



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 204 - 2013-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 09 de diciembre de 2013

Visto; la Nota Informativa N° 204-OESA-HVLH-2013;

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 1° de la Constitución Política del Perú, la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin de la Sociedad y el Estado;

Que, el artículo III del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842 y sus modificatorias, se dispone que toda persona tiene derecho a la protección de salud en los términos y condiciones que establece la Ley, el derecho a la protección de la salud es irrenunciable, así mismo en su artículo 76° precisa que la autoridad de salud a nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y la erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes;

Que, con la finalidad de establecer pautas y criterios para el proceso de elaboración de un Análisis de Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO), el cual contribuye a la identificación de las necesidades y prioridades sanitarias institucionales para la toma de decisiones así como las intervenciones y programas apropiados para el mejoramiento de la salud de la población usuaria de las instituciones hospitalarias de la jurisdicción de la DISA V Lima Ciudad, ha elaborado la Directiva sanitaria N° 001-DISA-V-LC/OE-V.01 "Elaboración del Análisis de Salud Hospitalaria (ASISHO) de la DISA V Lima Ciudad, aprobado mediante Resolución Directoral N° 454/2011-DG-EPI-DISA-V-LC de fecha 25 de mayo de 2011;

Que, en atención al documento del visto, la Oficina Epidemiología de Salud Ambiental ha elaborado el Análisis Situacional de Salud Hospitalaria 2012, y a fin de lograr la mejora continua de los procesos organizacionales, enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo; resulta conveniente aprobar mediante el correspondiente acto de administración;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Epidemiología y salud Ambiental y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera";y,

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

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Análisis Situacional de Salud Hospitalaria del Hospital Víctor Larco Herrera-2012, el mismo que consta (373) páginas que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2º.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. Celestina Foucauran La
Directora General

CAEL/MYRV

Distribución:

- Oficina de Epidemiología y salud Ambiental
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo.



PERÚ
**Ministerio
de Salud**

Hospital Nacional
Análisis de Situación de Salud Hospitalario 2012 (ASISHO)
Victor Larco Herrera



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIO (ASISHO) AÑO 2012 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

PERÚ/MINSA/DISA-V-LC/HVLH/OESA

Magdalena del Mar

Lima – Perú



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA

***ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIO (ASISHO)
AÑO 2012***

MAGDALENA DEL MAR, DICIEMBRE DE 2012

MINISTERIO DE SALUD

Señora Magíster
MIDORI MUSME CRISTINA DE HABICH ROSPIGLIOSI

Señor Doctor
JOSE CARLOS DEL CARMEN SARA
Viceministro de Salud

MED. MARTÍN JAVIER ALFREDO, YAGUI MOSCOSO
Director General
Dirección General de Epidemiología

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD
Med. Luis Alberto Huamaní Palomino
DIRECTORA GENERAL

Dr. Carlos Enrique Martínez Paredes

Jefe de la Oficina de Epidemiología

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Dra. Cristina Alejandrina Eguiguren Li.
Directora General

EQUIPO DE GESTIÓN

Dra. Cristina Alejandrina Eguiguren Li.

Directora General

Dr. Julián Reynaldo Sarria García

Director Adjunto

CPC María Angélica Cuadra Rojas

Director de la Oficina Ejecutiva de Administración

CPC. Abelardo Milko Mayor López

Jefe del Órgano de Control Institucional

Ing. José Luis Solano Espinel

Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Dr. Augusto Andrés Galarza Anglas

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Dra. Carmen Haydee Bautista Altamirano

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Carlos Enrique Del Castillo Cayo

Jefa de la Oficina de Personal

Abogada. Miriam Ysabel Rodríguez Vargas

Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica

CPC. Miguel Ángel Taboada Castillo

Jefe de la Oficina de Economía

CPC Elisa Janet Rivera del Río

Jefe de la Oficina de Logística

Ing. Hugo Julio García Vargas

Jefa de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Sr. Hipólito Castro Lázaro

Jefe de la Oficina de Estadística Informática y Telecomunicaciones

Dr. Enrique Javier Bojórquez Giraldo

Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Dr. Walter Hugo Contreras Juárez

Jefe de la Oficina de Comunicaciones

Dra. Alicia Chu Esquerre

Jefa de Departamento de Adicciones

Dr. José Elmer Ranilla Collado

Jefe de Departamento de Hospitalización

Médico Cirujano Carlos Eduardo Palacios Valdivieso

Jefa de Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente

Dra. Juana Villa Morocho

Jefa de Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria

Dra. María Esther Cavero Trucios

Jefa de Departamento de Emergencia

Médico Pedro Mauricio Gago Manco

Jefa de Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia

Dr. Eduardo Ruiz Díaz

Jefe de Departamento de Apoyo Médico Complementario

Lic. Florencia Antonia Alendez Peralta

Jefa de Departamento de Enfermería

MG PD María Luisa Urriaga Rubio

Jefa de Departamento de Psicología

Q.F. Silvia Matta Minaya

Jefa de Departamento de Farmacia

Lic. Nelly Vásquez Delgado

Jefa de Departamento de Nutrición y Dietética

Lic. María Yarin De La Cruz

Jefa de Departamento de Trabajo Social

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

Dr. Augusto Andrés Galarza Anglas

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Lic. Obdulia Violeta Flores Fernández (Departamento de Enfermería)

Responsable Unidad Vigilancia Epidemiológica

Sr. José Luis Santos Bautista

Responsable Unidad Salud Ambiental

Sr. Edgar Tuesta Ramos

Responsable de la Unidad Funcional de Bioestadística

Q.F. Rosario Álvarez Pacheco (Departamento de Farmacia)

Responsable de Vigilancia Epidemiológica Intrahospitalaria.

Sra. María Magdalena Ching Contreras

Secretaria.

ELABORADO POR:

Dr. Augusto Andrés Galarza Anglas

Sr. Edgar Tuesta Ramos

Agradecimientos:

Dr. Carlos Enrique, Martínez Paredes

*Director de la Oficina de Epidemiología
DISA V Lima Ciudad.*

MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL

***Doctora Cristina Alejandrina Eguiguren Li.
Directora General***

AGRADECIMIENTO

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera; agradece a las diferentes Direcciones, Oficinas y Departamentos Asistenciales de la Institución, por brindarnos las facilidades en cuanto a la elaboración del presente documento de gestión.

Dr. Augusto Andrés Galarza Anglas
Jefe de OESA-HVLH

INDICE

Páginas

INTRODUCCION

CAPÍTULO I:

ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

CAPITULO II:

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS DISTRITOS DEMANDANTES.

CAPÍTULO III:

DEMANDA

CAPITULO IV:

OFERTA

CAPÍTULO V:

RESULTADOS DE SALUD

CAPÍTULO VI:

- MATRIZ DE PROBLEMAS
- PRIORIZACION DE PROBLEMAS

CAPÍTULO VII:

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII:

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IX:

BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO X:

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La presente publicación: "Análisis de Situación de Salud de Hospitales", Año 2012 (ASISHO 2012), se encuentra respaldada por Resolución Directoral N° 454/2011-DG-EPI-DISA V LIMA CIUDAD del 25 de mayo de 2011.

El presente documento de gestión, se ha elaborado en base a la publicación anterior (ASISHO 2011), el cual no solamente nos ha servido de modelo sino que también es un referente comparativo, con respecto a año anterior.

Con esta innovación estamos haciendo por primera vez un análisis comparativo de salud, sobre las principales causas de morbilidad del presente año, con respecto al año anterior.

También queremos destacar que desde el año pasado hemos introducido una nueva herramienta de trabajo: el Diagrama de Pareto que nos permite analizar la mayor concentración de morbilidades durante un periodo de tiempo, que para este caso nos sirve para hacer un análisis comparativo con el año anterior.

Esta vez estamos ubicando la información de Residuos Sólidos Hospitalarios, dentro del mismo contenido de la publicación, es decir introduciéndolo dentro de un capítulo mas (Capítulo VI) y no como un anexo, como fue en la publicación anterior.

Asimismo por primera vez en este año tenemos un análisis comparativo de indicadores de salud sobre violencia familiar y adicciones ya que el año anterior solo fue un diagnostico basal.

Finalmente, en este año seguimos con el mismo anhelo que tuvimos en la publicación anterior, es decir que estos referentes e indicadores de salud, se conviertan mañana mas tarde en una investigación individual o colectiva, con el único objetivo primordial, que los resultados estén destinados a la prevención y control de las enfermedades, que es el norte la Epidemiología.

El Autor

**CAPÍTULO I:
ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL
VICTOR 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 custodiales (“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 historioGráfico 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.

Fue 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.

Texto al parecer incompleto de ASISHO 2011 a ser revisado.]

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 la 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 N°20, 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.

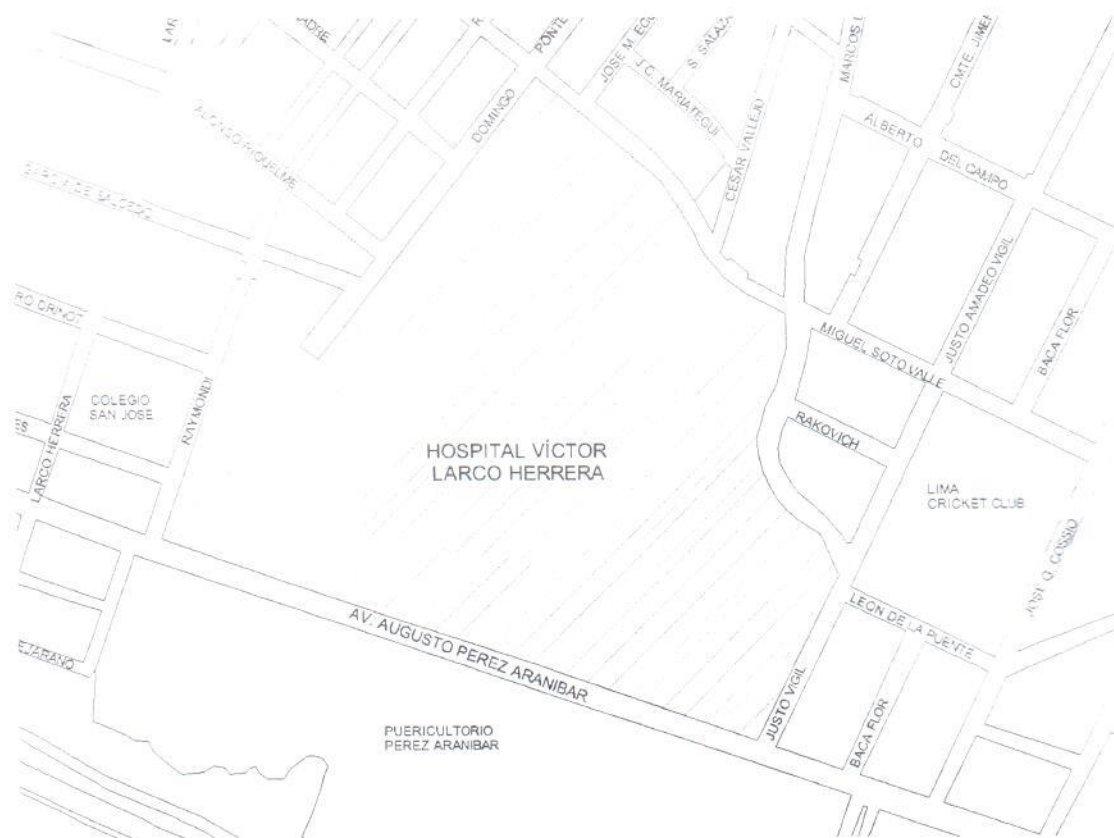
En la actualidad, el Hospital Víctor Larco Herrera es una Institución Pública, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda servicios especializados de prevención, promoción, tratamiento recuperación y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población a su cargo, con calidad, calidez, equidad, 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) N°600



Ubicación geoGráfico

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 Ejército) 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.

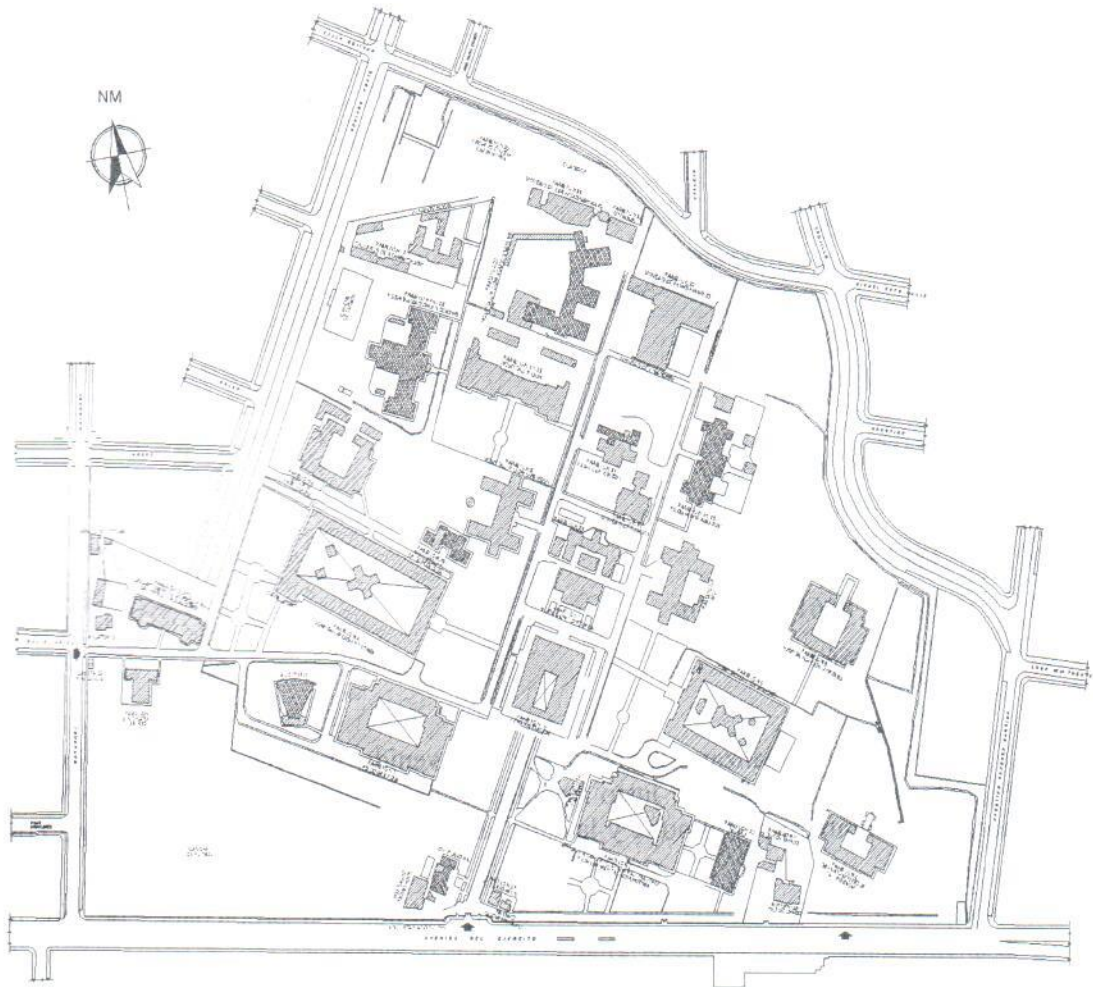
Es posible acceder desde otros distritos mediante vías cercanas como son la Av. Javier Prado, Av. Brasil, la Avenida Salaverry y la vía costanera.

