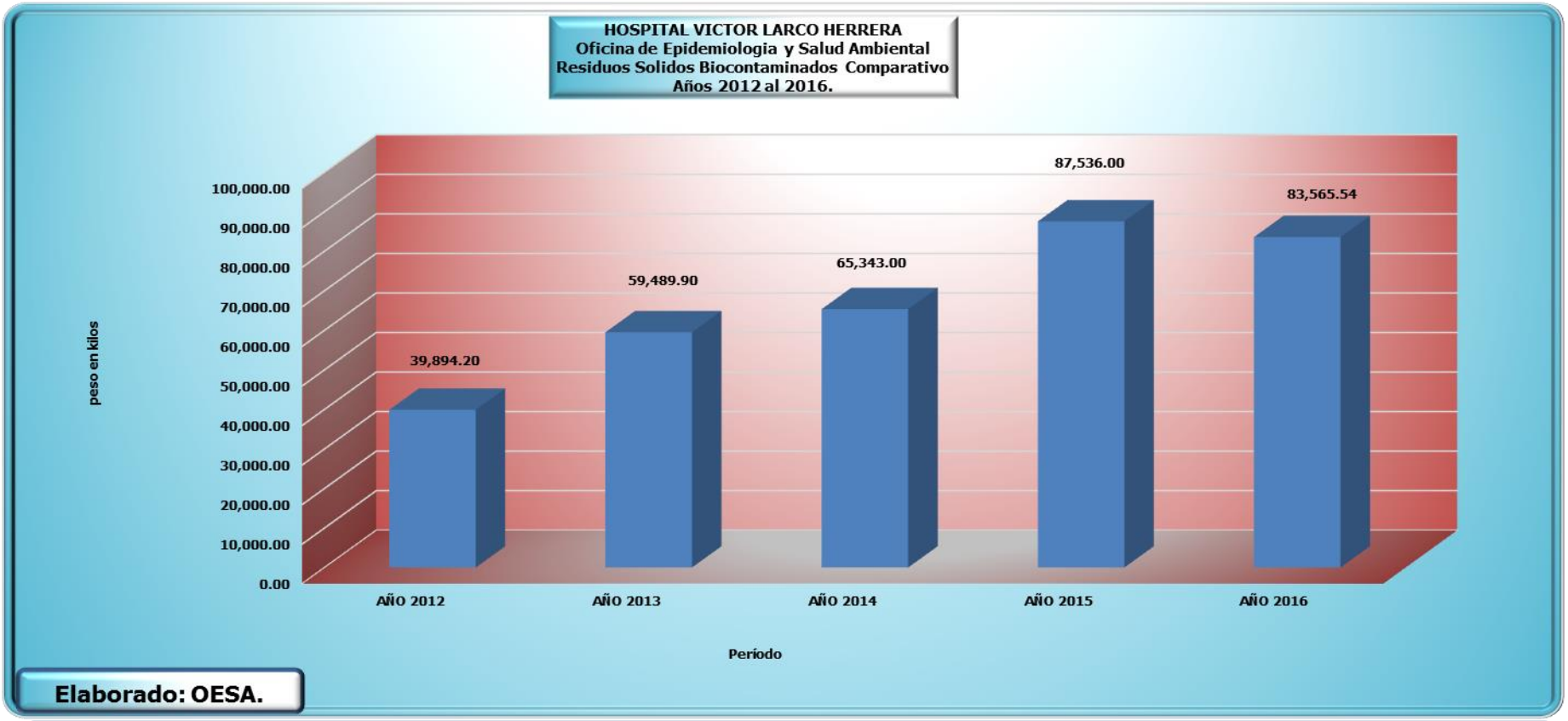
Los Residuos Sólidos Hospitalarios, que se presentan durante el presente año son comparativos con los Residuos Sólidos Biocontaminados de años anteriores, hasta el presente año.

A continuación presentamos la estadística comparativa de nuestra labor.

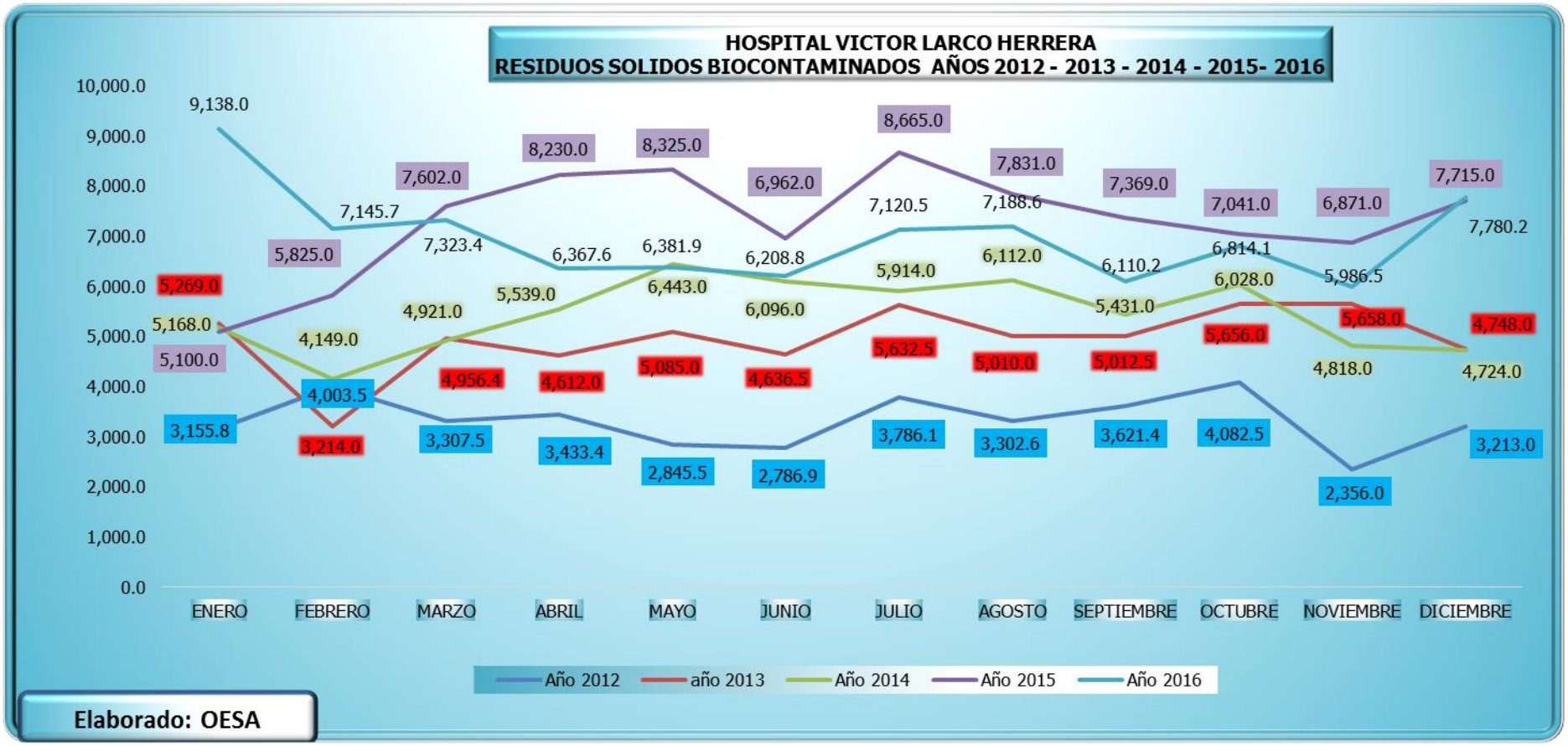
Anexo Nº 2 Ficha de Caracterización de Residuos

DETERMINACION EN PROMEDIO DE LA CANTIDAD DE RESIDUOS SOLIDOS COMUNES GENERADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASI COMO LA CARACTERIZACION DE LOS MISMOS AÑO 2016