Áreas

Área de predio : 20.8705 has

Perímetro : 2021.385 m

Plano de conjunto



Vista aérea



Planta física

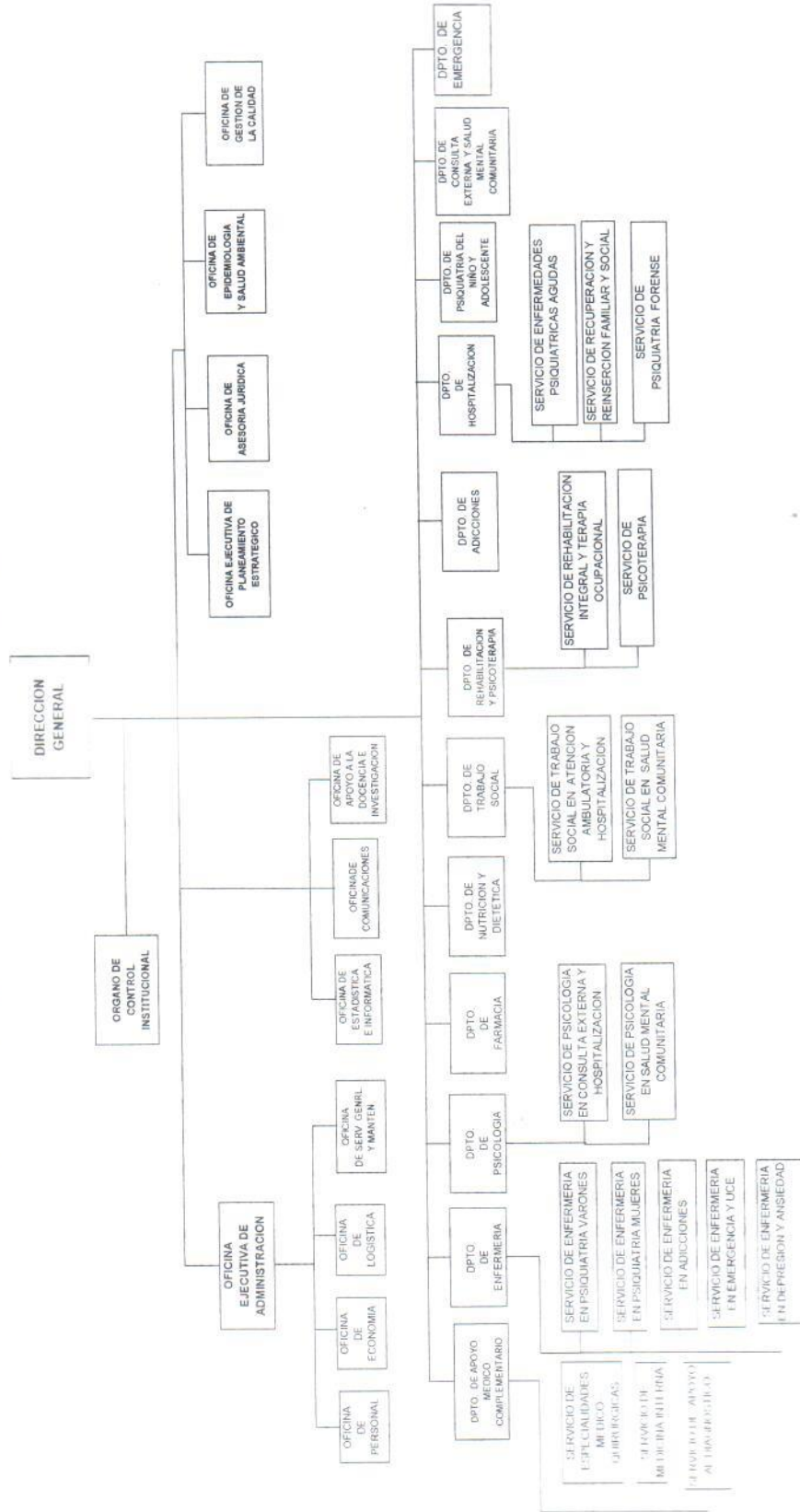
El hospital ocupó inicialmente más de 50 hectáreas de terreno. Luego de varias modificaciones y ocupaciones urbanas a los alrededores el área del hospital se redujo a cerca de 21 hectáreas.

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, similar 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.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO "VICTOR LARCO HERRERA"



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

Según el Reglamento de Organización y Funciones, 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

Oficina de Epidemiología y Salud ambiental OESA - HVLH

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

CAPITULO II: DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS DISTRITOS DEMANDANTES.

Pirámide poblacional de atención

La transición demográfica en el Perú, se inició con la disminución de mortalidad infantil, la misma que ha tenido un descenso sostenido desde la década del 80, alcanzando al 2010 la cifra de 20.8 muertes por cada mil nacidos vivos.

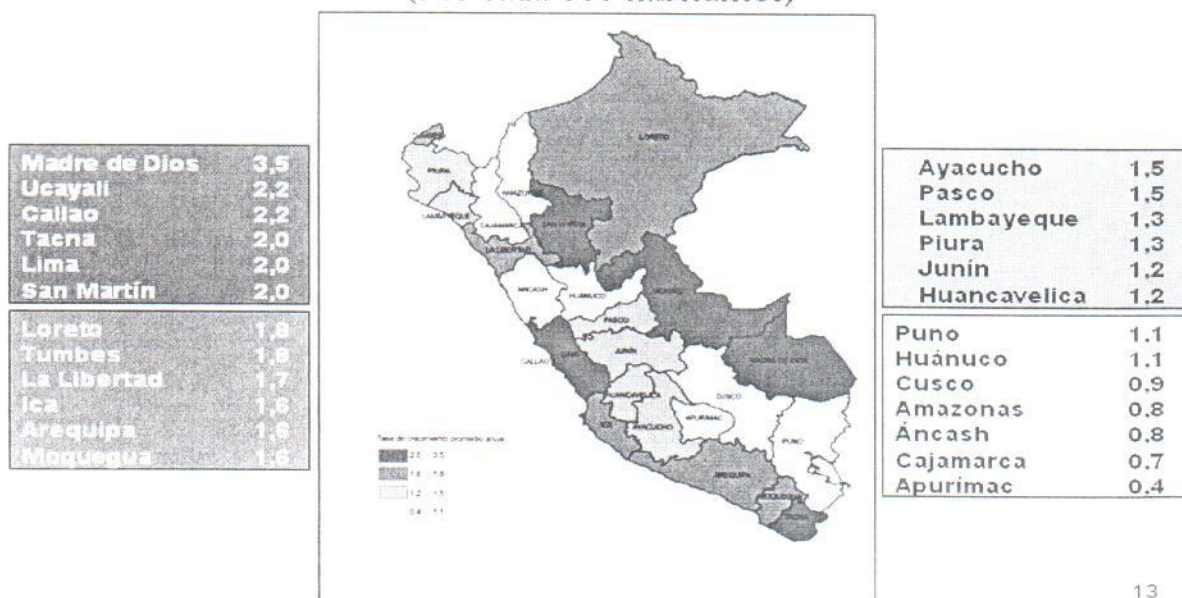
Posteriormente se dio una reducción en las tasas de natalidad, originándose así un cambio en la población general de las edades de la población, caracterizado por una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años. Esto ha permitido que exista una mayor esperanza de vida al nacer, **determinando que para el periodo 2005 – 2010, las mujeres peruanas puedan esperar vivir casi 76 años y los hombres 71.**

Crecimiento de la Población

Los Censos de Población y Vivienda en el Perú se registran a partir de la Época Republicana, desde esa fecha hasta la actualidad se han levantado un total de 11 Censos de Población y 6 de Vivienda. En 1940, después de 64 años se realizó el quinto Censo de Población.

En nuestro país, los Censos de 1940 a 1993 fueron Censos de Hecho o De Facto, es decir, se empadronó a la población en el lugar en que se encontraba, independientemente de que éste fuera su lugar de residencia. En el año 2005, por excepción, el Censo fue de Derecho o De Jure, mediante el cual se levantó información teniendo en cuenta la residencia habitual de la población. En el censo de población que se ejecutó en el año 2007, se utilizó la metodología de un Censo de Hecho o de Facto.

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



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

13

Población a través de los censos

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

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

a/ Censo de Derecho de Jure
 b/ No incluye la población del distrito de Carmen Alto, Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.
 Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940,1961,1972,1981,1993,2005 y 2007

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

Crecimiento de la población

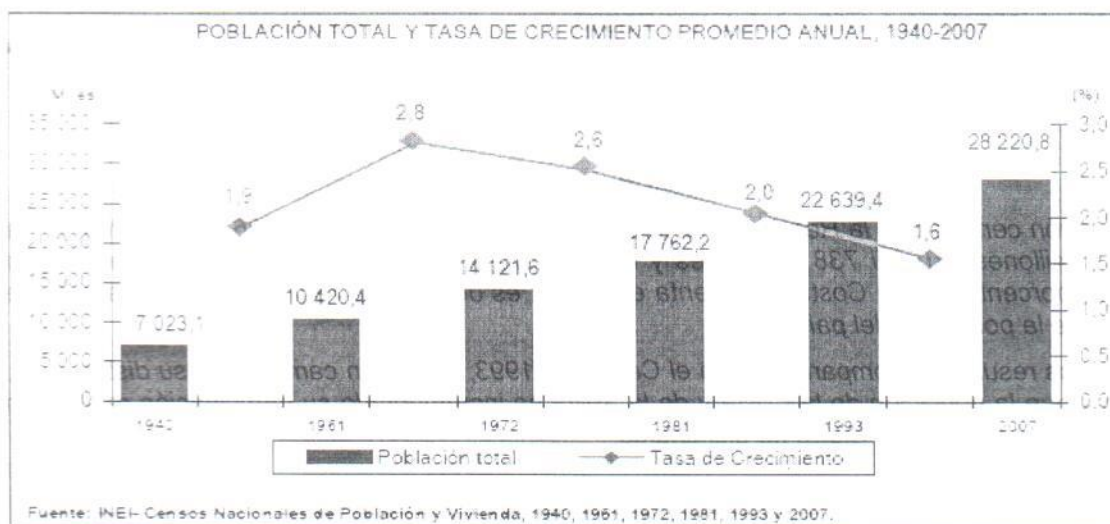
El incremento de la población medido por la tasa de crecimiento promedio anual, refiere que la población ha presentado un crecimiento promedio anual para el periodo 1993 - 2007 de 1,6%, lo cual confirma la tendencia decreciente observada en los últimos 46 años.

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

PERU: POBLACION TOTAL Y TASA DE INCREMENTO PROMEDIO ANUAL, 1940 - 2007				
Año	Total	Incremento Intercensal	Incremento Anual	Tasa de Crecimiento Promedio Anual (%)
1940	7,023,111			
1961	10,420,357	3,397,246	161,774	1,9
1972	14,121,564	3,701,207	336,473	2,8
1981	17,762,231	3,640,667	404,519	2,6
1993	22,639,443	4,877,212	406,434	2,0
2007	28,220,764	5,581,321	398,666	1,6

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

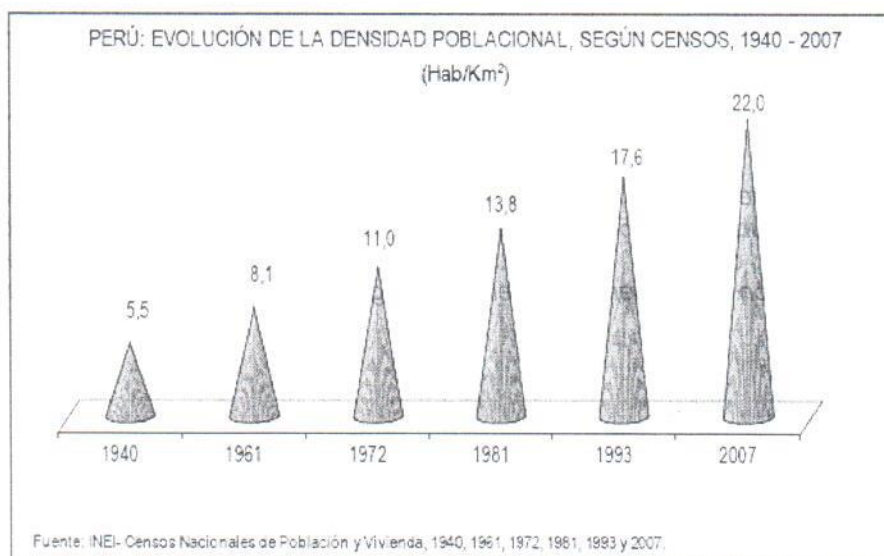
Esta tendencia declinante del ritmo de crecimiento poblacional, se explica fundamentalmente por la reducción de los niveles de fecundidad, comportamiento que se confirma con los resultados de las encuestas demográficas y de salud familiar realizadas por el INEI.



Densidad poblacional

La densidad poblacional, es un indicador que permite evaluar la concentración de la población de una determinada área geográfica, comprende el número de habitantes por kilómetro cuadrado, que se encuentran en una determinada extensión territorial.

La densidad poblacional del Perú para el año 2007, fue 22,0 Hab. /Km². Al evaluar el comportamiento de este indicador, tomando como referencia la información censal de 1940, se observa que en los últimos 67 años se ha incrementado en 4,0 veces, pasando de 5,5 Hab./Km² a 22,0 Hab./Km² en el año 2007, en 1961 el número de personas por kilómetro cuadrado fue de 8,1, en 1972 alcanzó 11,0, en 1981 subió a 13,8 y en 1993 representó el 17,6 habitantes por Km².



Distribución de la población

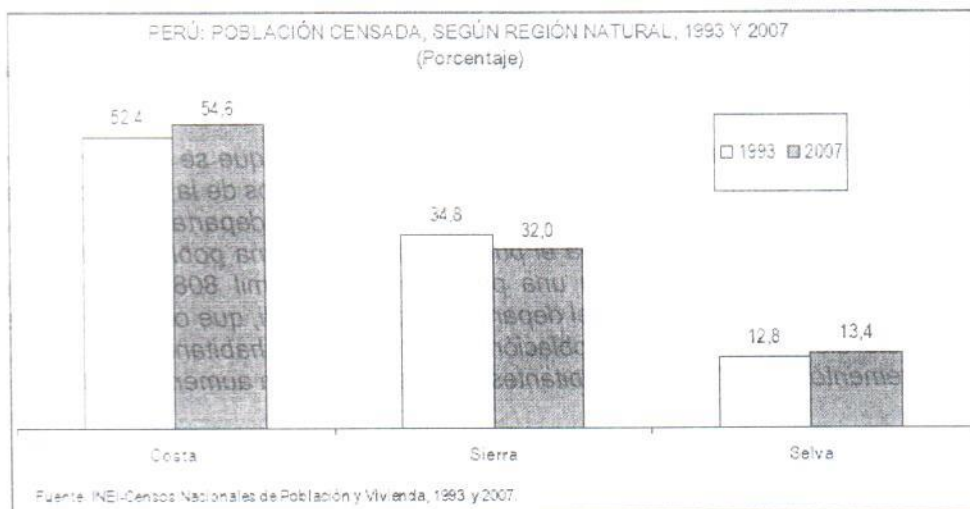
La población censada en la Región de la Costa fue de 14 millones 973 mil 264 habitantes, en la Sierra 8 millones 770 mil 738 habitantes y en la Selva 3 millones 675 mil 292 habitantes. En términos porcentuales, la Costa representa el 54,6%, es decir, es la región que alberga más de la mitad de la población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

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

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

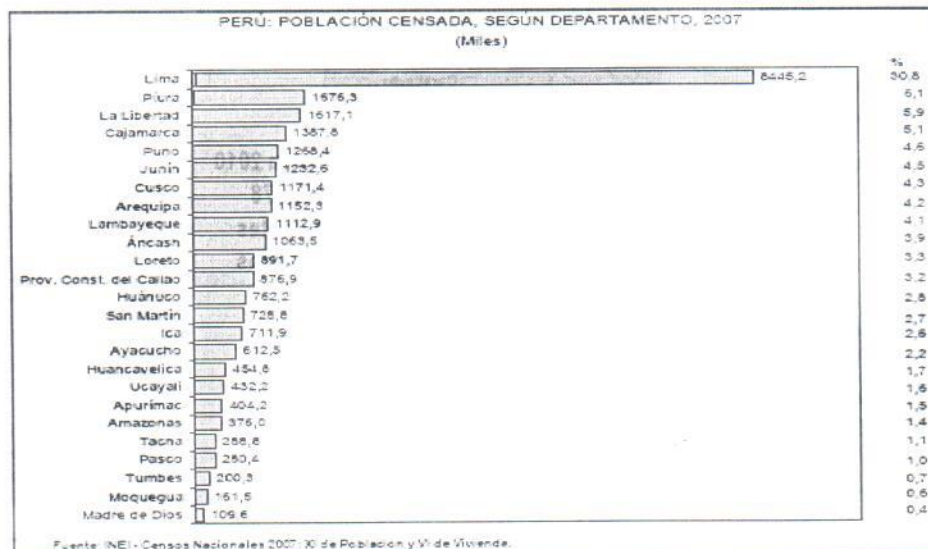
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940,1961,1972,1981,1993,2005 y 2007

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



Distribución de la Población por departamento

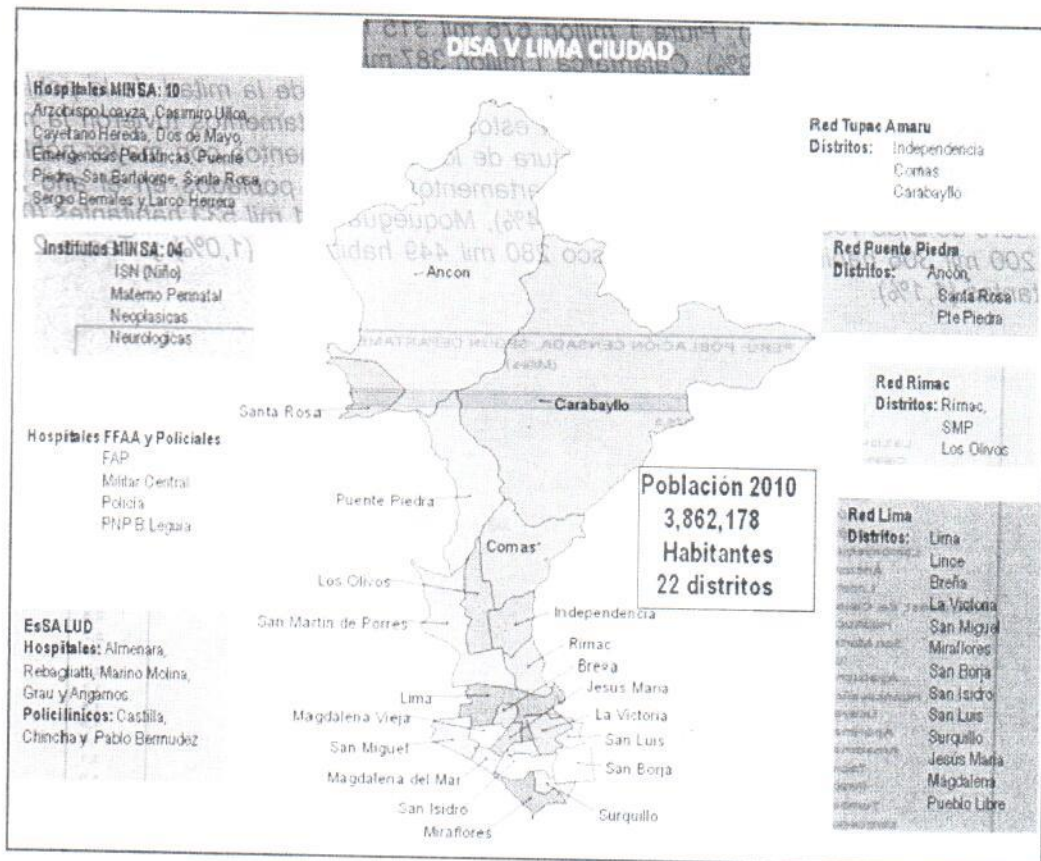
Según el Censo de Población del año 2007, los cinco departamentos con mayor población censada fueron: Lima 8 millones 445 mil 211 habitantes, que concentra cerca de la tercera parte de la población nacional (30,8%), Piura 1 millón 676 mil 315 habitantes (6,1%), La Libertad 1 millón 617 mil 050 habitantes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



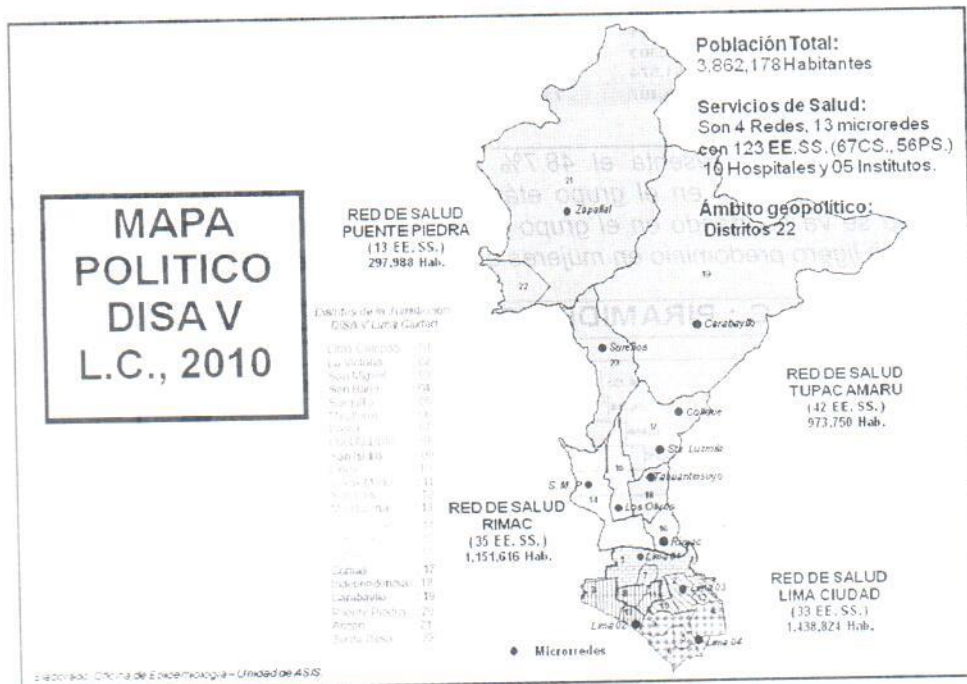
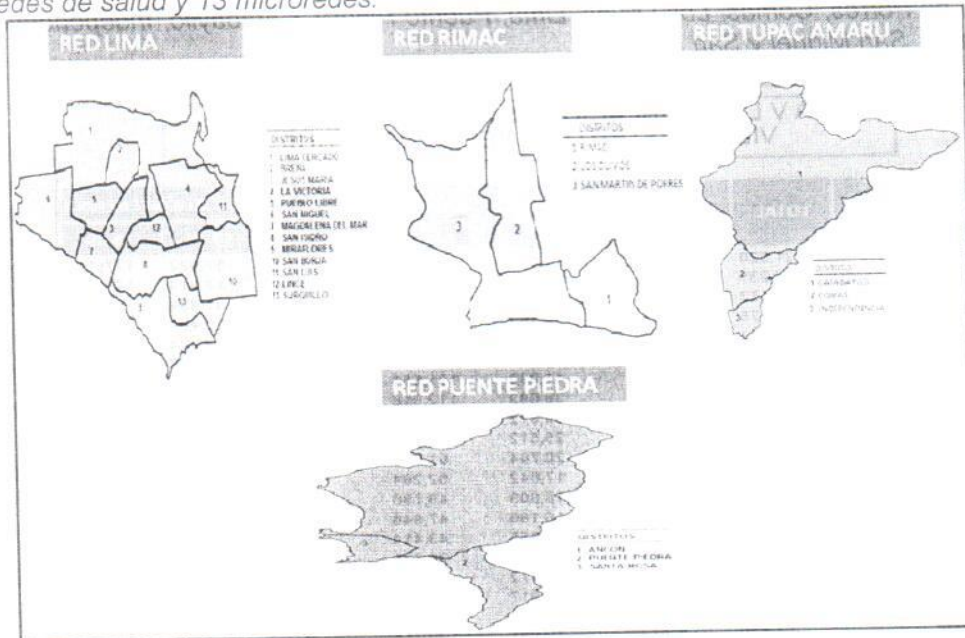
El comportamiento del crecimiento poblacional de estos departamentos es similar al registrado en el año 1993, habiendo variado sólo en el orden de ubicación. Así, Pasco que ocupaba el

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

A. Características socio-demoGráficos de la demanda



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

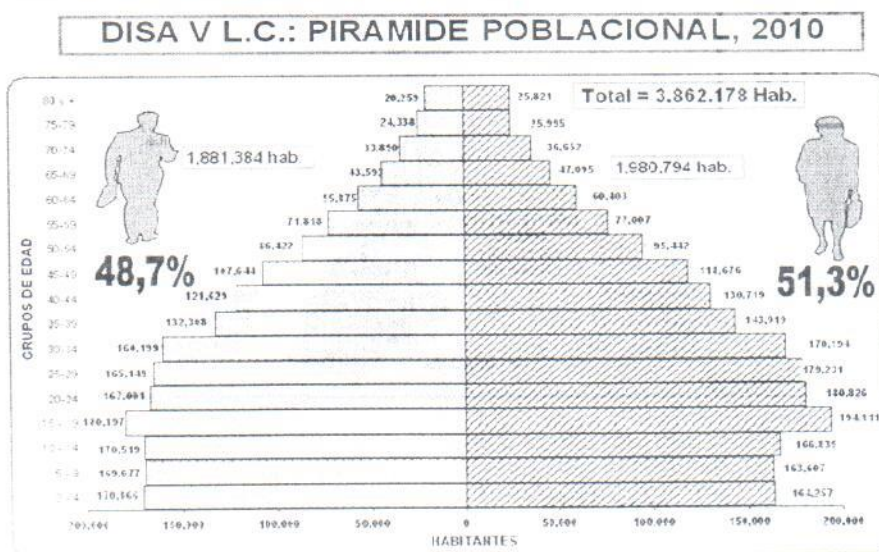


La cobertura de atención para nuestro Hospital en los distritos con mayor densidad poblacional son San Martín de Porres, Comas, Los Olivos, Lima, Puente Piedra, Carabayllo, Independencia, La Victoria, Rimac, San Miguel y San Borja.

DISA V L.C.: POBLACIÓN ESTIMADA POR CICLO DE VIDA Y DISTRITO DE RESIDENCIA, 2010							
DISTRITO	TOTAL	Niños (0 - 9 a)	Adolescente (10 - 19 a)	Adulto (20 - 59 a)	Adulto Mayor (60 a más)	POBLACIÓN FEMENINA	
						10-19	15-49
S. M. DE PORRES	621,520	107,563	114,525	339,258	60,174	57,022	177,732
COMAS	522,235	90,381	96,230	285,063	50,561	47,913	149,340
LÓS OLIVOS	341,173	59,045	62,866	186,231	33,031	31,301	97,563
LIMA CERCADO	321,176	55,586	59,182	175,315	31,093	29,467	91,844
PUNTE PIEDRA	250,514	43,365	46,161	136,744	24,254	22,984	71,638
CARABAYLLO	228,825	39,602	42,167	124,912	22,154	20,995	65,438
INDEPENDENCIA	222,680	38,538	41,032	121,551	21,559	20,430	63,678
LA VICTORIA	206,677	35,768	38,083	112,816	20,010	18,962	59,102
RIMAC	188,923	32,695	34,812	103,125	19,291	17,333	54,025
SAN MIGUEL	138,453	23,961	25,512	75,575	13,405	12,702	39,592
SAN BORJA	112,684	19,501	20,764	61,509	10,910	10,338	32,223
SURQUILLO	95,746	16,569	17,642	52,264	9,271	8,784	27,380
MIRAFLORES	91,223	15,787	16,809	49,796	8,831	8,369	26,086
BREÑA	87,840	15,203	16,186	47,946	8,505	8,059	25,119
PUEBLO LIBRE	79,534	13,764	14,655	43,414	7,701	7,297	22,744
JESUS MARIA	70,967	12,281	13,076	38,735	6,870	6,510	20,293
SAN ISIDRO	62,259	10,775	11,472	33,985	6,027	5,712	17,804
LINCE	59,242	10,252	10,917	32,337	5,738	5,435	16,941
SAN LUIS	58,599	10,140	10,796	31,980	5,673	5,375	16,754
MAGDALENA	54,439	9,422	10,031	29,715	5,271	4,995	15,568
ANCÓN	35,782	6,194	6,594	19,530	3,464	3,283	10,232
SANTA ROSA	11,692	2,025	2,154	6,383	1,130	1,073	3,343
RED LIMA	1,438,824	249,009	265,125	785,387	139,303	132,005	411,450
RED TUPAC AMARU	973,750	168,521	179,429	531,526	94,274	89,338	278,456
RED RIMAC	1,151,616	199,303	212,203	628,614	111,496	105,656	329,320
RED PUNTE PIEDRA	297,988	51,574	54,909	162,657	28,848	27,340	85,213
DISA V L.C.	3,862,178	668,407	711,666	2,108,184	373,921	354,339	1,104,439

Fuente: Oficina General de Estadística - MINSA
Elaborado: Oficina de Epidemiología - Unidad de ASIS - DISA V.L.C.

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



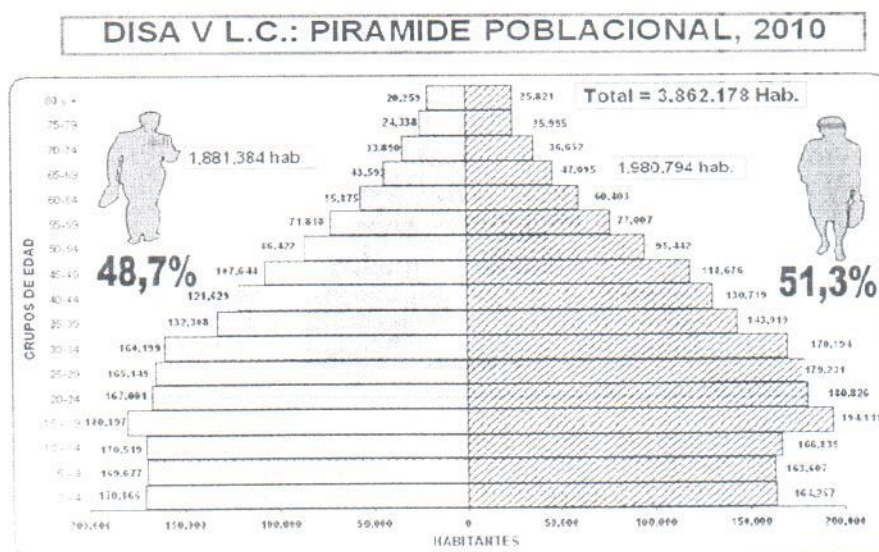
En el año 2010 se aprecia un angostamiento de la base, producto de la disminución de la natalidad, ensanchamiento de los cuartos superiores, resultado de la disminución de la mortalidad y mayor sobrevivencia de los niños, así mismo se observa el ensanchamiento de la vertice con relación al descenso de la mortalidad general y a un mayor volumen de población adulta.
Oficina de Epidemiología y Salud ambiental OESA - HVLH
Elaborado: Oficina de Epidemiología - Unidad de ASIS