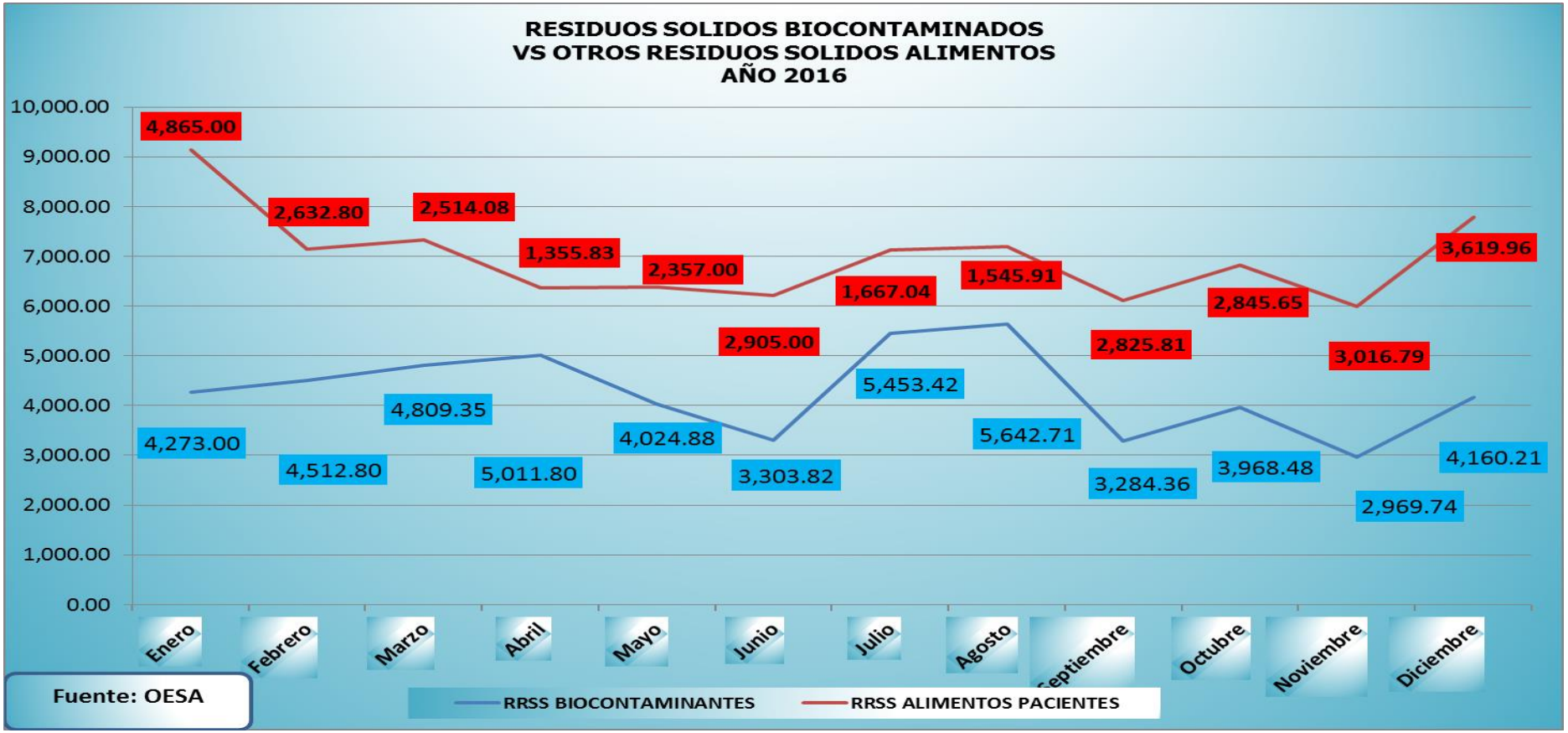
Nº	AREA	Miércoles 06/01/2016			Viernes 08/01/2016			Total de Bolsas	Total Residuos Biocontaminados Kg.	Promedio de Residuos Diarios Lts.	Promedio de Residuos Diarios Kg
		Nº de Bolsas	Cantidad de Residuo KG.	Volumen (Lts)	Nº de Bolsas	Cantidad de Residuo KG	Volumen (Lts)				
1	CONSULTA EXTERNA ADULTOS	2	14.0	109.0	2	19.0	150.0	4	33.0	129.5	16.5
2	CONSULTA EXTERNA NIÑOS Y ADOLESCENTES	1	19.0	29.0	1	2.0	4.0	2	21.0	16.5	10.5
3	EMERGENCIA	1	10.0	15.0	1	10	130.0	2	20.0	72.5	10.0
4	PABELLON 1	2	14	29.0	2	10	19.0	4	24.0	24.0	12.0
5	PABELLON 2	1	10	120.0	1	1	10.0	2	11.0	65.0	5.5
6	PABELLON 4	1	10.0	40.0	1	19.0	60.0	2	29.0	50.0	14.5
7	PABELLON 5	1	19.0	129.0	1	10.0	40.0	2	29.0	84.5	14.5
8	PABELLON UCE	1	15.0	90.0	1	4.0	50.0	2	19.0	70.0	9.5
9	PABELLON 8	2	8.0	60.0	2	13.0	100.0	4	21.0	80.0	10.5
10	PABELLON 9	2	4.0	10.0	2	10.0	20.0	4	14.0	15.0	7.0
11	PABELLON 12 - 13	1	25	29.0	1	10	140.0	2	35.0	84.5	17.5
13	PABELLON 18	1	10	20.0	1	1	5.0	2	11.0	12.5	5.5
14	PABELLON 20	1	10.0	70.0	1	10.0	30.0	2	20.0	50.0	10.0
15	ADMINISTRACION CENTRAL	1	40.0	120.0	1	6.0	30.0	2	46.0	75.0	23.0
16	PERSONAL - TELEFONICA - TRANS	1	30.0	160.0	1	2.0	30.0	2	32.0	95.0	16.0
18	CUERPO MEDICO	1	4.0	8.0	1	10.0	70.0	2	14.0	39.0	7.0
19	NUTRICION	5	320	510.0	5	435	940.0	10	755.0	725.0	377.5
20	COSTURA	1	6.00	100.0	1	2.00	10.0	2	8.0	55.0	4.0
21	ALMACEN CENTRAL	1	6.00	70.0	1	2.00	40.0	2	8.0	55.0	4.0
22	LAVANDERIA	1	8.00	20.0	1	1.0	10.0	2	9.0	15.0	4.5
24	PUERTA FALSA	1	3.0	20.0	1	4.0	30.0	2	7.0	25.0	3.5
	TOTALES	29	585	1758	29	581	1,918	58	1,166	1,838	583



En el gráfico se aprecia un significativo crecimiento de los Residuos Sólidos, desde el año 2012 hasta el año 2016, y se presenta el dato del año 2016 hasta el mes de Diciembre 2016, respectivamente, donde se puedo apreciar que hubo un lige decremento con respecto al año 2015.



Los residuos sólidos biocontaminados durante el presente año ha tenido un significativo incremento desde el mes de febrero hasta diciembre del presente año.



Los Residuos Sólidos de Alimentos comparativos (contaminados), que se presentan en esta gráfica, se observan un significativo incremento en los Residuos Sólidos de Alimentos Incontaminados.

¡

Consolidado de Punzo cortantes y (residuos especiales) líquidos de laboratorio, año 2016			
Fecha	RRSS (punzocortantes) en Kilos	Líquidos (RRSS de laboratorio) en kilos	Total
19/01/2016	19.00	0.00	19.00
05/02/2016	27.80	16.90	44.70
09/03/2016	0.00	38.50	38.50
20/05/2016	0.00	26.64	26.64
01/06/2016	12.60	27.00	39.60
13/12/2016	9.50	0.00	9.50
02/12/2016	2.15	0.00	2.15
28/11/2016	12.60	9.90	22.50
02/11/2016	15.50	11.90	27.40
07/10/2016	40.50	0.00	40.50
30/09/2016	22.00	0.00	22.00
05/08/2016	24.82	30.00	54.82
31/08/2016	23.31	11.05	34.36
25/04/2016	0.00	9.55	9.55
05/04/2016	0.00	26.60	26.60
Total	209.78	208.04	417.82

En el presente cuadro se brinda información referente a Residuos punzocortantes utilizados en los distintos tópicos del Hospital Víctor Larco Herrera. De igual manera se presenta información del manejo de Residuos líquidos que utilizó el Servicio de Laboratorio de nuestro Hospital.

CONSTRUCCION DEL CENTRO DE ACOPIO

6.10 Análisis del Financiamiento en relación a los objetivos.

6.10.1 CUADROS COMPARATIVO- EJECUCIÓN 2011 AL 2016

2011				
DATOS				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	23,477,856.00	25,227,652.00	25,227,560.69
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIAL	3,991,320.00	4,441,235.00	4,422,883.95
	3. BIENES Y SERVICIOS	9,761,000.00	8,925,992.00	8,582,685.53
	5. OTROS GASTOS	0.00	831,668.00	830,996.28
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	2,804,200.00	958,209.00
		37,230,176.00	**42,230,747.00**	**40,022,335.45**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	677,360.00	753,360.00	583,220.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	2,449,000.00	4,422,526.00	1,783,333.42
	5. OTROS GASTOS	0.00	120,717.00	118,664.36
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	100,000.00	630,000.00	264,325.69
		3,226,360.00	**5,926,603.00**	**2,749,543.47**
TOTAL GENERAL		**40,456,536.00**	**48,157,350.00**	**42,771,878.92**
FUENTE DE INFORMACIÓN MODULO SIAF MPP.				

2012				
DATOS				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	23,116,781.00	29,525,279.00	29,163,521.98
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIAL	4,052,942.00	7,367,014.00	7,106,898.38
	3. BIENES Y SERVICIOS	10,261,000.00	10,317,238.00	10,193,450.30
	5. OTROS GASTOS	0.00	4,450,804.00	4,429,023.32
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	591,821.00	454,509.23
		37,430,723.00	**52,252,156.00**	**51,347,403.21**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	614,460.00	614,460.00	588,860.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	2,683,000.00	4,644,625.00	1,960,392.39
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	130,000.00	230,000.00	204,878.80
		3,427,460.00	**5,489,085.00**	**2,754,131.19**
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	21,343.00	21,341.20
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	3,284.00	3,191.80
		0.00	**24,627.00**	**24,533.00**
TOTAL GENERAL		**40,858,183.00**	**57,765,868.00**	**54,126,067.40**

2013				
DATOS				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	24,420,565.00	30,432,511.00	29,919,875.17
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIAL	4,424,316.00	4,693,478.00	4,611,407.50
	3. BIENES Y SERVICIOS	12,449,800.00	10,062,414.00	10,045,811.34
	5. OTROS GASTOS	0.00	6,538,088.00	6,535,532.30
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	540,442.00	454,843.29
		41,294,681.00	**52,266,933.00**	**51,567,469.60**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	636,020.00	636,020.00	0.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	2,363,980.00	3,666,367.00	2,777,821.42
	5. OTROS GASTOS	0.00	365,200.00	317,940.04
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	20,000.00	18,805.24
		3,000,000.00	**4,687,587.00**	**3,114,566.70**
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	766,008.00	208,029.07
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	85,102.00	26,211.34
		0.00	**851,110.00**	**234,240.41**
TOTAL GENERAL:		**44,294,681.00**	**57,805,630.00**	**54,916,276.71**

2014				
DATOS				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	27,004,047.00	39,441,851.00	39,417,334.52
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES S	4,241,007.00	6,813,652.00	6,813,489.62
	3. BIENES Y SERVICIOS	9,748,194.00	9,622,358.00	9,557,011.25
	5. OTROS GASTOS	0.00	1,395,102.00	1,394,047.51
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	74,349.00	73,748.80
		40,993,248.00	**57,347,312.00**	**57,255,631.70**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	3. BIENES Y SERVICIOS	2,910,000.00	4,278,886.00	3133670.76
	5. OTROS GASTOS	135,000.00	135,000.00	15004.13
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	15,000.00	191,425.00	187293.84
		3,060,000.00	**4,605,311.00**	**3,335,968.73**
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	1,849,869.00	1433370.19
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	41,211.00	36655.46
		0.00	**1,891,080.00**	**1,470,025.65**
TOTAL GENERAL		**44,053,248.00**	**63,843,703.00**	**62,061,626.08**