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

DISA V L.C.: POBLACIÓN ESTIMADA POR CICLO DE VIDA Y DISTRITO DE RESIDENCIA, 2010							
DISTRITO	TOTAL	Niños (0 - 9 a)	Adolescentes (10 - 19 a)	Adulto (20 - 59 a)	Adulto Mayor (60 a más)	POBLACIÓN FEMENINA	
						10-19	15-49
S. M. DE PORRES	621,520	107,563	114,525	339,258	60,174	57,022	177,732
COMAS	522,235	90,381	96,230	285,063	50,561	47,913	149,340
LÓS OLIVOS	341,173	59,045	62,866	186,231	33,031	31,301	97,563
LIMA CERCADO	321,176	55,566	59,182	175,315	31,093	29,467	91,844
PUEBTO PIEDRA	250,514	43,355	46,161	136,744	24,254	22,984	71,638
CARABAYLLO	228,835	39,602	42,167	124,912	22,154	20,995	65,438
INDEPENDENCIA	222,680	38,538	41,032	121,551	21,559	20,430	63,678
LA VICTORIA	206,677	35,768	38,083	112,816	20,010	18,962	59,102
RIMAC	188,923	32,695	34,812	103,125	18,291	17,333	54,025
SAN MIGUEL	138,453	23,961	25,512	75,575	13,405	12,702	39,592
SAN BORJA	112,684	19,501	20,764	61,509	10,910	10,338	32,223
SURQUILLO	95,746	16,569	17,642	52,264	9,271	8,784	27,380
MIRAFLORES	91,223	15,787	16,809	49,796	8,831	8,369	26,086
BREÑA	87,840	15,203	16,186	47,946	8,505	8,059	25,119
PUEBLO LIBRE	79,534	13,764	14,655	43,414	7,701	7,297	22,744
JESUS MARIA	70,967	12,281	13,076	38,735	6,870	6,510	20,293
SAN ISIDRO	62,259	10,775	11,472	33,985	6,027	5,712	17,804
LINCE	59,242	10,252	10,917	32,337	5,738	5,435	16,941
SAN LUIS	58,599	10,140	10,796	31,980	5,673	5,375	16,754
MAGDALENA	54,439	9,422	10,031	29,715	5,271	4,995	15,568
ANCÓN	35,782	6,194	6,594	19,530	3,464	3,283	10,232
SANTA ROSA	11,692	2,025	2,154	6,383	1,130	1,073	3,343
RED LIMA	1,438,824	249,009	265,125	785,387	139,303	132,005	411,450
RED TUPAC AMARU	973,750	168,521	179,429	531,526	94,274	89,338	278,456
RED RIMAC	1,151,616	199,303	212,203	628,614	111,496	105,656	329,320
RED PUEBTO PIEDRA	297,988	51,574	54,909	162,657	28,848	27,340	85,213
DISA V L.C.	3,862,178	668,407	711,666	2,108,184	373,921	354,339	1,104,439

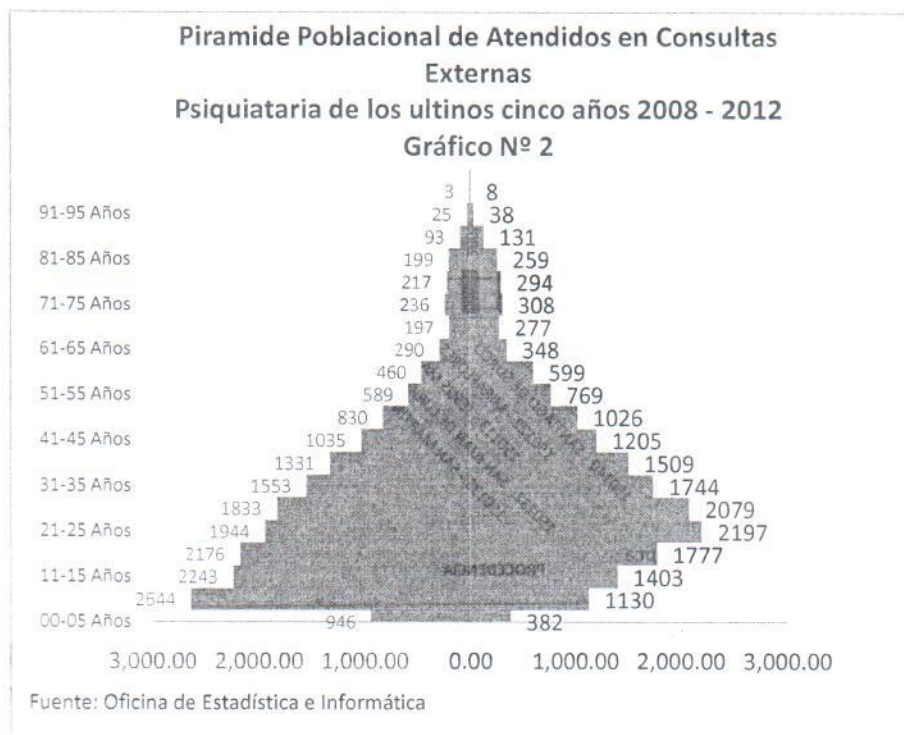
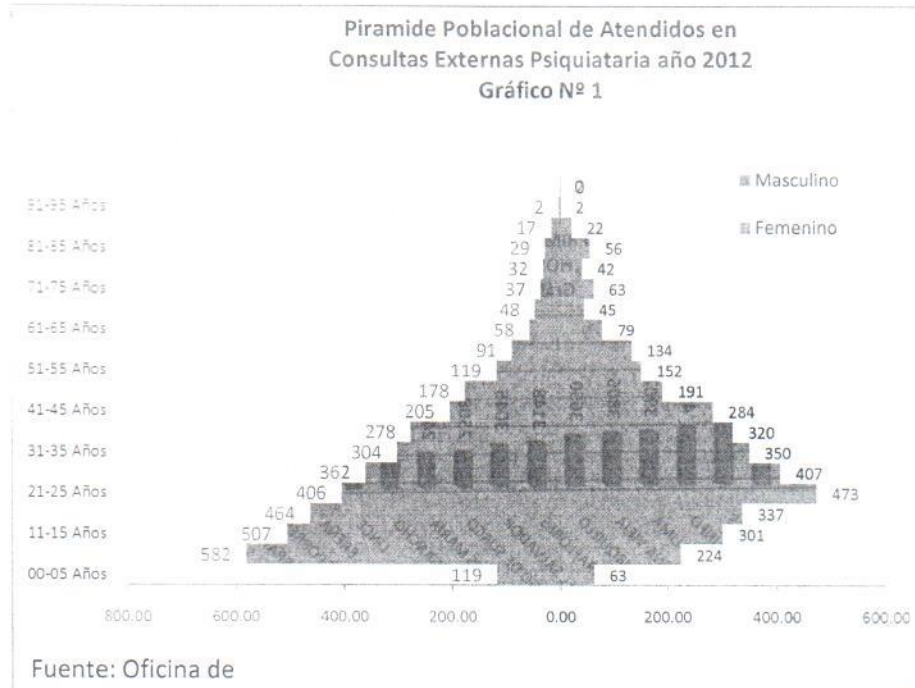
Fuente: Oficina General de Estadística - MINSA
Elaborado: Oficina de Epidemiología - Unidad de ASIS - DISA V L.C.

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

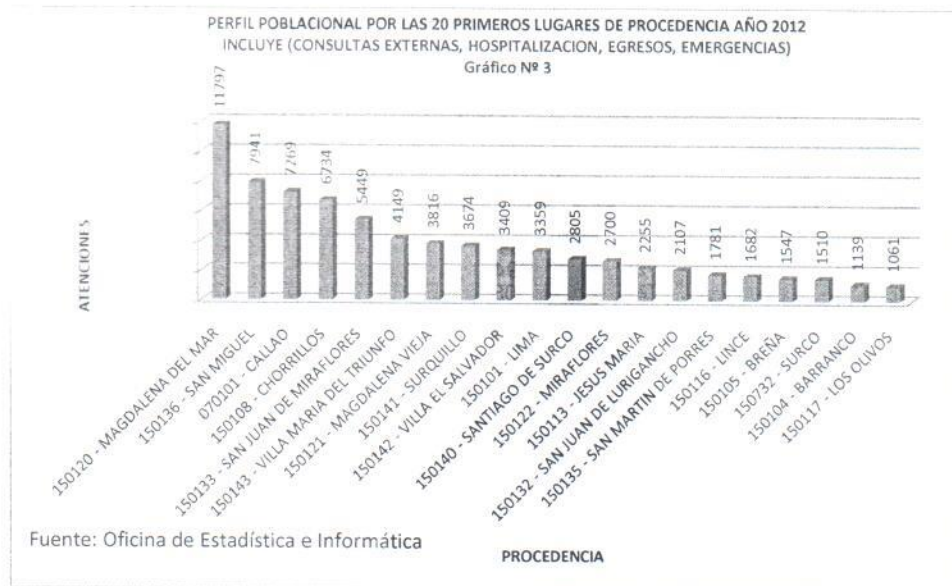
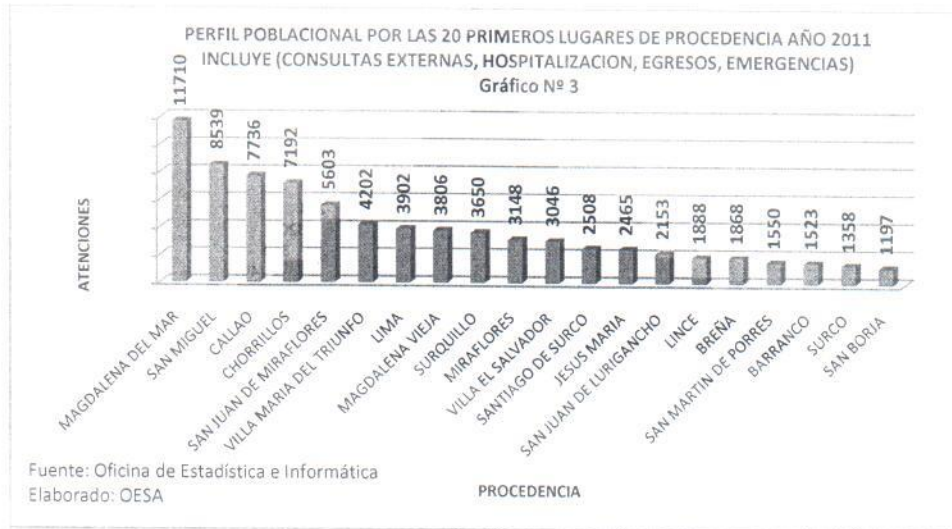


En el año 2010 se aprecia un angostamiento de la base, producto de la disminución de la natalidad, en su correspondiente aumento de los cuarenta y nueve, resultado de la disminución de la mortalidad y mayor sobrevivencia de los niños, así mismo se observa el estrechamiento de la vertice con relación al descenso de la mortalidad general y a un mayor volumen de población adulta.

Oficina de Epidemiología y Salud ambiental OESA - HVLH



Perfil de procedencia de la demanda total: Atenciones según lugar de procedencia a nivel Distrital.- comparativo con el 2011.



En cuanto a la demanda total de atenciones, (Consulta Externa, Hospitalización, Egresos y Emergencia), según Distrito, no hay diferencias significativas, comparado en el año anterior, según los primeros cinco distritos.

**TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA, SEGÚN PROCEDENCIA
Y GRUPO ETARIO**

**AÑO 2011
Tabla N° 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
PROVINCIA DE LIMA	90%	88%	84%	85%	85%	86%
150108 - CHORRILLOS	9%	10%	9%	8%	5%	8%
150136 - SAN MIGUEL	15%	14%	7%	6%	6%	8%
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	5%	8%	9%	8%	5%	8%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	15%	8%	4%	5%	10%	6%
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	4%	4%	6%	6%	5%	6%
150101 - LIMA	4%	5%	5%	6%	6%	6%
150142 - VILLA EL SALVADOR	2%	5%	5%	6%	2%	5%
150140 - SANTIAGO DE SURCO	6%	4%	5%	3%	4%	4%
150141 - SURQUILLO	4%	4%	4%	3%	3%	4%
150121 - MAGDALENA VIEJA	5%	3%	3%	3%	3%	4%
OTROS DISTRITOS DE LIMA	20.97%	21%	28%	31%	35%	29%
PROV. CONST. DEL CALLAO	9%	11%	12%	12%	12%	12%
070101 - CALLAO	6%	8%	10%	10%	10%	10%
070106 - VENTANILLA	0%	0%	1%	1%	0%	1%
070104 - LA PERLA	2%	2%	1%	1%	1%	1%
070102 - BELLAVISTA	1%	2%	0%	0%	0%	1%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
070105 - LA PUNTA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	1%	1%	3%	2%	3%	2%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

**TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA,
SEGÚN PROCEDENCIA Y ESTAPAS DE VIDA DURANTE AÑO 2012**

Tabla N° 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%	89%	86%	85%	87%	86%
150108 - CHORRILLOS	8%	10%	9%	8%	7%	8%
150133 - SAN JUAN DE MIRAFLORES	3%	8%	9%	8%	5%	7%
150136 - SAN MIGUEL	13%	11%	7%	6%	6%	7%
150120 - MAGDALENA DEL MAR	17%	9%	5%	5%	9%	7%
150143 - VILLA MARIA DEL TRIUNFO	4%	5%	6%	6%	5%	6%
150101 - LIMA	4%	4%	5%	6%	7%	5%
150142 - VILLA EL SALVADOR	2%	5%	5%	6%	3%	5%
150732 - SURCO	5%	5%	5%	4%	4%	4%
150141 - SURQUILLO	5%	5%	3%	3%	5%	4%
150121 - MAGDALENA VIEJA	5%	5%	3%	3%	3%	3%
OTROS DISTRITOS DE LIMA	21.02%	21%	29%	30%	33%	28%
PROV. CONST. DEL CALLAO	12%	10%	11%	12%	11%	11%
070101 - CALLAO	8%	7%	9%	10%	9%	9%
070106 - VENTANILLA	2%	1%	1%	1%	1%	1%
070104 - LA PERLA	1%	1%	1%	1%	0%	1%
070102 - BELLAVISTA	1%	1%	1%	1%	0%	1%
070103 - CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
070105 - LA PUNTA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
OTROS LUGARES DISTINTO A LIMA Y CALLAO	1%	1%	3%	3%	2%	2%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

El mayor porcentaje de atendidos, sigue siendo en el grupo etario comprendido en la niñez (cuyas edades fluctúan entre 0 y 11 años); comparativamente en los dos años: 2011-2012; con 15% y 17%, para los años 2011-2012 respectivamente, que se apreció en el Distrito de Magdalena del Mar.

CAPÍTULO III: DEMANDA

Atenciones y Atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera año 2011

Pacientes:

Nuevos (N)

Continuadores (C)

Re ingresantes (R)

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)

b. 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.

Comparativo con el año anterior (2011)		
Total Atenciones en Consultas Externas en Psiquiatría y Otras Especialidades Año 2012		
Tabla Nº 2		
Actividades del HVLH Años: 2011 y 2012	Total Atenciones 2011	Total Atenciones 2012
Total Consultas Externas Otras Especialidades	51,061	48,576
Ginecología	169	221
Medicina Física y Rehabilitación	16,719	15,664
Medicina General	1,687	1,823
Neurología	187	283
Odontología	957	1,214
Psicología	21,967	19,564
Servicio Social	9,375	9,807
Total Consultas Externas Psiquiátricas	35,427	35,351
Psiquiatría Adultos	27,111	26,834
Psiquiatría Niños	6,369	6,449
Psiquiatría Adicciones	1,947	2,068
Total general	86,488	83,927
Fuente: Oficina de Estadística e Informática		
Elaborado: OESA		

En el total general existe una disminución de atenciones con respecto al año próximo pasado. Sin embargo en psiquiatría de Niños y en Adicciones hay un incremento de las atenciones, aunque no significativo.

Atendidos y Atenciones por tipo de paciente y por cada Especialidad en Consulta Externa
Psiquiatría Año 2011

Tabla N° 3

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

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

Atendidos y Atenciones por tipo de paciente y por cada Especialidad en Consulta Externa
Psiquiatría Año 2012

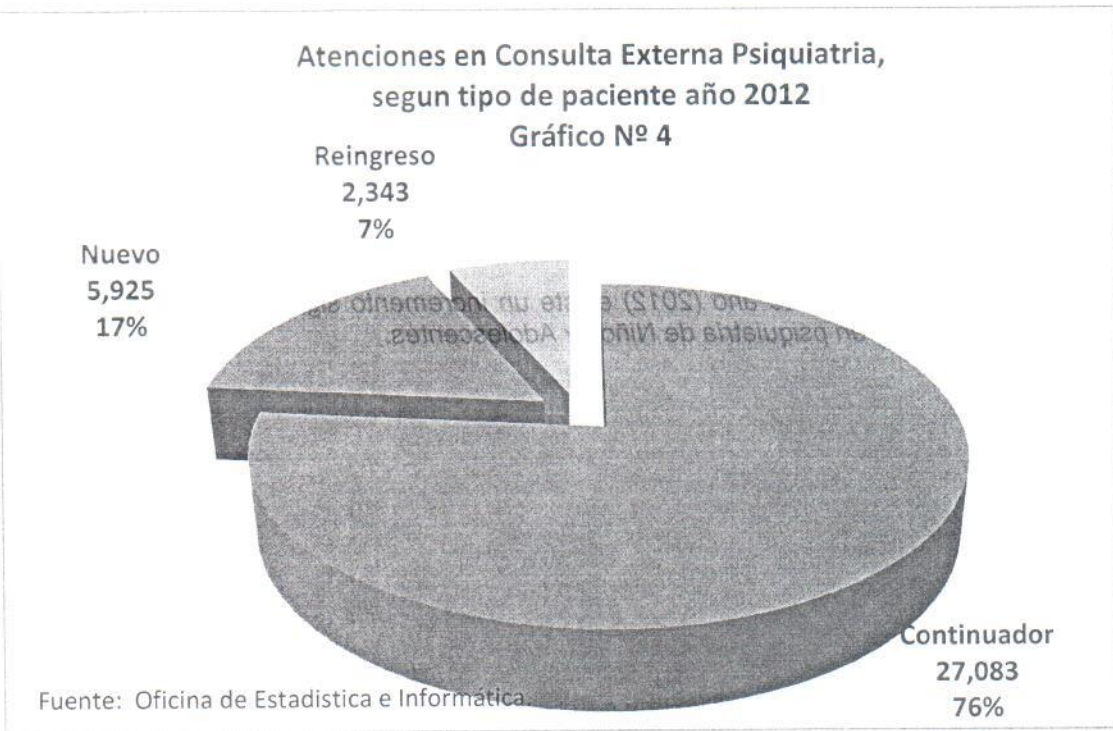
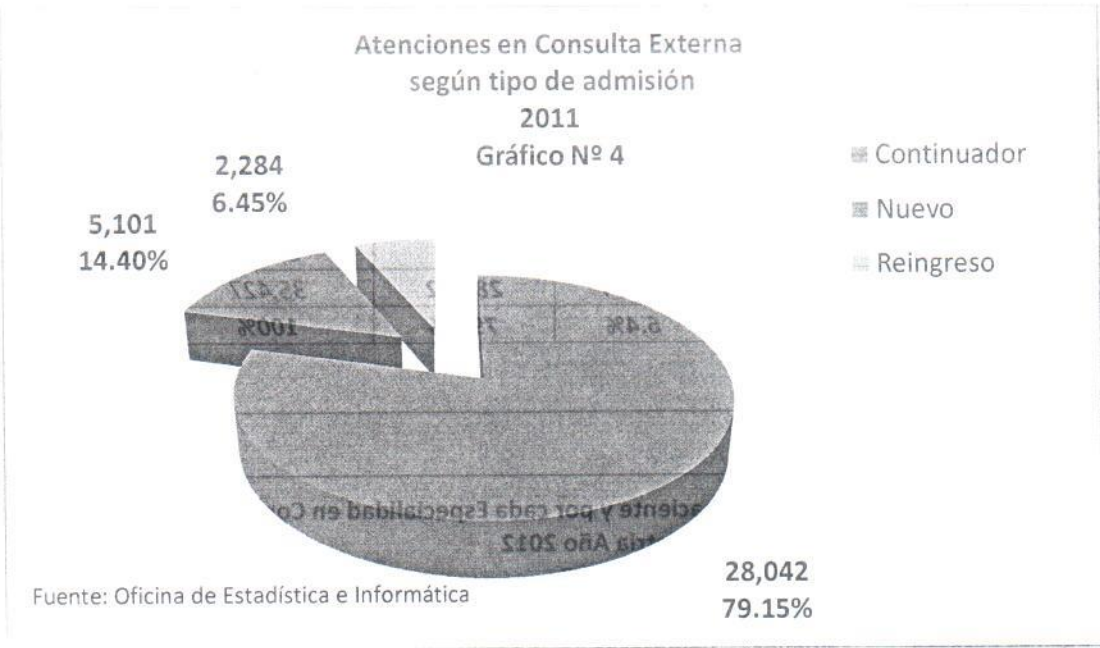
Tabla N° 3

Especialidades en Consulta Externa Psiquiatría	Nuevos	Reingresos	Continuador	Total Atenciones	%
Psiquiatría Adicciones	424	63	1,581	2,068	6%
Psiquiatría Adultos	4,191	1,695	20,948	26,834	76%
Psiquiatría Niños	1,310	585	4,554	6,449	18%
Total general	5,925	2,343	27,083	35,351	100%
%	16.8%	6.6%	76.6%	100%	

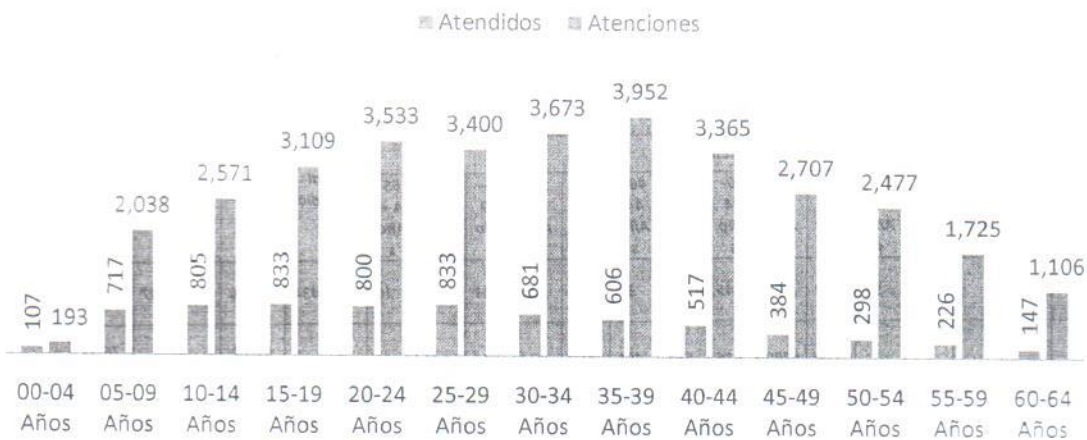
Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Elaborado: OESA

Con respecto al año 2011; en este año (2012) existe un incremento significativo en el total de atenciones con atendidos y en psiquiatría de Niños y Adolescentes.

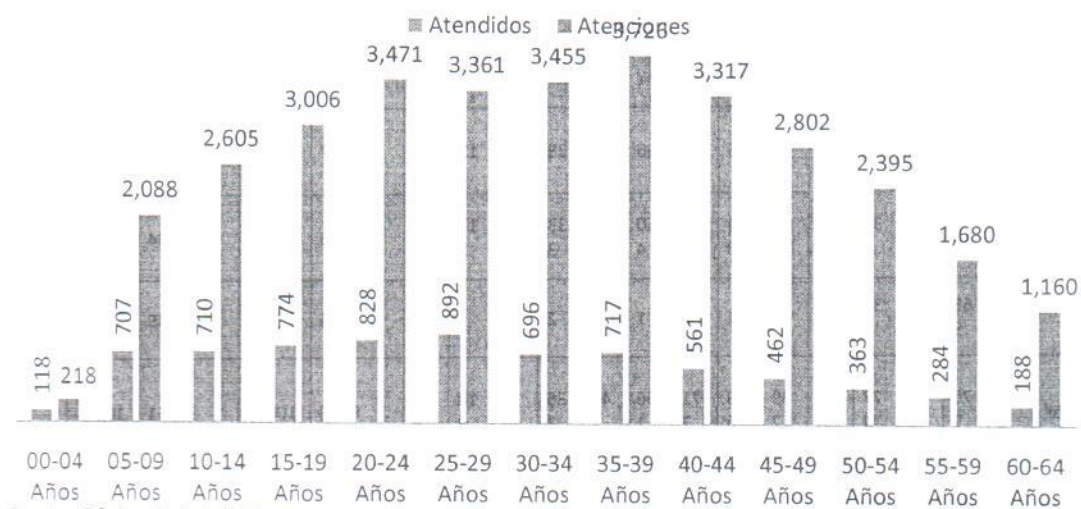


**Atendidos y Atenciones por Grupos Etarios en
Consulta Externa 2011**
Gráfico N° 5



Fuente: Oficina de Estadística e Informática

**Atendidos y Atenciones por Grupos Etarios en
Consulta Externa Psiquiatría Año 2012**
Gráfico N° 5



Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Comparativo:

En cuanto a las atenciones por grupo etario, la mayor concentración de pacientes, sigue el mismo comportamiento del año pasado, grupo de 20 a 44 años.

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

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

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por grupos etarios
y por especialidades, Año 2012
Tabla Nº 4

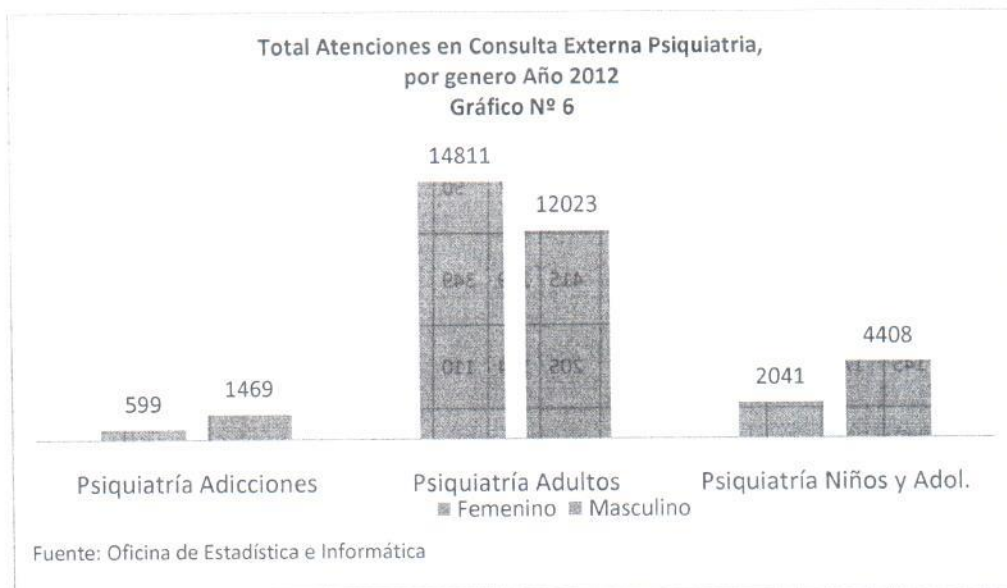
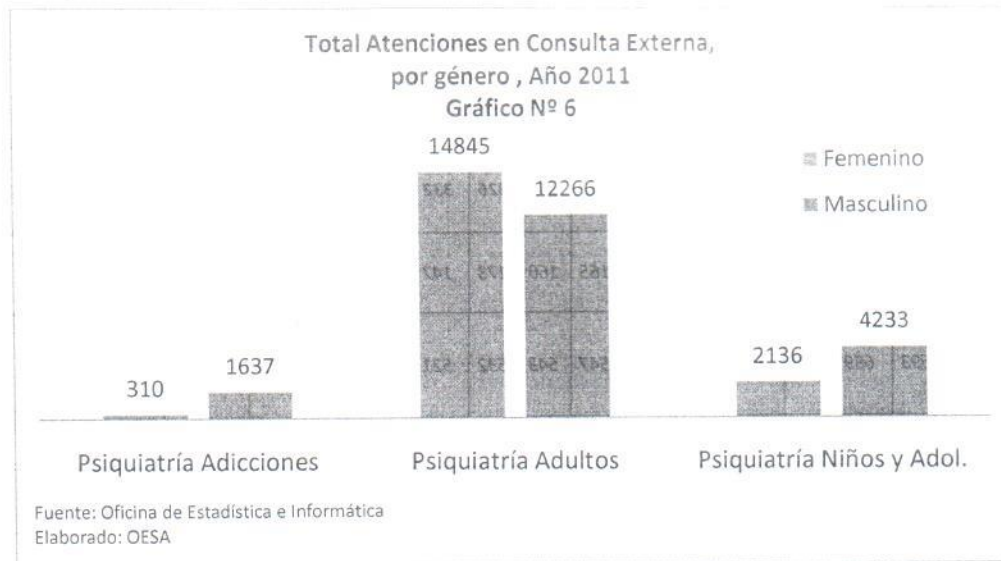
Especialidad es	Atendidos														Total Atendidos	%	Total Atenciones	%
	00-04 Año s	05-09 Año s	10-14 Año s	15-19 Año s	20-24 Año s	25-29 Año s	30-34 Año s	35-39 Año s	40-44 Año s	45-49 Año s	50-54 Año s	55-59 Año s	60-64 Año s	65 A+ Año s				
Psiquiatría Adicciones		2	2	42	92	75	55	49	56	37	28	18	13	18	487	5.89%	2068	5.85%
Psiquiatría Adultos	4	16	29	33	73	81	64	66	50	42	33	26	17	94	5886	71.19%	26834	75.91%
Psiquiatría Niños	11	68	67	39	1	5	1	2	1	1	2			1	1895	22.92%	6449	18.24%
Total general	11	70	71	77	82	89	69	71	56	46	36	28	18	96	8268	100%	35351	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática
Elaborado: OESA

Comparativo con el año 2011

Sigue la misma tendencia que el año anterior, la mayor concentración, se presenta en Psiquiatría de Adultos.

durante los meses del presente año, en consecuencia el total general es mayor, con respecto al año pasado, en esas dos especialidades.



Se presenta la misma tendencia que el año pasado: la mayor concentración de pacientes se sigue presentando en el género femenino, en psiquiatría de adultos.

***INFORMACION ESTADISTICA DE LOS
ULTIMOS CINCO AÑOS del HVLH
(2008 –12)***



ANEXO N° 02
INFORMACION TECNICO –
ADMINISTRATIVO
AÑO - 2012

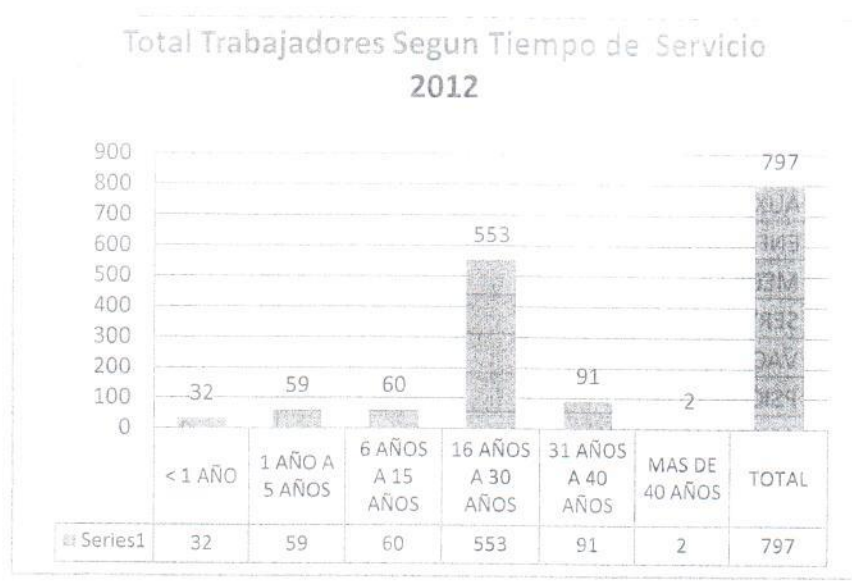
Análisis de Recursos Humanos

RESUMEN PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO LEY 276 PERIODO 2012

RESUMEN GENERAL	
TECNICOS	378
AUXILIARES	122
ENFERMERAS	99
MEDICOS	47
SERVIDOR PROFESIONAL	34
VACANTES	30
PSICOLOGOS	27
ASISTENTE SOCIAL	27
DESTACADOS DEL HOSPITAL	17
DESIGNACIONES	14
BLOQUEADAS POR DESIGNACION	10
TECNOLOGO MEDICO	10
MEDICOS CONTRATADOS	3
CIRUJANO DENTISTA	3
QUIMICO FARMACEUTICO	3
NUTRICIONISTA	3
SUSPENDIDA	1
TOTAL GENERAL	828

MEDICOS RESIDENTES	12
DESTACADOS AL HOSPITAL	3

El personal nombrado, en el periodo 2012 la mayor cantidad lo constituye los técnicos y auxiliares (500), seguido del personal de salud profesional (256).