2015				
	DATOS			
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	29,588,241.00	32,541,762.00	32,538,846.50
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES S	4,073,522.00	4,328,580.00	4,328,079.83
	3. BIENES Y SERVICIOS	11,700,000.00	11,873,583.00	11,807,030.10
	5. OTROS GASTOS	0.00	144,025.00	144,021.15
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	231,773.00	226,447.73
		45,361,763.00	**49,119,723.00**	**49,044,425.31**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	220,000.00	220,000.00	0.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	2,814,440.00	3,524,931.00	2,887,896.02
	5. OTROS GASTOS	0.00	150,000.00	64,514.12
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	32,000.00	210,340.00	164,221.70
		3,066,440.00	**4,105,271.00**	**3,116,631.84**
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	0.00	318,464.00	318,464.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	4,906,366.00	4,792,614.18
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	111,313.00	110,916.41
		0.00	**5,336,143.00**	**5,221,994.59**
TOTAL GENERAL:		**48,428,203.00**	**58,561,137.00**	**57,383,051.74**

2016				
		DATOS		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA	PIA	PIM	EJECUCION
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	33,299,200.00	34,002,163.00	33,979,707.33
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES S	4,811,435.00	4,952,214.00	4,693,169.35
	3. BIENES Y SERVICIOS	11,700,000.00	11,328,113.00	11,271,817.27
	5. OTROS GASTOS	0.00	2,262,632.00	2,262,630.98
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	206,566.00	203,922.18
		49,810,635.00	**52,751,688.00**	**52,411,247.11**
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	3. BIENES Y SERVICIOS	2,463,000.00	3,452,060.00	2,097,583.17
	5. OTROS GASTOS	6,000.00	6,000.00	2,370.00
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	31,000.00	71,000.00	23,895.05
		2,500,000.00	**3,529,060.00**	**2,123,848.22**
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	0.00	366,071.00	356,436.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	5,516,707.00	3,651,604.39
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIER	0.00	506,096.00	162,100.99
		0.00	**6,388,874.00**	**4,170,141.38**
TOTAL GENERAL:		**52,310,635.00**	**62,669,622.00**	**58,705,236.71**

6.11 Priorización de Problemas y Riesgos.

6.11.1 DIAGNÓSTICO GENERAL EN EL PERIODO

Priorización en la Atención Especializada en el Periodo.

El Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera", es un órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicios de Salud de Tercer Nivel Especializado en la Atención Psiquiátrica, el cual brinda Atención Especializada en la Consulta Externa de Adultos, Niños y Adolescentes, Hospitalización, Servicio de Emergencia y Promoción de la Salud Mental Comunitaria.

En el Hospital "Víctor Larco Herrera" el problema de la Salud Mental es tema de preocupación cotidiana de la población que vive sus consecuencias día a día, la misma que demanda altos costos económicos, sociales y familiares: toda vez que enfrenta el problema de la discapacidad mental que requiere del compromiso decidido de los actores sociales involucrados.

La Evaluación Anual del Plan Operativo Reprogramado 2016 muestra el grado de avance de lo programado, reflejado a través del análisis de la ejecución de las actividades programadas por las Unidades Orgánicas asistenciales y administrativas de la Institución.

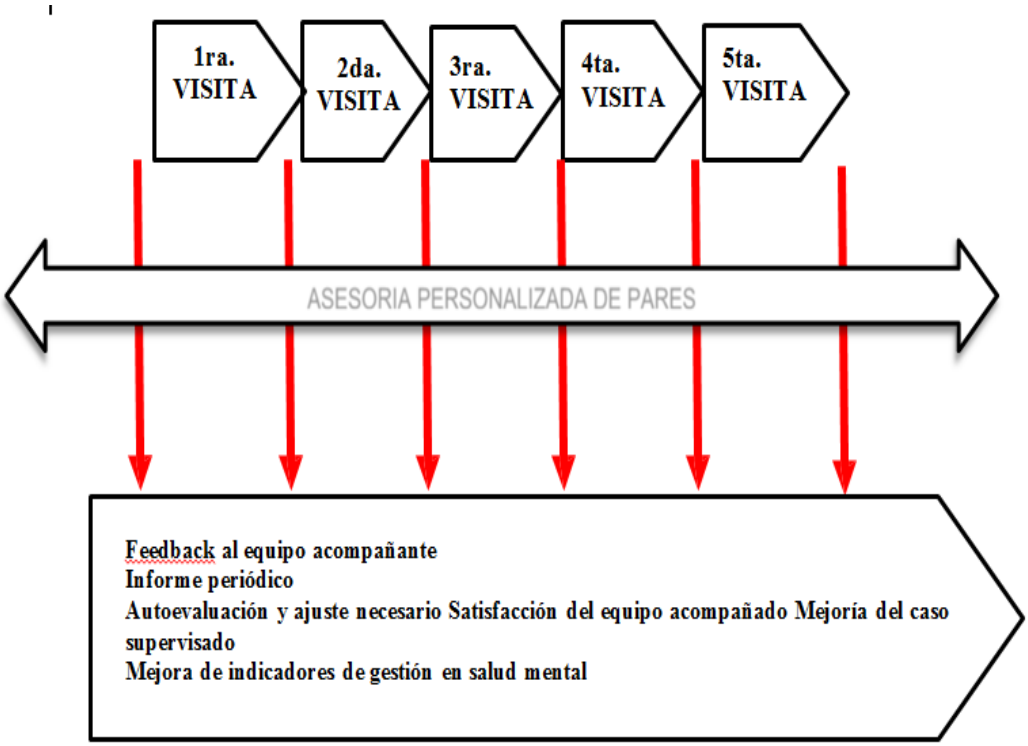
PRINCIPALES LOGROS DE LA GESTIÓN

1.- El Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH), alcanzó los estándares en los indicadores de desempeño clínico, el HVLH, consiguió Bono del Buen Desempeño (Decreto Legislativo N° 1153), el D.L. 1153 que aprueba la nueva Política Remunerativa, establece en su Artículo 15° la entrega económica de un bono por buen desempeño en los indicadores asistenciales de los servicios finales y compromisos de mejoras de los servicios.

En este contexto el MINSA ha señalado los criterios técnicos para obtener este bono, estableciendo tres niveles de desempeño (avanzado, intermedio y básico) que se sub dividen en seis subniveles, donde el más bajo nivel y escenario considerado de riesgo es el nivel 1 y el mejor escenario, considerado de excelencia, es el nivel seis.

Los hospitales obtienen esta clasificación según su porcentaje de cumplimiento del indicador (PCI), consolidado anual. De acuerdo al nivel alcanzado, se le otorga el bono económico por buen desempeño, que equivale al 100% del sueldo cuando se alcanza el nivel 6 y 30% del sueldo cuando se alcanza el nivel 2.

El Hospital Nacional Víctor Larco Herrera en el año 2014, alcanzó el nivel de desempeño tres (N3), obteniendo un PCI de 75% y logrando el 45% del bono económico (del sueldo) para los profesionales médicos y no médicos, así como para el personal técnico y auxiliar de enfermería. En el año 2015, mejoró su desempeño y logró el nivel 4 con un PCI de 81%, logrando el 85% del bono económico. Este resultado es aceptable pero deja en evidencia que existen problemas estructurales que están limitando alcanzar los resultados esperados, principalmente relacionado a infraestructura, equipamiento y recursos humanos.



2.- El Hospital Nacional Víctor Larco Herrera contribuye con el fortalecimiento de competencias en base a la metodología “acompañamiento clínico-psicosocial” dirigido a equipos de salud de los hospitales regionales y redes de salud “Acompañamiento clínico psicosocial” (Ley N° 29889 y su Reglamento).

El Hospital viene brindando Capacitación y asesoría técnica dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales regionales y redes de salud con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutiva de los servicios. Esta actividad es realizada por los equipos de profesionales que cuenta.

Fortalecer la prestación de servicios de salud de los hospitales y redes de salud para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en acción articulada y organizada por niveles de complejidad y desde la perspectiva de la atención primaria renovada. Impulsar la descentralización de la atención de salud mental para incrementar el acceso, ampliar coberturas, afianzar la gobernabilidad regional y mejorar la inclusión social en este aspecto. Para cumplir con este propósito el hospital ha diseñado y validado el "Plan de Fortalecimiento de competencias en base a la metodología "acompañamiento clínico-psicosocial" dirigido a equipos de salud de los hospitales regionales y redes de salud, que se encuentra en pleno proceso de implementación. Así mismo se ha trabajado en el diseño e implementación de un plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial". Al menos 05 facilitadores por Región seleccionada, entre Hospitales y Redes.

3.- El Hospital Nacional Víctor Larco Herrera contribuye con el Fortalecimiento de la implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario, a través del "PLAN INSTITUCIONAL DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL CON ENFOQUE COMUNITARIO".

En el Reglamento de la Ley 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Define el Modelo de atención comunitario de salud mental, como un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad. Tiene las siguientes características:

7 Prioriza la promoción y protección de la salud mental y la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidad.
8 Promueve la participación de la comunidad organizada, a través de las asociaciones de personas afectadas por problemas de salud mental y sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.

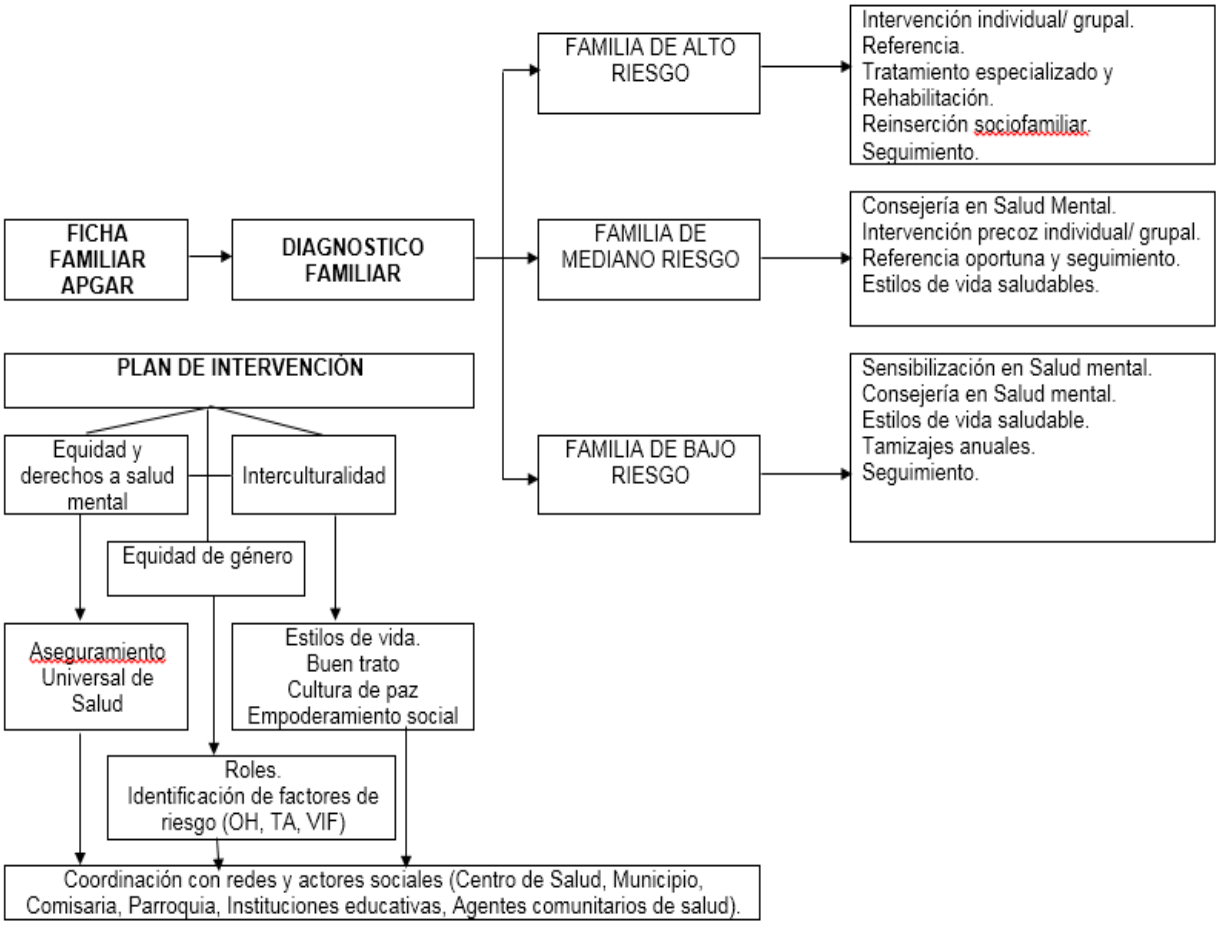
9 Cubre necesidades de atención en salud mental de una población jurisdiccionalmente determinada, en una red de servicios de salud.
10 Funciona en red, logrando la coordinación y articulación de los servicios, y programas de la red asistencial, asegurando la continuidad de cuidados de salud.
11 Promueve un entorno familiar saludable para las personas usuarias, a través de la propia familia y su comunidad, o de su incorporación en hogares o residencias protegidas, en caso de no contar con familia.
12 Se basa en la identificación y respuesta a las necesidades de salud mental de una población determinada en general y de los usuarios y usuarias en particular.
13 Promueve la atención integral: Bio-psico-social, con equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios.
14 Impulsa la reinserción socio-laboral en función a la articulación de los recursos intersectoriales y de la propia comunidad.
15 Asegura la atención especializada e integrada en el primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, mediante los centros de salud mental comunitarios.
16 Promueve la capacitación continua en salud mental de los equipos de salud, respetando las especificidades de formación y labor de los profesionales de la salud y agentes comunitarios.

Además se logró;

1. Se ampliado la cobertura de atención en pacientes afiliados al Seguro Integral, mediante horas complementarías (personal nombrado). Asimismo, la cobertura de atención en pacientes afiliados al Seguro Integral, mediante horas complementarías (personal CAS).
2. Los indicadores clínicos con mejor desempeño son los correspondientes al servicio de Consulta Externa, así tenemos por ejemplo: Satisfacción de usuario externo, disminución de los tiempos de espera y productividad hora médico, igual situación lo encontramos en el servicio de emergencia.
3. El HVLH viene brindando Capacitación y asesoría técnica dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales regionales y redes de salud con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutiva de los servicios. Para cumplir con este propósito el HVLH ha diseñado y validado el “Plan de Fortalecimiento de competencias en base a la metodología “acompañamiento clínico-psicosocial”. Asimismo se ha trabajado en el diseño e implementación de un plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología “acompañamiento psicosocial”. Al menos 05 facilitadores por Región seleccionada, entre hospitales y redes. El HVLH a la vanguardia de esta actividad y en cumplimiento de los objetivos y características señaladas ha elaborado el “Plan Institucional del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario”, dirigido a la población del Distrito de Magdalena y específicamente al 50% de los pacientes nuevos que acceden a los servicios del HVLH.

4. El HVLH en el año 2014, alcanzó el nivel de desempeño tres (N3), obteniendo un PCI de 75% y logrando el 45% del bono económico (del sueldo) para los profesionales médicos y no médicos, así como para el personal técnico y auxiliar de enfermería. En el año 2015, mejoró su desempeño y logró el nivel 4 con un PCI de 81%, logrando el 85% del bono económico. Para el 2016, se ha sobrepasado el 90 % de desempeño y se espera el bono casi completo.
5. Se cuenta con el Plan para la Implementación de la Plataforma de Atención al Usuario y mejora en tiempo de espera del paciente y consiguiente disminución de cola (Plan Cola cero) y así lograr la Satisfacción del Usuario Externo, en seguimiento para mejora.
6. El Hospital a la vanguardia de esta actividad y en cumplimiento de los objetivos y características señaladas ha elaborado el "Plan Institucional del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario", dirigido a la población del Distrito de Magdalena y específicamente al 50% de los pacientes nuevos que acceden a sus servicios.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ATENCIÓN INTRA Y EXTRAMURAL A LA FAMILIA



AGENDA PENDIENTE

17 Limitado presupuesto para proyectos de inversión y para desarrollar los procesos de la gestión. En los últimos años el HVLH ha recibido menos presupuesto, para cumplir su misión, por ende constituye un gran desafío a logar en el corto plazo, que nos ayudara significativamente a cumplir con nuestros compromisos institucionales, que se manifiestan en la salud mental de nuestros usuarios, familia y comunidad y, que ayudara a mejorar significativamente el problema de oferta de salud del HVLH y la calidad de atención a los usuarios.

18 Superar el problema del saneamiento legal de las instalaciones del Hospital Víctor Larco Herrera, que requiere la intervención de la más Alta Dirección del Pliego IGSS y del MINSA para solucionarlo.

19 Impulsar la disponibilidad de la oferta de salud adecuada (recursos humanos, infraestructura y equipamiento), en el Hospital y en las regiones que no permiten brindar una respuesta rápida, oportuna y de calidad a las necesidades y expectativas de la población, en atención a la salud mental y el abordaje de todos los factores relacionados de mujeres y hombres. Otro gran reto que se viene afrontando y que se convierte en un gran desafío para la gestión es lograr el financiamiento para el Plan Maestro del Hospital que recoge y resuelve gran parte de este problema de oferta de salud en la Institución.

20 Fortalecer la comunicación y coordinación en el manejo de los Programas Presupuéstales por parte del Pliego IGSS. Así como el poco interés del personal por aprender, genera un retraso en la inserción de estos en el presupuesto del hospital.

21 Fortalecer la Gestión de la Tecnología de la Información; la ausencia de un sistema informático moderno, integrado que facilite el mejor desempeño de la gestión y control de los procesos y resultados, asistenciales como administrativos, es una agenda pendiente a resolver en el corto plazo, considerando que el Hospital necesita de información en tiempo real, para la toma de decisiones, con oportunidad y eficiencia, principalmente en la parte asistencial.

22 Tiempos de espera prolongados, insatisfacción del usuario

Objetivos: Mejorar la satisfacción del usuario a partir de la disminución de los tiempos de espera en admisión.

Procesos de Mejora, mejora de las condiciones de los ambientes físicos, incremento de personal, más ventanillas, ampliación de horarios de atención, orientación personalizada, mejora del registro de la cita, orientación y registro en línea a través del teléfono, correo electrónico y chat.

Población Objetiva: Toda la población usuaria de los servicios de salud en Consulta Externa.

Resultados: Reducción de los tiempos de espera a 48 min y mejora al 80% de la satisfacción del usuario.

El Hospital Víctor Larco Herrera alcanza niveles de mejora en los tiempos de espera para la atención a través de su estrategia "Cola Cero".

Inaccesibilidad a la atención de salud mental y psiquiatría.

Objetivos: Reducir la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud hospitalarios.
Procesos de Mejora: Mejora de las condiciones de atención de los servicios en aspectos de infraestructura, equipamiento, mayor disponibilidad y racionalidad en la distribución de los recursos humanos en los servicios finales de emergencia, consulta externa y los pabellones agudos de hospitalización.
Población Objetiva: Toda la población usuaria de los servicios de salud en el Hospital.
Resultados: Incremento del volumen de atención especializada en consulta externa, emergencia y hospitalización; todo ello con el propósito de incrementar el acceso a los servicios de salud mental en el marco del Derecho a la Salud.

- En el Hospital Víctor Larco Herrera el promedio de estancia hospitalaria supera al estándar establecido (65 días promedio en los últimos tres años).