La mayor cantidad de trabajadores según tiempo de servicio se encuentra comprendido en el periodo de 16 a 30 años (553).



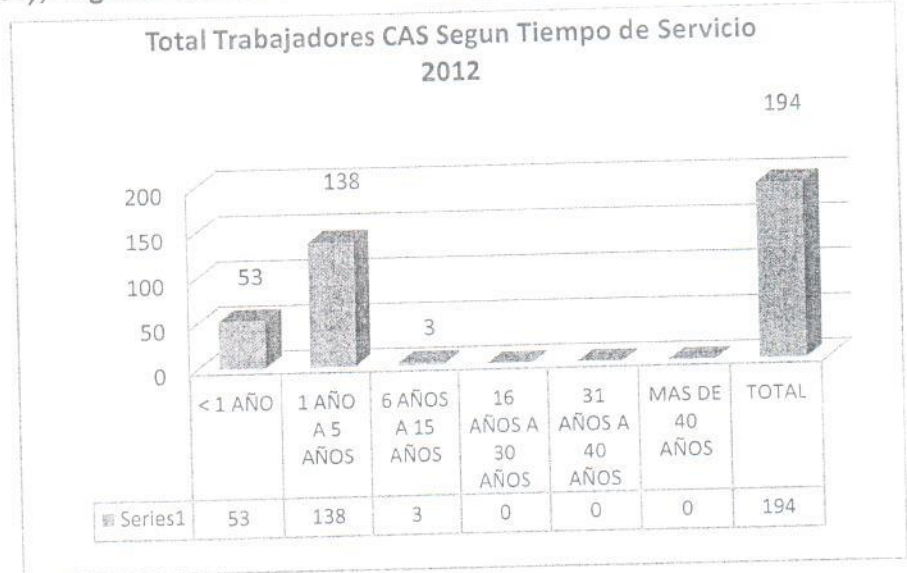
Del total de trabajadores según género, el mayor porcentaje corresponde al género femenino (63%).

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

RESUMEN PERSONAL CAS POR ESTAMENTOS 2012

RESUMEN GENERAL	
TOTAL PROFESIONALES	55
PROF. ADMINISTRATIVOS	8
PROF. ASISTENCIALES	38
OTROS PROF. DE LA SALUD	2
PROF. SALUD MEDICO	7
TECNICOS	89
TECNICOA ADMINISTRATIVOS	42
TECNICOS ASISTENCIALES	47
AUXILIARES	50
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	4
AUXILIARES ASISTENCIALES	46
TOTAL GENERAL	194

La mayor cantidad de personal CAS por estamentos lo constituyen los Técnicos (89), seguido de los Profesionales (55) y luego los auxiliares (50).



La mayor cantidad de trabajadores CAS, según tiempo de servicio, para el presente año se encuentra comprendido en el periodo de 1 a 5 años (138). Esto se explica por que han sido nombrados recientemente y por etapas al personal CAS que venia laborando en la Institución.



La mayor cantidad de trabajadores CAS, según género corresponde al sexo femenino (104).



ANEXO N° 03

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

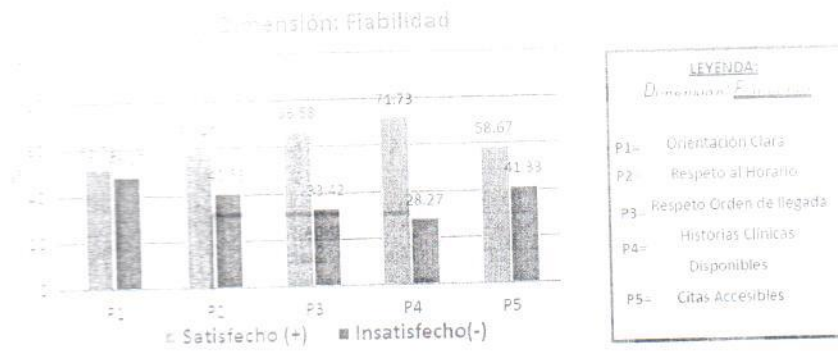
ANALISIS DE LA SALUD PERCIBIDA *Satisfacción del usuario*



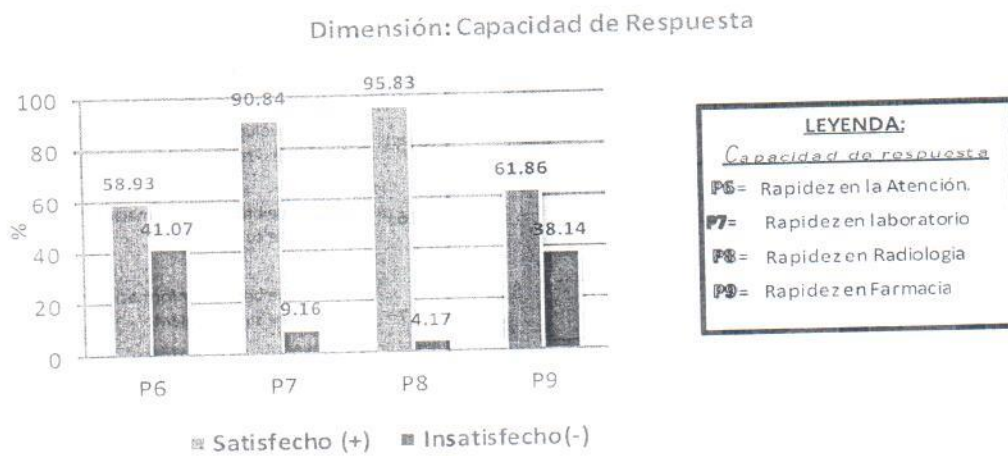
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE APLICACIÓN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO AÑO 2012

VARIABLES DE CONTROL		
		N= 375
Condición del encuestado	N° de encuestas	Porcentaje
Usuario	151	40
Acompañante	224	60
Sexo		
Masculino	142	38
Femenino	233	62
Nivel de estudio		
Analfabeto	5	1
Primaria	32	9
Secundaria	140	37
Superior técnica	120	32
Superior universitaria	78	21
Tipo de seguro por el cual se atiende		
SIS	41	11
SOAT	2	1
Ninguno	276	74
Otro	56	15
Tipo de paciente		
Nuevo	59	16
Continuador	316	84

De un total de 375 usuarios encuestados, el mayor porcentaje de la condición del encuestado es **acompañante**(60%), el mayor porcentaje de entrevistados por **Sexo** corresponde al "femenino" (62%). El mayor porcentaje en el rubro "Nivel educativo" se encuentra en "Secundaria" (37%). El mayor porcentaje de encuestados no tiene **ningún tipo de seguro**(74%) y el mayor porcentaje de encuestados es **continuador** (84%).

NIVELES DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES
DIMENSIÓN FIABILIDAD AÑO 2012


Con respecto a la dimensión "Fiabilidad" el usuario externo tiene una percepción de satisfacción siendo las categorías más relevantes la accesibilidad, orientación clara y el respeto a los horarios.

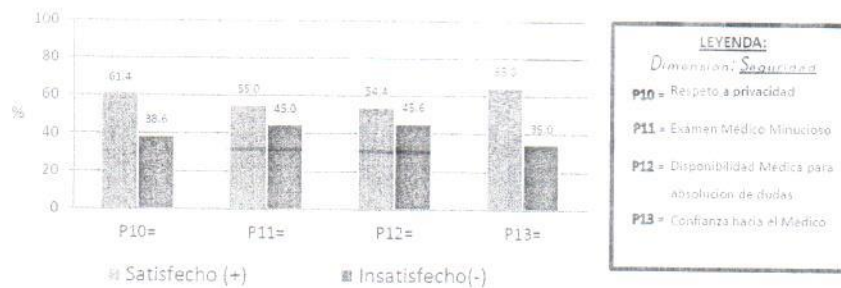
DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA 2012


En lo referente a la capacidad de respuesta, el 95.83% se encuentra satisfecho con la rapidez de la atención en radiología; el 90.84% está satisfecho con la rapidez de la atención en el laboratorio; el 61.86% está satisfecho con la rapidez de la atención en farmacia y el 58.9% está satisfecho con la rapidez de la atención en general.



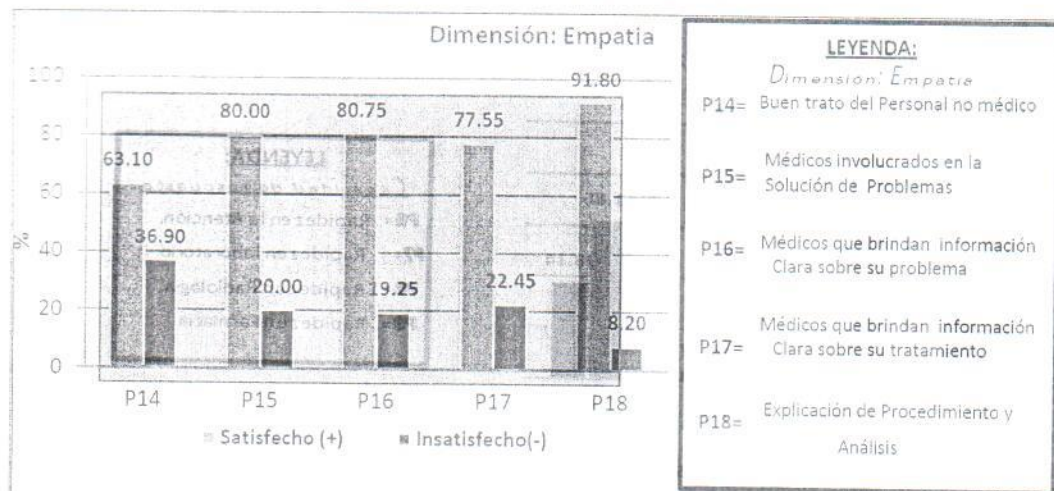
DIMENSIÓN SEGURIDAD 2012

Dimensión: Seguridad



El 65% se siente satisfecho en cuanto a la confianza hacia el médico, el 61% está satisfecho con el respeto a su privacidad. El 55% está satisfecho con el examen médico minucioso. El 54% está satisfecho con la disponibilidad médica para absolver dudas.

DIMENSIÓN EMPATÍA 2012



El 91.80% de encuestados está satisfecho con la explicación brindada por el médico sobre los procedimientos a seguir. El 80.75% de encuestados se siente satisfecho con que los médicos brinden información clara sobre su problema. El 80% está satisfecho con el que el médico esté involucrado en la solución de su problema de salud. El 77.55% está satisfecho con que los médicos brinden información clara sobre su tratamiento. El 63.10% está satisfecho con el buen trato del personal no médico.

Etapa 3

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
3	15	Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Apoyo al Diagnóstico (Imágenes y Patología Clínica)	10,216,00	10,216,00
	16	Reorganización del sistema de Archivo y reubicación de documentos	455,44	10,671,44
	17	Innovación y Reposición de Equipos Biomédicos y Esterilización	150,00	10,821,44
	18	Desarrollo de las acciones para reducir el riesgo de vulnerabilidad estructural, de las edificaciones existentes	1,000,00	11,821,44
	19	Implementación de nuevos Recursos Humanos especializados, concordantes con la Capacidad Resolutiva del Hospital	10,00	11,831,44
	20	Redimensionamiento del Servicio de Epidemiología	75,00	11,906,44
	21	Reorganización y Remodelación de las Unidades de Atención Asilar	6,688,44	18,594,88
	22	Implementación de equipo informático	290,00	18,884,88
	23	Redimensionamiento y Rehabilitación integral del Sistema de Agua (fría y caliente)	1,076,00	19,960,88
	24	Mejoramiento con criterio de Bioseguridad del Acondicionamiento final de los Residuos Sólidos	380,70	20,341,58
	25	Redimensionamiento de los Almacenes	555,00	20,896,58

Etapa 4

ETAPA	N° ORDEN	PROYECTO	COSTO ESTIMADO S/.	COSTO ACUMULADO S/.
4	26	Mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia	90,00	90,00
	27	Desarrollo de la Unidad de costos hospitalarios	30,00	120,00
	28	Desarrollo e implementación de las medidas de seguridad para mitigar el comportamiento del usuario personal frente a situaciones de evacuación y estrés	30,00	150,00
	29	Evaluación de la Tasa de desgaste de los Recursos Humanos y Programa de Prevención frente a situaciones adversas		150,00
	30	Reagrupación de las diferentes dependencias de gestión administrativa y de conducción del Hospital	3,500,00	3,650,00
	31	Desarrollo del Servicio de Docencia e Investigación	733,50	4,383,50
	32	Mejoramiento del Servicio de Mantenimiento preventivo	1,331,00	5,714,50
	33	Mejoramiento del Sistema de Regadío	178,00	5,892,50
	34	Mejorar la provisión de Servicios higiénicos públicos	100,00	5,992,50
	35	Implementación del Sistema de Video para la Seguridad	60,00	6,052,50



36	Desarrollo de facilidades de confort para personal (Comedor, vestuarios, etc.)	6,489,00	6,489,00
37	Redimensionamiento e implementación integral del Servicio de Lavandería	7,642,00	7,642,00
38	Innovación y Reposición de los Equipos Elementales de los Servicios de Nutrición y Alimentación	7,787,00	7,787,00
39	Supervisión y puesta en operación de ambientes declarados inhabitables y clausura	8,727,00	8,727,00
40	Habilitar una Sala de Usos Múltiples idónea de Hospital	12,202,00	12,202,00
41	Implementación del Sistema de gas para actividad dual de los equipos	12,577,00	12,577,00
42	Implementación del Sistema de agua contra incendio	12,817,00	12,817,00
43	Implementación del Servicio de Hospitalización para los Juzgados Judiciales	15,690,50	15,690,50
44	Estudio de Evaluación Social y Discapacidades para los Juzgados Judiciales	15,690,50	15,690,50
45	Desarrollo de acciones y protocolos para eliminar los riesgos de vulnerabilidad no estructural	15,690,50	15,690,50
46	Proyecto para la Ampliación y Desarrollo de Caminos de Medio Camino	15,890,50	15,890,50
47	Implementación del Sistema de Señalización	15,940,50	15,940,50
48	Desarrollo de Sistemas de Calidad, Estandarización (ISO, Protocolos, etc.) y Evaluación (Auditoría, Litigio etc.) y Seguridad Paciente	15,980,50	15,980,50
49	Innovación y reposición de mobiliario	16,120,50	16,120,50
50	Control Programa de Control de TBC, Dengue y VIH	16,520,50	16,520,50
51	Reorganización y Remodelación de las Unidades de Cuidados Geriátricos	18,028,30	18,028,30
52	Reorganización y Remodelación de las Unidades de la UCE	20,757,70	20,757,70

SOSTENIBILIDAD DE LAS PROPUESTAS DEL PLAN MAESTRO

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

- Existencia de una gran demanda por atenciones especializadas en Salud Mental, insatisfecha en calidad y cantidad de parte de la población principalmente no asegurada.
- La capacidad de oferta hospitalaria en Salud Mental instalada en el Hospital, es la única especializada en el área de Influencia, y convenientemente implementada, presenta gran potencialidad
- El Servicio y el establecimiento, presentan menor nivel de riesgo y exposición de la inversión
- Sostenibilidad financiera y operativa de los servicios del Hospital

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

Todas estas razones, aseguran la viabilidad de la propuesta y del dimensionamiento previsto para el horizonte de operatividad preliminar del Hospital.

Debe anotarse dos aspectos adicionales vinculados al financiamiento de la operación y mantenimiento a través de esquemas de seguros (S.S.) y a través de la venta de servicios a no asegurados (pobres y no pobres).