Objetivos: Identificar los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en los pabellones 1 y 20 del Hospital.
Conclusiones y recomendaciones: En relación a los factores personales, el tiempo de Estancia Hospitalaria Prolongada puede estar afectada por factores personales como la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y la procedencia.
En relación a los factores clínicos, el tiempo de Estancia Hospitalaria tiende a ser prolongada en pacientes con diagnóstico clínico de Esquizofrenia En el Hospital Víctor Larco Herrera el Tiempo de Estancia Hospitalaria se encuentra afectado porque cerca del 50 % de pacientes que ingresan lo hacen por VÍA JUDICIAL.
Es pertinente que en función a los resultados encontrados, elaborar un plan de intervención de cada factor identificado para el corto, mediano y largo plazo.

El hospital ha desarrollado trabajos de Investigación relacionados a la identificación de factores asociados a la larga estancia hospitalaria.

ASPECTOS QUE INFLUENCIARON EN LOS RESULTADOS

El HVLH para alcanzar sus objetivos y metas institucionales en el marco de su Misión, afrontó diversos problemas, que gradualmente se fueron superando y se describen a continuación:

- Escaso presupuesto para proyectos de inversión y para desarrollar los procesos de la gestión. En los últimos años el Hospital Víctor Larco Herrera ha recibido menos presupuesto, para cumplir su misión, por ende constituye un gran desafío a logar en el corto plazo, que nos ayudara significativamente a cumplir con nuestros compromisos institucionales, que se manifiestan en la salud mental de nuestros usuarios, familia y comunidad y, que ayudara a mejorar significativamente el problema de oferta de salud del HVLH y la calidad de atención a los usuarios.
- Implementación progresiva de la Gestión por procesos, en todos los niveles de decisión de la institución (gestión estratégica, Gestión Táctica de soporte y Gestión Operativa, gestión clínica), en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión del Estado y los procesos de Reforma Sectoriales.
- Débil funcionamiento e impulso a la Gestión Clínica en las UPSS de atención directa y de soporte. Sigue siendo un reto a afrontar en los próximos años, el fortalecimiento de la gestión clínica como estrategia para cumplir con la misión institucional y elevar los estándares de calidad, oportunidad y eficiencia de las prestaciones de salud a niveles claramente percibidos por la población.

PERPECTIVAS DE MEJORA

- La Salud Mental, sigue siendo un problema de salud pública persistente, a pesar de los grandes esfuerzos y políticas de prevención que realiza la Institución. La persistencia de inequidades sociales agrava la magnitud de los problemas de salud mental, generando la persistencia en especial en adultos
  Mayores. Por ende, representa un problema estructural serio y diverso y que causa morbilidad. Fue un gran reto combatirlo y seguirá siendo un gran desafío enfrentarlo en los próximos años.

- El Perú está en un franco crecimiento y desarrollo, que implica también crecimiento de sus necesidades. El sistema de salud peruano, a pesar de sus grandes esfuerzos realizados en salud, sigue manteniendo enormes Brechas en la oferta de salud a nivel nacional, donde el HVLH no está ajeno y que hacen muchas veces inoportuna la atención y las intervenciones de atención. También es un problema estructural y sistémico que seguirá siendo un reto a afrontar en los próximos años, con estrategias más sostenibles y viables. Este representa el segundo gran desafío para el HVLH.
- Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores para una adecuada toma de decisiones y la mejora de la atención a los usuarios.

- Asignación de mayor Presupuesto por parte del Pliego IGSS.
- Fortalecer capacidades de programación a los actores del Programa Presupuestal.
- Implementar la Gestión de la Tecnología de la Información; un sistema informático moderno, integrado que facilite el mejor desempeño de la gestión y control de los procesos y resultados, asistenciales como administrativos, para la toma de decisiones, con oportunidad y eficiencia, principalmente en la parte asistencial.
- Se recomienda mayor compromiso de parte de las oficinas de apoyo administrativo involucradas en la ejecución presupuestal en proporcionar la información solicitada de forma oportuna.
- Fortalecer la cultura organizacional que permita el compromiso de trabajo en equipo de gestión.
- Fortalecer la especialización del personal en las diferentes unidades orgánicas que lo requieran priorizando la atención al usuario.
- Innovar mecanismos en recursos humanos que permitan la mejor motivación para el trabajo que permita cumplir con la formación e implementación y trabajo de los equipos de mejora continua.
- Procurar, lograr la satisfacción de la demanda en relación a las atenciones hospitalización y consulta externa.
- Fortalecer la asesoría de proyectos de mejora continua de la calidad in situ de los integrantes del Comité de Mejora Continua de la Calidad.
- En el monitoreo de la producción asistencial considerar además de la consulta otros productos como atención hospitalaria, juntas médicas, interconsultas, etc.
- El presupuesto institucional se fortalecerá los mecanismos de coordinación y comunicación a fin de obtener una óptima formulación a nivel de cada meta y el responsable de la meta debe conocer su presupuesto y tener capacidad de gestionarlo.

6.11.2 MATRIZ DE EVALUACION ANUAL DE OBJETIVOS GENERALES INSTITUCIONALES POA 2016.

MATRIZ Nº 9

MATRIZ DE EVALUACIÓN ANUAL DE LOS OBJETIVOS GENERALES INSTITUCIONALES - POA 2016

MINISTERIO DE SALUD
DEPENDENCIA : INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
ENTIDAD: UE 1571 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL*	OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	VALOR ANUAL ALCANZADO %	GRADO DE CUMPLIMIENTO %	OBSERVACIONES
ORGANIZAR E IMPLEMENTAR UN MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD PARA TODOS Y POR TODOS	CONTRIBUIR CON LOS OBJETIVOS SANITARIOS DEL SECTOR	REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	ESTUDIO DE VULNERABILIDAD REALIZADO	ESTUDIO REALIZADO	1	1	100%	El estudio de Vulnerabilidad esta programado para el segundo semestre, no logro a realizarse por falta de preupuesto
		PACIENTES ATENDIDOS EFICIENTEMENTE POR CASOS DE SALUD MENTAL	INCIDENCIA DE CASOS POR PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL (ESQUIZOFRENIA)	NÚMERO CASOS NUEVOS C/PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES (Esquizofrenia) x 100 POBLACIÓN EN RIESGO (1% Pob) x 100	0.027	0.051	190%	0.051 = N° de Casos nuevos con problemas y Trastornos Mentales (Esquizofrenia) 1,109/21,581 (es el 1% de la Poblacion en riesgo 3,560,651)
			INCIDENCIA DE CASOS POR PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL (DEPRESIÓN)	NÚMERO DE CASOS NUEVOS C/PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES (Depresión) X 100 POBLACIÓN EN RIESGO (18 % Pob)	0.020	0.017	83%	0.017 = N° de Casos nuevos con problemas y Trastornos Mentales (Depresion) 642/38,846 (es el 18% de la Poblacion en riesgo 3,560,651)
			INCIDENCIA DE CASOS POR PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL (ANSIEDAD)	NUMERO DE CASOS NUEVOS CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES (Ansiedad) X 100 POBLACIÓN EN RIESGO (18 % Pob) x 100	0.020	0.019	93%	0.019 = N° de Casos nuevos con problemas y Trastornos Mentales (Ansiedad) 722/38,846 (es el 18% de la Poblacion en riesgo 3,560,651)
			INCIDENCIA DE CASOS POR PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL (Consumo sustancias psicotrópicas)	NUMERO DE CASOS NUEVOS C/PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES (Consumo sustancias psicotrópicas) x 100 POBLACIÓN EN RIESGO (3.55 %)	0.002	0.0013	65%	0.0013 = N° de Casos nuevos con problemas y Trastornos Mentales (Sustancias Psicotrópicas) 103/76,613 (es el 3.55% de la Poblacion en riesgo 3,560,651)
		REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS	PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN IMPLEMENTADO AL 100 %	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	98%	98%	Implica la suma de todas las terapias de rehabilitacion en adultos y niños (T. Fisica, T.Aprendizaje, Taller Concentracion, Taller Calculo, Taller y T. Lenguaje, T. Ocupacional, T. Masoterapia.

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL*	OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	VALOR ANUAL ALCANZADO %	GRADO DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
FORTALECER Y MEJORAR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN TODOS SUS NIVELES, EN LO PRE HOSPITALARIO (EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS) Y EN EL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	ORGANIZAR Y ARTICULAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TODOS SUS NIVELES.	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS FORTALECIDOS Y ATENCIÓN DE MANERA OPORTUNA	IMPLEMENTACIÓN CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD AL 100 %	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	98%	98%	Se cumplio con elaborar todos los documentos relacionados con bioseguridad
			PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES JUDICIALES IMPLEMENTADO AL 100 %	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	100%	100%	Se atendio el total de 12 pacientes judicializaods corespondiente a PPR de acuerdo a lo programado
			EMISIÓN DE CERTIFICADOS AL 100 % DE USUARIOS	NÚMERO DE CERTIFICADOS EMITIDOS X 100 / NÚMERO DE CERTIFICADOS SOLICITADOS	100%	98%	98%	Incluye la emision de certificados de; Discapacidad fisica, discapacidad mental, discapacidad, Incapacidad)
			SEGURO INTEGRAL ATENDIENDO AL 100 % DE USUARIOS	NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS SIS X 100 / NÚMERO DE USUARIOS QUE ACUDEN POR ATENCIÓN SIS X 100	100%	98%	98%	OFIC. ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - OFIC. SIS
	MEJORAR LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS	MEJORAR LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y SERVICIOS BÁSICOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	SATISFACCIÓN DEL USUARIO > 80	SOFTWARE SERVQUAL	70	61.3	88%	Porcentaje de Satisfaccion de usuarios: Hospitalizacion 60.47%, Consultorios Externos Aultos, 60.01 %, Emergencias 61.3 %, Consultorios Niños y Adoles. 60.05%, del año 2016 del Hospital.
			ATENCIÓN AL 100 % DE USUARIOS	NÚMERO DE ATENCIONES AL USUARIO X 100 / NÚMERO DE SOLICITUDES DEL USUARIO	100%	90%	90%	Se implemento el sistema integrador hospitalario
			SISTEMA IMPLEMENTADO Y OPERATIVO AL 100 %	PORCENTAJE DE AVANCE	95%	90%	95%	Se implemento el sistema integrador hospitalario
			REALIZAR EL ASIS EN BASE A PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	ASIS BASADO EN EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	1	1	100%	OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
	GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS EN CADA UUEE	MEJORA DE LAS CONDICIONES DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS	DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS MAYOR AL 95 %	NÚMERO DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES X 100 / MEDICAMENTOS DEL PETITORIO HOSPITAL	100%	98%	98%	DEPARTAMENTO DE FARMACIA
			PORCENTAJE DE TIEMPO DE ESPERA DISMINUÍDO	TOTAL TIEMPO DE ESPERA / NÚMERO DE SOLICITUDES DEL USUARIO	100%	95%	95%	El Tiempo de Espera de paciente: Adulto (nuevo y/o continuador), Emergencia, Niños (nuevo y/o continuador) paciente con prodecimento, obtencion de cita.

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL*	OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	VALOR ANUAL ALCANZADO %	GRADO DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
FORTALECER PERMANENTEMENTE LAS COMPETENCIAS DEL IGSS EN FUNCIÓN DE SUS FINALIDADES INSTITUCIONALES	OEE 3.3 DESARROLLAR E IMPLEMENTAR UNA GESTIÓN DE CALIDAD POR RESULTADOS Y DE MEJORA CONTINUA DE SUS PROCESOS.	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA APLICÁNDOSE EN LAS ÁREAS DE LA DEPENDENCIA	ATENCIÓN AL 100 % DEL BUZÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	NÚMERO DE ATENCIONES DE QUEJAS Y RECLAMOS X 100 / TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS	100%	90%	90%	INFORME DE OFICINA DE CALIDAD
			ATENCIÓN AL 100 % DE PACIENTES QUE ACUDEN POR VIF-MI	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR VIF X 100 / NÚMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN POR ATENCIÓN POR VIF	100%	95%	95%	Atencion de pacientes por casos de violencia familiar y sexual mujeres, niños y adolescentes.
			ESTUDIO DE CLIMA LABORAL CON RESULTADOS ADECUADOS	SEGÚN METODOLOGÍA	80%	79%	99%	Informacion de oficina de personal
	OEE 3.7 DISEÑAR, IMPLEMENTAR Y CONDUCIR UNA EFECTIVA GESTIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL PARA LA GENERACIÓN DE VALOR	OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DE GASTO Y EJECIUCIÓN PRESUPUESTAL	EJECUCIÓN DEL GASTO MAYOR AL 95 %	MONTO EJECUTADO X 100 / PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO	100%	99%	99%	PIM vs Ejecucion Anual Presupuestal 2016 del Hospital (SIAF - MPP) .
			% DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100 / TOTAL DOCUMENTOS PROGRAMADOS	90%	89%	99%	PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
	OEE 3.10 FORTALECER LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL IGSS Y SUS ÓRGANOS	TRABAJADORES ACCEDEN A SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL	SISTEMA IMPLEMENTADO AL 100 %	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	100%	100%	Se cumplio con el Plan de saeguridad y salud en el trabajo para los trabajadores del Hospital
	OEE 3.11 IMPLEMENTAR LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS BASADA EN COMPETENCIAS (LEY DE SERVIR) Y DESARROLLAR DE MANERA SOSTENIBLE LA CULTURA ORGANIZACIONAL	RECURSOS HUMANOS COMPETENTES	CAPACITACIÓN ANUAL AL 100 % DEL PERSONAL	NÚMERO DE CAPACITADOS X 100 / NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS	100%	80%	80%	La capacitación alpersonal de acuerdo al PDP, se ejecutará en el segundo semestre
			ASISTENCIA TÉCNICA A PERSONAL DEL SECTOR SALUD Y OTROS	NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBEN ASISTENCIA TÉCNICA X 100 / TOTAL DE PERSONAS PROGRAMADAS	95%	90%	95%	Induccion al perosnal que ingresa a laboral en el hospital - OFICINA DE PERSONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL*	OBJETIVO ESTRATEGICO ESPECIFICO	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	VALOR ANUAL ALCANZADO %	GRADO DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
FORTALECER LA GESTION BASADA EN LA EXPERIENCIA DIRECTA, EL CONOCIMIENTO E INNOVACION	DISEÑAR, APROBAR, IMPLEMENTAR Y EVALUAR EL PROCESO DE INNOVACION CIENTIFICA Y TECNOLOGICA	FOMENTAR LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA	PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EJECUTADOS AL 100 %	PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EJECUTADOS X 100 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN SOLICITADOS	100%	115%	115%	Se realizaron protocolos de investigacion de los profesionales de la salud - OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

VII. INDICADORES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2016

7.1 INDICADORES GLOBALES DE HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2016

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

CONSOLIDADO GLOBAL DE INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO AÑO 2016

No	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
	INDICADORES DE PRODUTIVIDAD														
1	Rendimiento Hora Médico	Nº de Atenciones	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43,554
		Nº de horas médico efectivas	1360	1660	1596	1680	1768	1672	1280	1620	1908	1820	1692	1876	19932
		Resultados	2.23	2.15	2.13	2.10	2.28	2.29	2.16	2.35	2.07	2.08	2.29	2.12	2.19
2	Utilización de los Consultorios Físicos	Nº de consultorios médicos funcionales ---------- consultorios físicos	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57
3	Concentración de Consultas Externas	Consultas médicas acumuladas del periodo	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43554
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	1116	1049	671	685	1043	755	461	639	704	673	535	502	8833
		Resultados	2.72	3.41	5.07	5.15	3.87	5.06	5.99	5.95	5.61	5.63	7.26	7.92	4.93

No	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviembre	Diciembre	
INDICADORES DE EFICIENCIA															
4	Promedio de Análisis de Labort. Por Const. Externa	Nº de Exámenes de Laboratorio del periodo	331	276	255	624	169	392	648	438	19	168	296	526	4142
		TOTAL DE ATENCIONES PSIQUIATRIA + MEDICINA GENERAL	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43554
		Resultados	0.11	0.08	0.07	0.18	0.04	0.10	0.23	0.12	0.00	0.04	0.08	0.13	0.10
5	Promedio de recetas por consulta externa	NUMERO DE RECTAS DESPACHADAS	6519	6554	7268	7326	0	7288	6777	7005	7306	6980	0	6563	69586
		Nº TOTAL DE CONSUTAS (PSQ. + MED.)	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43554
		Resultados	2.15	1.83	2.13	2.08	0.00	1.91	2.45	1.84	1.85	1.84	0.00	1.65	1.60
6	Promedio de Permanencia	Días de Estancia de los Egresos	1795	2014	1834	1996	1819	1998	2338	2677	1870	1994	1916	2329	24580
		Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443
		Resultados	49	63	52	54	52	62	65	64	43	51	53	60	55

No	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviembre	Diciembre	
7	Intervalo de Sustitución	(Días cama disponibles) (No incluye Emergencia = 12 camas)	3720	3480	3720	3600	3720	3600	3720	3720	3600	3720	3600	3720	43920
		(Paciente días) (No incluye Emergencia = 12 camas)	2891	2762	2906	2931	2943	3037	3078	3017	2942	3174	2898	2992	35571
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	829	718	814	669	777	563	642	703	658	546	702	728	8349
		Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443
		Resultados	22.41	22.44	23.26	18.08	22.20	17.59	17.83	16.74	15.30	14.00	19.50	18.67	18.85
8	Porcentaje de Ocupación de camas	Total pacientes días x 100	2891	2762	2906	2931	2943	3037	3078	3017	2942	3174	2898	2992	35571
		Total días cama disponibles(No incluye Emergencia = 24 camas)	3720	3480	3720	3600	3720	3600	3720	3720	3600	3720	3600	3720	43920
		Resultados	77.72	79.37	78.12	81.42	79.11	84.36	82.74	81.10	81.72	85.32	80.50	80.43	80.99
9	Rendimiento Cama	Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443.00
		Nº de camas reales promedio (No incluye Emergencia = 24 camas)	578	578	578	578	578	578	578	578	578	578	578	578	6,936
		Resultados	0.0640	0.0554	0.0606	0.0640	0.0606	0.0554	0.0623	0.0727	0.0744	0.0675	0.0623	0.0675	0.0639

No	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviembre	Diciembre	
INDICADORES DE CALIDAD															
10	Tasa de Infecciones Intrahospitalaria	total de pacientes c/ infecciones intrahospitalarias x100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
		Nº de Egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443.0
		Resultados	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
11	Tasa de Mortalidad Bruta	Total de Fallecidos x 100	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	0	5
		Nº de Egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443.00
		Resultados	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.03	0.03	0	0.01129
12	Razón de emergencia	N° Atenciones Emergencia	350	371	349	368	310	347	357	389	325	336	327	354	4183
		N° Atenciones Consulta	2895	3474	3277	3382	3916	3663	2685	3658	3831	3674	3789	3902	42146
		Resultados	0.12	0.11	0.11	0.11	0.08	0.09	0.13	0.11	0.08	0.09	0.09	0.09	0.10
13	Tiempo de Espera emergencia	Prioridad II en minutos	1010	1041	928	1176	743	672	845	694	672	636	662	791	9870
		N° Atenciones Consulta	165	172	170	198	144	117	145	156	125	133	116	153	1794
		Resultados	6.12	6.05	5.46	5.94	5.16	5.74	5.83	4.45	5.38	4.78	5.71	5.17	6

No	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviembre	Diciembre	
14	Nª de atención según prioridad	Prioridad I	32	25	26	27	31	21	17	25	16	17	20	15	272
		Prioridad II	165	172	170	198	144	117	145	156	125	133	116	153	1794
		Prioridad III	125	145	131	109	108	176	125	177	144	146	166	150	1702
		Prioridad IV	23	28	17	17	12	17	7	24	10	19	16	11	201
		Resultados	345	370	344	351	295	331	294	382	295	315	318	329	3969