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

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

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

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

ANEXO N° 03

*PRESUPUESTO COMPARATIVO
INSTITUCIONAL: 2007 - 2011*

PRESUPUESTO Y CATEGORIZACION DEL HOSPITAL

Categoría hospitalaria, nivel de complejidad y Acreditación:

Nivel de complejidad:

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

Análisis de ingresos y gastos presupuestales. Análisis de costos.

ÁREA DE COSTOS

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

CARACTERISTICAS:

- Constituye centro de control e imputación de gastos.
- Centros de responsabilidad.
- Área contable.
- Es administrable, da origen a políticas, planes y programas; en general, se gerencia independientemente de otros centros de costos.
- Produce bienes o servicios diferenciales y diferentes a los de otros centros de costos.
- Tiene la posibilidad clara de registrar el bien o servicio que lo constituye.

IMPORTANCIA:

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

INFORMES PARA LA TOMA DE DECISIONES NOS PERMITE:

- Gestión de costos. Tercerizar.
- Eliminar, Reasignar actividades.
- Reestructurar capacidad ociosa.
- Trabajar con aranceles adecuados a costos reales.
- Identificar procedimientos con costos superiores a aranceles de mercado.
- Conocer si el nivel de actividad desarrollada es rentable independientemente de la capacidad ociosa.
- Determinar nivel de ventas en punto de equilibrio.
- Resultados p/ medicamentos ambulatorios y hospitalarios, por programas especiales.

PRIMERAS ETAPAS Y FASES QUE SE VIENEN TRABAJANDO:

(Figura N° 01)

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

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

METODOLOGÍA:

- I. Etapa.-
 - 1. Conocimiento preliminar estructura orgánica del Hospital Víctor Larco Herrera.
 - 2. Estudio, análisis y evaluación de los documentos de gestión del Hospital Víctor Larco Herrera.

3. Identificación de los Centros de Costos – Unidades Productoras de Servicios (UPS)
4. Difusión y asesoramiento en el manejo del Catálogo-MINSA (revisión y evaluación), aprobado con R.M.N° 689-2006 del 25 de Julio, referente a los términos y definiciones, taxonomía y formulación de los servicios.
5. Reuniones técnicas y asesoramiento permanente a los Jefes de Departamento y Especialistas en el intercambio de información según tipo de servicio y/o área temática o unidad orgánica.
6. Revisión y procesamiento de la información análisis y observaciones.
7. Elaboración de la versión preliminar del Catálogo de Servicios del HVLH-2011.
8. Validación del Catálogo de Servicios del HVLH-2011 por los Jefes de Departamentos y Oficinas de la UPS.
9. Informe final, el cual especifica las actividades realizadas y el listado de los Procedimientos y/o Servicios que oferta el Hospital
10. Administración del Catálogo, Gestión para la aprobación y difusión del “Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011” aprobado con Resolución Directoral N° 023-DG-HVLH-2011.

II. Etapa.-

1. Esquema base para la elaboración de estudios.
2. Diagrama para la realización de estudios.
3. Solicitud de esquema de trabajo a los responsables de las áreas del HVLH.
4. Reuniones Técnica con los Directivos y Jefes de las UPS “Unidades Prestadoras de Servicios”.
5. Asesoramiento permanente, a los Directivos y Jefes de las UPS, en los formatos a utilizar para el levantamiento de información en el Estudio de Costeo-Procedimientos y/o Servicios del “Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011”.
6. Visita a las UPS y Reuniones técnicas individuales de revisión, coordinación, recopilación de información para el Estudio de Costeo con los Jefes de Departamento y Especialistas.
7. Conocimiento preliminar estructura costos.
8. Análisis de los procesos.
9. Identificación y Análisis de las actividades.
10. Agrupamiento de las actividades.
11. Determinación de los inductores de recursos.
12. Determinación de los objetos de costos.
13. Determinación de los inductores de las actividades.
14. **Revisión y procesamiento de la información, análisis y observaciones.**
15. Elaboración de la Estructura de Costos de los Procedimientos Médicos del Hospital Víctor Larco Herrera, siendo los siguientes componentes indispensables para la terminación del producto:

Componentes del Costo Directo:

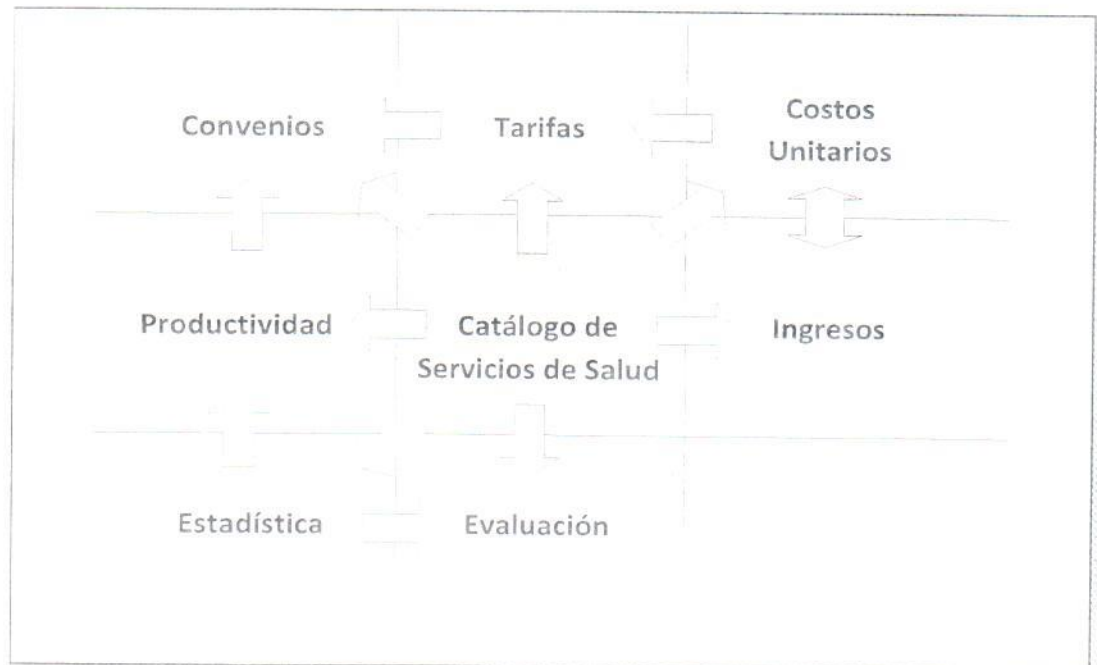
- Recurso Humano
- Insumos
- Servicios Básicos
- Equipamiento Básico

- Infraestructura
 - Componentes del Costo Indirecto:
 - Servicios Administrativos
 - Servicios Generales.
16. Elaboración de la versión preliminar del Estudio de Costeo-Procedimientos y/o Servicios del "Catálogo de Servicios del Hospital Víctor Larco Herrera 2011".
 17. Revisión, análisis y observaciones.
 18. Informe final.
 19. Administración del Catálogo.

PRODUCTOS:

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

APLICACIONES DEL CATÁLOGO:





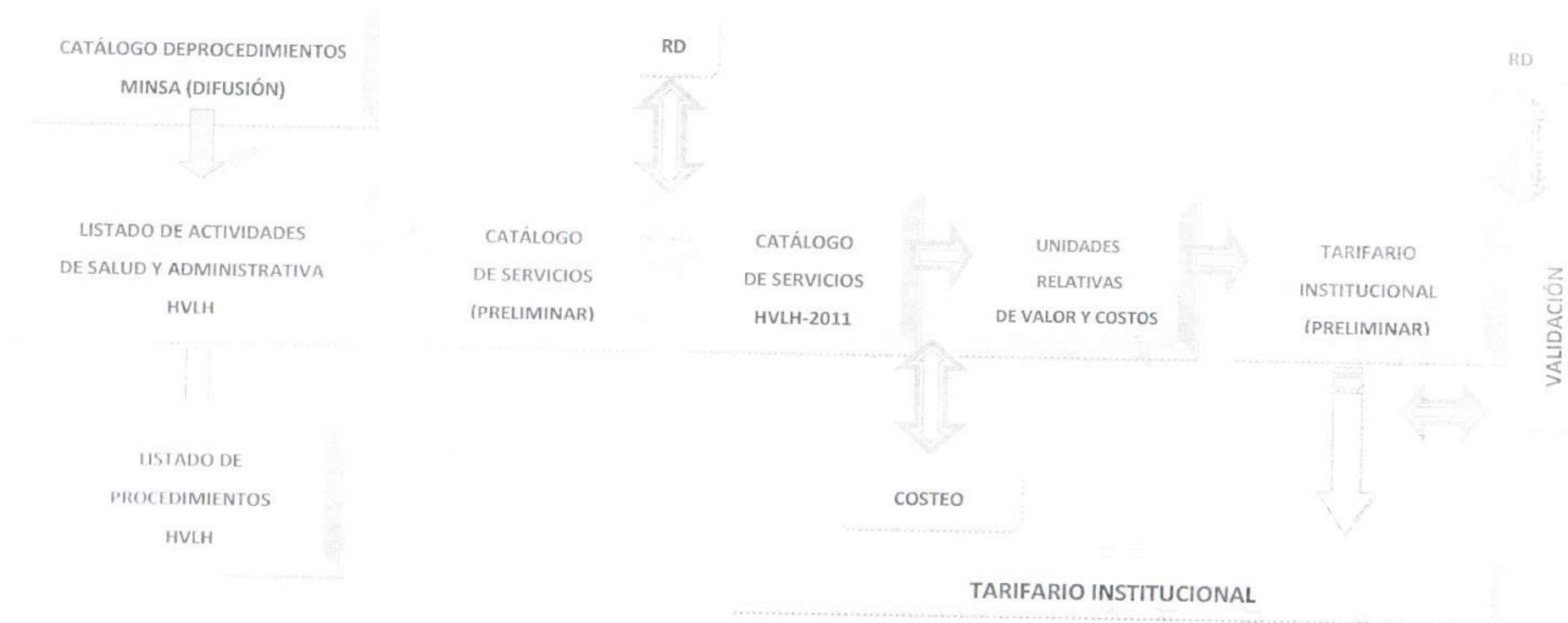
La utilidad de este instrumento en la generación e intercambio de información de la producción nos hace responsables de su revisión y actualización de manera permanente lo cual garantiza su correcto uso y utilidad en los procesos gerenciales, vinculados de docencia e investigación que se desarrollan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

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

SITUACIÓN ACTUAL:

El Área de Costos viene trabajando mediante un Plan de Trabajo denominado: Primeras Etapas y Fases a Trabajar (Figura N° 01), encontrándonos en la II Etapa punto c.-Proceso de Costeo.

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





ANALISIS DEL PRESUPUESTO ASIGNADO.-

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

EJECUCION DE GASTOS MES DE ENERO A DICIEMBRE 2012
(EN NUEVOS SOLES)

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

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCIÓN TOTAL	SALDO	% EJECUCION
GASTO CORRIENTE	51,660,335	50,557,114	1,103,221	97.86
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	29,525,279	29,163,522	361,757	98.77
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	7,367,014	6,771,119	595,895	91.91
2.3 Bienes y Servicios	10,317,238	10,193,450	123,788	98.80
2.5 Otros Gastos	4,450,804	4,429,023	21,781	99.51
GASTO DE CAPITAL	591,821	454,509	137,312	76.80
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	591,821	454,509	137,312	76.80
TOTAL:	52,252,156	51,011,623	1,240,533	97.63

Fuente: SIAF-MPP



PERÚ

Ministerio
de SaludUnidad Ejecutora: Hospital Víctor Larco Herrera (00148)
Fuente de Financiamiento: Recursos Directamente Recaudados

EJECUCION DE GASTOS MES DE ENERO A DICIEMBRE 2012
(EN NUEVOS SOLES)

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

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCION TOTAL	SALDO	% EJECUCIÓN
GASTO CORRIENTE	5,259,085	2,535,452	2,723,633	48.21
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	614,460	588,860	25,600	95.83
2.3 Bienes y Servicios	4,644,625	1,946,592	2,698,033	41.91
2.5 Otros Gastos	-	-	-	#¡DIV/0!
GASTO DE CAPITAL	230,000	204,879	25,121	89.08
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	230,000	204,879	25,121	89.08
TOTAL:	5,489,085	2,740,331	2,748,754	49.92

Fuente: SIAF-MPP



PERÚ

Ministerio
de SaludAño de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

EJECUCION DE GASTOS MES DE ENERO A DICIEMBRE 2012

(EN NUEVOS SOLES)

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

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCION TOTAL	SALDO	% EJECUCION
RECURSOS ORDINARIOS	52,252,156	51,011,623	1,240,533	97.63
GASTO CORRIENTE	51,660,335	50,557,114	1,103,221	97.86
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	29,525,279	29,163,522	361,757	98.77
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	7,367,014	6,771,119	595,895	91.91
2.3 Bienes y Servicios	10,317,238	10,193,450	123,788	98.80
2.5 Otros Gastos	4,450,804	4,429,023	21,781	99.51
GASTO DE CAPITAL	591,821	454,509	137,312	76.80
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	591,821	454,509	137,312	76.80
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	5,489,085	2,740,331	2,748,754	49.92
GASTO CORRIENTE	5,259,085	2,535,452	2,723,633	48.21
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	614,460	588,860	25,600	95.83
2.3 Bienes y Servicios	4,644,625	1,946,592	2,698,033	41.91
2.5 Otros Gastos	-	-	-	#DIV/0!
GASTO DE CAPITAL	230,000	204,879	25,121	89.08
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	230,000	204,879	25,121	89.08
TOTAL:	57,741,241	53,751,955	3,989,286	93.09

Fuente: SIAF-MPP



PERU

Ministerio
de SaludAño de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

EJECUCION DE GASTOS MES DE ENERO A DICIEMBRE 2012
(EN NUEVOS SOLES)

SECTOR : 11 SALUD
 PLIEGO : 011 SECTOR SALUD
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA (000148)
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCION TOTAL	SALDO	% EJECUCION
GASTO CORRIENTE	21,343	21,341	2	99.99
2.3 Bienes y Servicios	21,343	21,341	2	99.99
GASTO DE CAPITAL	3,284	3,192	92	97.19
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	3,284	3,192	92	97.19
TOTAL:	24,627	24,533	94	99.62

Fuente: SIAF-MPP



PERÚ

Ministerio
de SaludAño de la Interacción Efectiva y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

EJECUCION DE GASTOS MES DE ENERO A DICIEMBRE 2012
(EN NUEVOS SOLES)

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

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	EJECUCION TOTAL	SALDO	% EJECUCION
GASTO CORRIENTE	56,940,763	53,113,908	3,826,855	93.28
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	30,139,739	29,752,382	387,357	98.71
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	7,367,014	6,771,119	595,895	91.91
2.3 Bienes y Servicios	14,983,206	12,161,384	2,821,822	81.17
2.5 Otros Gastos	4,450,804	4,429,023	21,781	99.51
GASTO DE CAPITAL	825,105	662,580	162,525	80.30
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	825,105	662,580	162,525	80.30
TOTAL:	57,765,868	53,776,488	3,989,380	93.09

Fuente: SIAF-MPP

PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO AÑOS 2007-2012 (En Nuevos Soles)

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007- 2012 - POR FUENTE

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Año	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
RECURSOS ORDINARIOS						
2007	34,454,843	34,261,254	33,945,082	33,918,277	33,915,102	99.0
2008	36,478,813	36,699,913	34,636,737	34,570,258	34,560,684	94.2
2009	36,947,708	35,466,073	35,310,342	35,251,923	35,251,492	99.4
2010	34,038,916	33,976,067	33,794,466	33,781,216	33,776,297	99.4
2011	37,230,176	42,230,747	40,011,878	40,011,878	38,789,820	94.7
2012	37,430,723	52,252,156	51,350,553	51,347,403	49,987,613	98.3
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS						
2007	2,901,400	6,072,643	3,249,163	3,248,636	3,248,636	53.5
2008	3,528,000	5,707,409	3,062,858	3,062,858	3,062,839	53.7
2009	2,469,399	4,169,844	1,711,730	1,710,330	1,710,330	41.0
2010	2,500,000	4,560,367	1,723,248	1,723,248	1,723,248	37.8
2011	3,226,360	5,926,603	2,749,534	2,749,534	2,734,594	46.4
2012	3,427,460	5,489,085	2,754,131	2,754,131	2,513,035	50.2
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS						
2012	0	24,627	24,533	24,533	23,982	99.6

(*) al 14 de enero del 2013

Fuente: SIAF - MPP

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

En la Fuente Recursos Directamente Recaudados, se observa que la tendencia del presupuesto Asignado (Presupuesto Institucional de Apertura – PIA), tiene tendencia al alza, aunque la recaudación de la institución se mantiene estable.