7.2 INDICADORES ESPECIFICOS DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA AÑO 2016

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
INDICADORES DE PRODUTIVIDAD															
1	Rendimiento Hora Médico psiquiatría CONSULTAS EXTERNAS TOTAL ANUAL	Nº de Atenciones	2895	3474	3277	3382	3916	3663	2685	3658	3831	3674	3789	3902	42146
		Nº de horas médico efectivas	1224	1484	1400	1576	1548	1560	1144	1520	1752	1660	1604	1756	18228
		Resultados	2.37	2.34	2.34	2.15	2.53	2.35	2.35	2.41	2.19	2.21	2.36	2.22	2.31
2	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADULTOS	Nº de Atenciones	2410	2686	2608	2611	3004	2717	2037	2627	2981	2820	2980	3163	32644
		Nº de horas médico efectivas	948	1000	1032	1056	1024	1004	792	984	1276	1140	1128	1168	12552
		Resultados	2.54	2.69	2.53	2.47	2.93	2.71	2.57	2.67	2.34	2.47	2.64	2.71	2.60
3	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADICCIONES	Nº de Atenciones	68	98	48	84	94	82	70	130	88	48	69	64	943
		Nº de horas médico efectivas	32	48	32	96	48	48	44	60	60	24	36	32	560
		Resultados	2.13	2.04	1.50	0.88	1.96	1.71	1.59	2.17	1.47	2.00	1.92	2.00	1.68
4	Rendimiento Hora Médico psiquiatría NIÑOS Y ADOLESCENTES	Nº de Atenciones	417	690	621	687	818	864	578	901	762	806	740	675	8559
		Nº de horas médico efectivas	244	436	336	424	476	508	308	476	416	496	440	556	5116
		Resultados	1.71	1.58	1.85	1.62	1.72	1.70	1.88	1.89	1.83	1.63	1.68	1.21	1.67
5	Utilización de los Consultorios Físicos	Nº de consultorios médicos funcionales / consultorios físicos	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57	36 / 23 = 1,57
6	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA TOTAL ANUAL	Consultas médicas acumuladas del periodo	2895	3474	3277	3382	3916	3663	2685	3658	3831	3674	3789	3902	42146
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	1097	1035	671	684	1030	745	453	627	697	662	527	498	8726
		Resultados	2.64	3.36	4.88	4.94	3.80	4.92	5.93	5.83	5.50	5.55	7.19	7.84	4.83

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
7	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADULTOS	Consultas médicas acumuladas del periodo	2410	2686	2608	2611	3004	2717	2037	2627	2981	2820	2980	3163	32644
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	773	782	557	541	850	552	328	462	526	520	422	404	6717
		Resultados	3.12	3.43	4.68	4.83	3.53	4.92	6.21	5.69	5.67	5.42	7.06	7.83	4.86
8	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADICCIONES	Consultas médicas acumuladas del periodo	68	98	48	84	94	82	70	130	88	48	69	64	943
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	16	21	4	15	15	19	9	20	12	16	14	10	171
		Resultados	4.25	4.67	12.00	5.60	6.27	4.32	7.78	6.50	7.33	3.00	4.93	6.40	5.51
9	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA NIÑOS Y ADOLESCENTES	Consultas médicas acumuladas del periodo	417	690	621	687	818	864	578	901	762	806	740	675	8559
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	308	232	110	128	165	174	116	145	159	126	91	84	1838
		Resultados	1.35	2.97	5.65	5.37	4.96	4.97	4.98	6.21	4.79	6.40	8.13	8.04	4.66
10	Rendimiento Hora Médico CONSULTAS EXTERNAS MEDICINA COMPLEMENTARIA	Nº de Atenciones	139	99	128	146	116	158	77	144	118	116	93	74	1408
		Nº de horas médico efectivas	136	176	196	104	220	112	136	100	156	160	88	120	1704
		Resultados	1.02	0.56	0.65	1.40	0.53	1.41	0.57	1.44	0.76	0.73	1.06	0.62	0.83

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
11	Concentración de Consultas Externas MEDICINA COMPLEMENTARIA	Consultas médicas acumuladas del periodo	139	99	128	146	116	158	77	144	118	116	93	74	1408
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	19	14	0	1	13	10	8	12	7	11	8	4	107
		Resultados	7.32	7.07	#¡DIV/0!	146.00	8.92	15.80	9.63	12.00	16.86	10.55	11.63	18.50	13.16
INDICADORES DE EFICIENCIA															
12	Promedio de Analisis de Labort. por Const. Externa NUEVOS + REINGRESOS	Nº de Examenes de Laboratorio del periodo	331	276	255	624	169	392	648	438	19	168	296	526	4142
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	1116	1049	671	685	1043	755	461	639	704	673	535	502	8833
		Resultados	0.30	0.26	0.38	0.91	0.16	0.52	1.41	0.69	0.03	0.25	0.55	1.05	0.47
13	Promedio de Analisis de Labort. por Const. Externa TOTAL ATENCIONES	Nº de Examenes de Laboratorio del periodo	331	276	255	624	169	392	648	438	19	168	296	526	4142
		TOTAL DE ATENCIONES PSIQUIATRIA + MEDICINA GENERAL	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43554
		Resultados	0.11	0.08	0.07	0.18	0.04	0.10	0.23	0.12	0.00	0.04	0.08	0.13	0.10
14	RECETAS POR CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA + MEDICINA	NUMERO DE RECTAS DESPACHADAS	6519	6554	7268	7326		7288	6777	7005	7306	6980		6563	69586
		Nº TOTAL DE CONSUTAS (PSQ. + MEDICINA)	3034	3573	3405	3528	4032	3821	2762	3802	3949	3790	3882	3976	43554
		Resultados	2.15	1.83	2.13	2.08	0.00	1.91	2.45	1.84	1.85	1.84	0.00	1.65	1.60

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
15	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1, PAB. 20 Y PAB. 18 (ADICCIONES)	Días de Estancia de los Egresos	1795	2014	1834	1996	1819	1998	2338	2677	1870	1994	1916	2329	24580
		Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443
		Resultados	49	63	52	54	52	62	65	64	43	51	53	60	55
16	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Días de Estancia de los Egresos	1172	1080	1444	1315	1524	1216	1341	1726	1266	1177	1374	1654	16289
		Nº de egresos	27	22	31	26	29	24	27	34	30	28	29	31	338
		Resultados	43	49	47	51	53	51	50	51	42	42	47	53	48
17	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Días de Estancia de los Egresos	464	375	654	956	727	516	661	987	697	571	657	965	8230
		Nº de egresos	10	7	9	11	13	8	10	14	14	9	11	8	124
		Resultados	46	54	73	87	56	65	66	71	50	63	60	121	66
18	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Días de Estancia de los Egresos	708	705	790	359	797	700	680	739	569	606	717	689	8059
		Nº de egresos	17	15	22	15	16	16	17	20	16	19	18	23	214
		Resultados	42	47	36	24	50	44	40	37	36	32	40	30	38
19	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Días de Estancia de los Egresos	623	934	390	681	295	782	997	951	604	817	542	675	8291
		Nº de egresos	10	10	4	11	6	8	9	8	13	11	7	8	105
		Resultados	62	93	98	62	49	98	111	119	46	74	77	84	79
20	Promedio de Permanencia Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Días de Estancia de los Egresos	78	0	5099	0	5091	132	42993	39835	0	0	23460	18567	135255
		Nº de egresos	1	0	1	0	2	1	4	3	0	0	3	2	17
		Resultados	78	0	0	0	2546	132	10748	13278	0	0	7820	9284	7956

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
21	Promedio de Permanencia EMERGENCIA	Días de Estancia de los Egresos	178	155	141	157	146	155	166	162	139	172	130	150	1851
		Nº de egresos	350	371	349	368	310	346	357	389	325	336	327	354	4182
		Resultados	0.51	0.42	0.40	0.43	0.47	0.45	0.46	0.42	0.43	0.51	0.40	0.42	0.44
22	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1, PAB. 20 Y PAB. 18 (ADICCIONES)	(Días cama disponibles)	5580	5220	5580	5400	5580	5400	5580	5580	5400	5580	5400	5580	65880
		(Paciente días)	3385	3308	3615	3699	3781	3777	3660	3526	3593	3783	3468	3648	43243
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	2195	1912	1965	1701	1799	1623	1920	2054	1807	1797	1932	1932	22637
		Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443
		Resultados	59.32	59.75	56.14	45.97	51.40	50.72	53.33	48.90	42.02	46.08	53.67	49.54	51.10
23	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	(Días cama disponibles)	3720	3480	3720	3600	3720	3600	3720	3720	3600	3720	3600	3720	43920
		(Paciente días)	2891	2762	2906	2931	2943	3037	3078	3017	2942	3174	2898	2992	35571
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	829	718	814	669	777	563	642	703	658	546	702	728	8349
		Nº de egresos	27	22	31	26	29	24	27	34	30	28	29	31	338
		Resultados	30.70	32.64	26.26	25.73	26.79	23.46	23.78	20.68	21.93	19.50	24.21	23.48	24.70
24	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	(Días cama disponibles)	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	21960
		(Paciente días)	1584	1507	1575	1592	1642	1674	1691	1712	1643	1738	1566	1587	19511
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	276	233	285	208	218	126	169	148	157	122	234	273	2449
		Nº de egresos	10	7	9	11	13	8	10	14	14	9	11	8	124
		Resultados	28	33	32	19	17	16	17	11	11	14	21	34	20

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
25	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	(Días cama disponibles)	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	21960
		(Paciente días)	1307	1255	1331	1339	1301	1363	1387	1305	1299	1436	1332	1405	16060
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	553	485	529	461	559	437	473	555	501	424	468	455	5900
		Nº de egresos	17	15	22	15	16	16	17	20	16	19	18	23	214
		Resultados	32.53	32.33	24.05	30.73	34.94	27.31	27.82	27.75	31.31	22.32	26.00	19.78	27.57
26	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	(Días cama disponibles)	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	16440
		(Paciente días)	494	546	709	768	838	740	582	509	651	609	570	656	7672
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	1366	1194	1151	1032	1022	1060	1278	1351	1149	1251	1230	1204	8768
		Nº de egresos	10	10	4	11	6	8	9	8	13	11	7	8	105
		Resultados	136.60	119.40	287.75	93.82	170.33	132.50	142.00	168.88	88.38	113.73	175.71	150.50	83.50
27	Intervalo de Sustitución Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	(Días cama disponibles)	11594	10846	11594	11220	11594	11220	11594	11594	11220	11594	11220	11594	136884
		(Paciente días)	8594	8035	8396	8352	8685	8336	8523	8490	8051	8139	8045	8274	99920
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	3000	2811	3198	2868	2909	2884	3071	3104	3169	3455	3175	3320	36964
		Nº de egresos	1	0	1	0	2	1	4	3	0	0	3	2	17
		Resultados	0	0	0	0	1455	0	768	1035	0	0	0	1660	2174
28	Intervalo de Sustitución PSIQUIATRIA FORENSE	(Días cama disponibles)	372	348	372	360	372	360	372	372	360	372	360	372	4392
		(Paciente días)	369	343	364	355	359	350	364	369	356	362	360	372	4323
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	3.00	5.00	8.00	5.00	13.00	10.00	8.00	3.00	4.00	10.00	0.00	0.00	69.00
		Nº de egresos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		Resultados	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
29	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1, PAB. 20 Y PAB. 18 (ADICCIONES)	Total pacientes días x 100	3385	3308	3615	3699	3781	3777	3660	3526	3593	3783	3468	3648	43243
		Total días cama disponibles	3720	5220	3720	3600	5580	5400	5580	5580	5400	5580	5400	5580	60360
		Resultados	90.99	63.37	97.18	102.75	67.76	69.94	65.59	63.19	66.54	67.80	64.22	65.38	71.64
30	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Total pacientes días x 100	2891	2762	2906	2931	2943	3037	3078	3017	2942	3174	2898	2992	35571
		Total días cama disponibles	3720	3480	3720	3600	3720	3600	3720	3720	3600	3720	3600	3720	43920
		Resultados	77.72	79.37	78.12	81.42	79.11	84.36	82.74	81.10	81.72	85.32	80.50	80.43	80.99
31	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Total pacientes días x 100	1584	1507	1575	1592	1642	1674	1691	1712	1643	1738	1566	1587	19511
		Total días cama disponibles	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	21960
		Resultados	85.16	86.61	84.68	88.44	88.28	93.00	90.91	92.04	91.28	93.44	87.00	85.32	88.85
32	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Total pacientes días x 100	1307	1255	1331	1339	1301	1363	1387	1305	1299	1436	1332	1405	16060
		Total días cama disponibles	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	21960
		Resultados	70.27	72.13	71.56	74.39	69.95	75.72	74.57	70.16	72.17	77.20	74.00	75.54	73.13
33	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Total pacientes días x 100	494	546	709	768	838	740	582	509	651	609	570	656	7672
		Total días cama disponibles	1860	1740	1860	1800	1860	1800	1860	1860	1800	1860	1800	1860	16440
		Resultados	26.56	31.38	38.12	42.67	45.05	41.11	31.29	27.37	36.17	32.74	31.67	35.27	46.67

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR			Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
34	Porcentaje de Ocupación Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Total pacientes días x 100	8594	8035	8396	8352	8685	8336	8523	8490	8051	8139	8045	8274	99920
		Total días cama disponibles	11594	10846	11594	11220	11594	11220	11594	11594	11220	11594	11220	11594	136884
		Resultados	74.12	74.08	72.42	74.44	74.91	74.30	73.51	73.23	71.76	70.20	71.70	71.36	73.00
35	Porcentaje de Ocupación PSIQUIATRIA FORENSE	Total pacientes días x 100	369	343	364	355	359	350	364	369	356	362	360	372	4323
		Total días cama disponibles	372	348	372	360	372	360	372	372	360	372	360	372	4392
		Resultados	99.19	98.56	97.85	98.61	96.51	97.22	97.85	99.19	98.89	97.31	100.00	100.00	98.43
36	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1, PAB. 20 Y PAB. 18 (ADICCIONES)	Nº de egresos	37	32	35	37	35	32	36	42	43	39	36	39	443
		Nº de camas reales promedio	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2160
		Resultados	0.21	0.18	0.19	0.21	0.19	0.18	0.20	0.23	0.24	0.22	0.20	0.22	0.21
37	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Nº de egresos	27	22	31	26	29	24	27	34	30	28	29	31	338
		Nº de camas reales promedio	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1440
		Resultados	0.23	0.18	0.26	0.22	0.24	0.20	0.23	0.28	0.25	0.23	0.24	0.26	0.23
38	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Nº de egresos	10	7	9	11	13	8	10	14	14	9	11	8	124
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
		Resultados	0.17	0.12	0.15	0.18	0.22	0.13	0.17	0.23	0.23	0.15	0.18	0.13	0.17

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

	DESCRIPCION DEL INDICADOR		Meses del año 2016												
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
39	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Nº de egresos	17	15	22	15	16	16	17	20	16	19	18	23	214
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
		Resultados	0.28	0.25	0.37	0.25	0.27	0.27	0.28	0.33	0.27	0.32	0.30	0.38	0.30
40	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS ADICCIONES	Nº de egresos	10	10	4	11	6	8	9	8	13	11	7	8	105
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
		Resultados	0.17	0.17	0.07	0.18	0.10	0.13	0.15	0.13	0.22	0.18	0.12	0.13	0.15
41	Rendimiento Cama Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Nº de egresos	0	0	0	0	2	1	4	3	0	1	3	2	16
		Nº de camas reales promedio	374	374	374	374	374	374	374	374	374	374	374	374	4488
		Resultados	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0053	0.0027	0.0107	0.0080	0.0000	0.0027	0.0080	0.0053	0.0036
42	Rendimiento Cama PSIQUIATRIA FORENSE	Nº de egresos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Nº de camas reales promedio	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
		Resultados	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
INDICADORES DE CALIDAD															
43	Tasa de Infecciones Intrahospitalaria	total de pacientes c/ infecciones intrahospitalarias x100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Nº de Egresos	37	32	35	37	37	33	40	45	43	40	39	41	459
		Resultados	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
44	Tasa de Mortalidad Bruta	Total de Fallecidos x 100	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	0	5
		Nº de Egresos	37	32	35	37	37	33	40	45	43	40	39	41	459
		Resultados	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.03	0.03	0.00	0.01

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

INDICADORES DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO 2016

DESCRIPCION DEL INDICADOR		Meses del año 2016												
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
45 Razón de emergencia	N° Atenciones Emergencia	350	371	349	368	310	347	357	389	325	336	327	354	4183
	N° Atenciones Consulta	2895	3474	3277	3382	3916	3663	2685	3658	3831	3674	3789	3902	42146
	Resultados	0.12	0.11	0.11	0.11	0.08	0.09	0.13	0.11	0.08	0.09	0.09	0.09	0.10
46 Prioridad Emergencia	Prioridad I	32	25	26	27	31	21	17	25	16	17	20	15	272
	Prioridad II	165	172	170	198	144	117	145	156	125	133	116	153	1794
	Prioridad III	125	145	131	109	108	176	125	177	144	146	166	150	1702
	Prioridad IV	23	28	17	17	12	17	7	24	10	19	16	11	201
	No reporta	5	1	4	13	11	16	63	7	30	18	9	25	202
47 Tiempo de Espera en Emergencia														
	Prioridad II en minutos	1010	1041	928	1176	743	672	845	694	672	636	662	791	9870
														0
														0
	Tiempo Promedio	6.12	6.05	5.46	5.94	5.16	5.74	5.83	4.45	5.38	4.78	5.71	5.17	5.50

VIII. RESPONSABILIDADES (OESA)

El presente documento técnico es de responsabilidad de cada Oficina y/o Departamento de convocar, proponer, elaborar y difundir el Análisis Situacional de Salud Hospitalario Año 2016

IX. BIBLIOGRAFIA

- **METODOLOGIA PARA EL ANALISIS SITUACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (MINSA – DGE – DIRECCION EJECUTIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- GRUPO TEMATICO EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA 2015 (ASEH 2015).**
- **Epidemiologia Aplicada**
    - **Jokin de Irala Estevez, Miguel Ángel - 2010**
- **Epidemiologia Aplicada, de León Górdiz – 2008.**
- **Hernández Aguado. Manual de Epidemiologia y Salud Pública. 2da. Edición España 2011.**
- **George C. Canavos – Probabilidad y Estadística. Aplicaciones y Métodos – 1988.**
- **Macchi - Introducción a la Estadística en ciencias de la salud – 2da. Edición España 2013.**

X. ANEXOS

RELACION DE COMITES HOSPITALARIOS.

1. **Comité De Control de Infecciones Intrahospitalarias.**
   - **Comité De Control De Infecciones Intrahospitalarias Del HVLH.**
   - **EQUIPO TECNICO EJECUTIVO del CCIIH-HVLH.**
2. **Comité Evaluador De Infecciones Intrahospitalarias**
3. **Comité De Operativo De Emergencia**
4. **Comité de Gestión y manejo de Residuos Solidos**
5. **Comité De Mejora Continua De La Calidad**
6. **Comité De Seguridad Y Salud En El Trabajo**
7. **Comité Farmacoterapéutico**
8. **Comité Técnico Permanente De La ESI**
9. **Comité de Farmacovigilancia del Hospital Víctor Larco Herrera (R.D. Nº 158-2015-DG-HVLH).**

Ministerio de Salud del Perú

Hospital Víctor Larco Herrera

Av. Pérez Aranibar Nº 600 – Magdalena del Mar

Teléfonos: 261- 5516

Telefax: 461- 4442

Web: www.larcoherrera.gob.pe

E-mail: hospvlherrera1@yahoo.es

Año 2016