Asimismo, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) tiene tendencia a disminuir año a año, debido a la estabilidad de la recaudación anual. En cuanto al avance de ejecución, en RDR siempre es bajo ya que no se cuenta con liquidez de dinero en los ingresos mensuales. Se observa que es necesario modificar el PIA de RDR para alcanzar el porcentaje superior al 95% de ejecución.

También observamos que para el año 2012, se trabaja una nueva fuente la cual es Donaciones y Transferencias, por un proyecto para el Museo del Hospital.

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN AÑOS 2007-2012 - TODA FUENTE

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Año	PIA	PIM	Ejecución			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
2007	37,356,243	40,333,897	37,194,245	37,166,913	37,163,738	92.1
2008	40,006,813	42,407,322	37,699,595	37,633,116	37,623,523	88.7
2009	39,417,107	39,635,917	37,022,072	36,962,253	36,961,822	93.3
2010	36,538,916	38,536,434	35,517,714	35,504,464	35,499,545	92.1
2011	40,456,536	48,157,350	42,761,412	42,761,412	41,524,414	88.8
2012	40,858,183	57,765,868	54,129,217	54,126,067	52,524,629	93.7

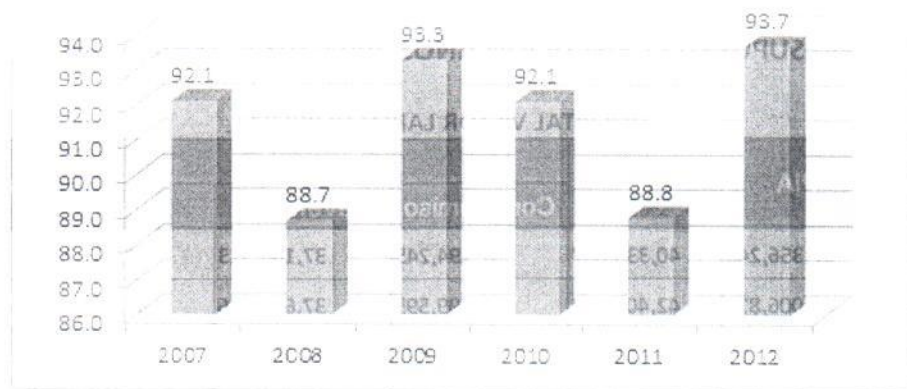
* al 14 de enero del 2013 al 93.7%

FUENTE: SIAF MPP

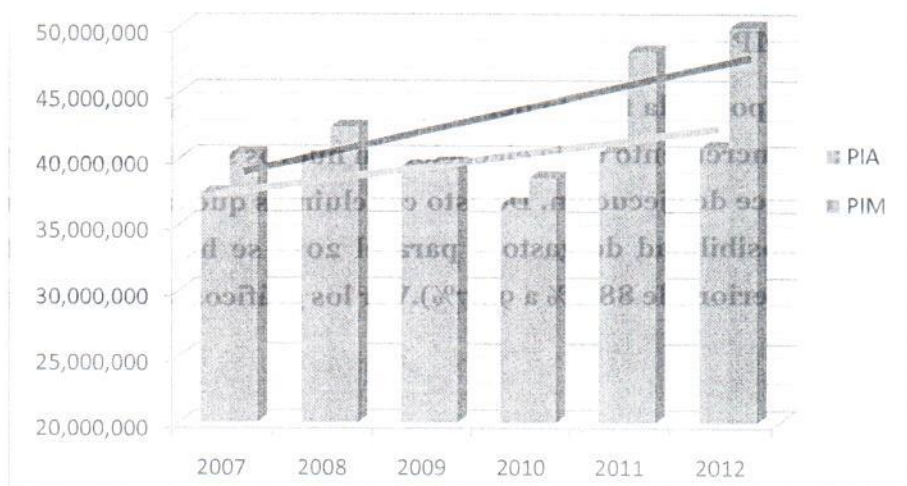
En el Presupuesto por toda fuente del hospital, también se observa un incremento del PIA y PIM; un incremento en la ejecución en nuevos soles y una disminución del porcentaje de avance de ejecución. De esto concluimos que la institución tiene cada año una mayor posibilidad de gasto y para el 2012 se ha mejorado la ejecución respecto al año anterior (de 88.8% a 93.7%). Ver los gráficos subsiguientes.



% Avance de Ejecución del Gasto Años 2007-2013



PIA y PIM - AÑOS 2007-2012





ANEXO N° 05

**(Estudio realizado por Marta B. Rondón Instituto
Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-
HideyoNoguchi)**



PERÚ

Ministerio
de Salud

Política Nacional y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

A. Análisis Causal

En el Perú:

(Estudio realizado por Marta B. Rondón Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-HideyoNoguchi)

***Presidente, Asociación Psiquiátrica Peruana. Directora, Sección de Salud Mental de la Mujer, Asociación Mundial de**

Psiquiatría. Profesora Auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

RevPeruMedExp Salud Publica 23(4), 2006

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - HideyoNoguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1% de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas.

B. Intervenciones Priorizadas

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

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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



SINDROME DEPRESIVO

A. Análisis Causal

Definición

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

Aspectos epidemiológicos

Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el 150/0 de las personas que la sufren intentan el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en los establecimientos de salud del MINSA fue de 4.8% en 1997 y de 5.1 % en 1998, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial.

Los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado HideyoNoguchi", reportan que la prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE-10 respecto al episodio depresivo registró en Lima y Callao 18.2% (2002); en la Sierra 16.2% (2003) Y en la Selva 21.4% (2004).3

111. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Estilos de vida.

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores.

Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación



lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

Factores hereditarios.

Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar.

Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Interacción cronológica y características asociadas

Los niños y adolescentes pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento. Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad, y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito y ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento; pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse ("soy tonto, no sirvo"); disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil.

Es un trastorno que cuando se presenta durante los años de la adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.

En el adulto la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración.

Los adultos mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos, como: pérdida del placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar, ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda

- Tasa de Prevalencia
- Incidencia de pacientes por grupo etario

ESQUIZOFRENIA

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

La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en gente con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuyen

Incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales como nacimiento en zonas urbanas, así como afecciones perinatales. Recientemente esta cada vez más claro que cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento pato fisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome.

Este segundo sistema de factores supuesto implica cualquiera procesos endógenos del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad, o candidatos extrínsecos tales como abuso de sustancias, infecciones virales y estresores en el desarrollo.

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

Aspectos epidemiológicos importantes:

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

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- a) **Predisposición genética:** El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en:
- Población general 1%



PERÚ

Ministerio
de Salud

Política de Migración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo). 5%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico. 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico. 47%

b) Medio ambiente familiar: La existencia de familias con predominio de "emoción expresada" (Intercambio de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tto. recidiva la enfermedad.

c) Factores socioeconómicos y culturales :La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos mas bajos (Deriva social) y en los hijos de la primera generación de migrantes.

d) Personalidad :Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

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

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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

TRASTORNOS PARANOIDES DE LA PERSONALIDAD

A. Análisis Causal

De acuerdo a la OMS, se trata de peculiares estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

La CIE-10 distingue los trastornos específicos y las transformaciones de la personalidad:



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

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

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

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

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



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

FISIOPATOLOGIA

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

EPIDEMIOLOGIA:

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

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

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

D. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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



2008 a la PNP sucedieron porque el agresor se encontraba ebrio. Por otro lado, la tasa de accidentes causados por el consumo de alcohol en este mismo periodo es del 10%, traducidos en 4.302 accidentes por esta causa.

El presente boletín detalla más información respecto al abuso del alcohol y consecuencias

en la sociedad.

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

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

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

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

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

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

B. Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas

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

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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



TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

A. Análisis causal

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

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

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

B. Intervenciones Sanitarias Priorizadas

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

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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

VIOLENCIA FAMILIAR/VIOLENCIA HACIA LA MUJER - SINDROME DEL MALTRATO

A. Análisis causal



Definición de la patología

Violencia: El uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones. (WHO 1996)

Violencia familiar Toda acción u omisión cometida por algún(a) integrante de la familia en relación de poder, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia

Cualquier acto de violencia basada en cuestiones de género que tiene como resultado, o que tiene probabilidad de terminar con algún daño físico, sexual o psicológico o con algún tipo de sufrimiento para las mujeres, incluyendo amenazas de dichas acciones, coerción o privación arbitraria de libertad, y que ocurra en la vida pública o privada (CEDAW 1993)

La violencia interpersonal es un reto crítico de salud pública y causa malestar psicológico a la vez que reduce la calidad de vida, y tiene diversas consecuencias físicas y mentales, inclusive la muerte, en todo el mundo.

Aunque hombres, mujeres y niños y niñas pueden verse afectados por la violencia, existen diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a los perpetradores y las consecuencias de la violencia. Mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de ser violentados por un extraño durante la comisión de un crimen o en la guerra, a las mujeres las afectan actos de violencia perpetrados por sus parejas o miembros de su familia de sexo masculino, con frecuencia aquellos con quienes viven y a quienes aman. De hecho, las mujeres tiene más posibilidades de ser asesinadas por sus compañeros íntimos que por un extraño. Además, el mayor tamaño físico y fuerza de los varones, así como el uso más frecuente de armas por parte de los varones, resultan en que las mujeres sufren lesiones mayores que los hombres como consecuencia de la violencia interpersonal (WPA, 2005)

ETIOLOGÍA

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

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

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



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

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

B. Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas

1. Medidas generales y preventivas:

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



- La existencia de servicios de ayuda y de las redes de apoyo

C. Indicadores de monitoreo de las intervenciones sanitarias prioritarias

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



ANEXO N° 05

CASUÍSTICA NACIONAL OBTENIDA DEL PLAN ANUAL DE INVESTIGACIONES 2012

Autor: Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo



Hemos creído conveniente presentar este anexo, el cual es un extracto, del estudio realizado por el Dr. Javier Esteban Castillo, que se encuentra incluido dentro del "Plan anual de investigación 2012", de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM), porque incluye estadísticas a nivel Nacional, como referente para identificar los problemas de Salud Mental en el país, el cual es una línea de base de información epidemiológica, para poder ejercer cualquier intervención, en la que se requiera optimizar la Salud Mental, a través de nuevos estudios que se originen a partir de este trabajo, acorde con las prioridades que surjan desde cualquier Institución Especializada en Salud Mental, razón por los que nos presentamos con un total de atenciones de 35.427 en el año 2011, que se distribuyen de la siguiente manera: Consulta Externa de Adultos (27.111 atenciones); Niños y Adolescentes 6,369 atenciones y Adicciones con 1.947 atenciones. También es necesario destacar que contamos con 602 camas funcionales, de ese total, 228 son rotativas y 374 para pacientes con larga estancia. En consecuencia tanto nuestra demanda como nuestra oferta son bastante voluminosa e importante en casuística, a nivel Nacional.

Por lo expuesto se ha elegido este trabajo del Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo: "Plan Anual de Investigación 2012", por contener casuística obtenida de las diversas regiones del país que son de valioso interés Nacional, desde el punto de vista epidemiológico y que a la vez, coinciden con nuestros indicadores de morbilidad que presentamos en el presente ANALISIS DE SITUACION DE SALUD HOSPITALARIO – 2011.



PERU

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA SALUD

Oficina de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad

PLAN DE ANUAL INVESTIGACION 2012 OFICINA DE APOYO A LA INVESTIGACION Y DOCENCIA ESPECIALIZADA

Autor: Dr. Javier Saavedra Castillo

(CASUISTICA NACIONAL SEÑALADA EN EL CITADO PLAN)

BREVE DIAGNÓSTICO DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA

La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo donde se pronostica a la depresión mayor como la primera causa de incapacidad para el año 2020. Hay evidencia que la carga asociada a los desórdenes psiquiátricos como la depresión y los trastornos de ansiedad es similar en todas las culturas y en el Perú los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión y el alcoholismo constituyen los principales problemas de carga inclusive entre otras patologías físicas. Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM en Lima en el 2002, en la sierra en el 2003, en la selva en el 2004, en fronteras en el 2005 y en la costa el 2006 vienen revelando importante información que ha puesto en evidencia tendencias observadas en estudios previos en el área de salud mental. En general, los resultados encontrados han develado una serie de particularidades de la salud mental en las distintas regiones (tabla 1, gráfico 1 y 2). Los estudios realizados en Lima Metropolitana y áreas rurales de la sierra y la selva muestran como principal problema a la depresión y en el caso de las zonas urbanas de la sierra y la selva el principal problema es con el abuso y dependencia al alcohol. Ha sido notoria una menor prevalencia de trastornos de ansiedad en las ciudades del interior del país frente a los hallazgos limeños, lo que contrasta con la mayor prevalencia de problemas de alcohol en el interior del país. Los estudios realizados en el área rural entre 2007 y el 2009 traducen similar observación entre el área urbana y el área rural, siendo la prevalencia de trastornos mentales menor en esta última. Con respecto a la influencia de aspectos socioeconómicos en los trastornos mentales, la asociación hallada en Lima, la selva y fronteras ha sido contundente, no siendo lo mismo con lo encontrado en el estudio en la sierra. Esto pondría de manifiesto la intervención de los aspectos socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental. En el caso de los adolescentes los estudios han develado como principal problema a la depresión en Lima Metropolitana, la sierra y la costa urbana; mientras que en la selva urbana, Lima, sierra y selva rural la prevalencia más alta ha sido para trastornos de ansiedad (tabla 2).

Con respecto a la violencia hacia la mujer resalta la diferente distribución de la misma en las distintas ciudades. La prevalencia de vida de maltrato a la mujer por la pareja actual reportados en Lima, Cajamarca y Huaraz se encuentran entre 40,0 y 47,0%. Sin embargo, en Ayacucho, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto las cifras son considerablemente mayores, encontrándose una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual que va desde el 59,1 % al 63,8%. Cifras similares a estas últimas se encontraron en la ciudades de Bagua Grande (54,5%), Puerto Maldonado (60,4%), Puno (65,3%), Tacna (58,8%) y Tumbes (54,3%). El estudio desarrollado en la costa peruana en el 2006 que incluyó Arequipa, donde fueron más altas, encontró las siguientes prevalencias de vida de algún tipo de abuso: Arequipa 55,9...%,



Hemos creído conveniente presentar este anexo, el cual es un extracto, del estudio realizado por el Dr. Javier Esteban Castillo, que se encuentra incluido dentro del "Plan anual de investigación 2012", de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSIM), porque incluye estadísticas a nivel Nacional, como referente para identificar los problemas de Salud Mental en el país, el cual es una línea de base de información epidemiológica, para poder ejercer cualquier intervención, en la que se requiera optimizar la Salud Mental, a través de nuevos estudios que se originen a partir de este trabajo, acorde con las prioridades que surjan desde cualquier Institución Especializada en Salud Mental, razón por los que nos presentamos con un total de atenciones de 35,427 en el año 2011, que se distribuyen de la siguiente manera: Consulta Externa de Adultos (27,111 atenciones); Niños y Adolescentes 6,369 atenciones y Adicciones con 1,947 atenciones. También es necesario destacar que contamos con 602 camas funcionales, de ese total, 228 son rotativas y 374 para pacientes con larga estancia. En consecuencia tanto nuestra demanda como nuestra oferta son bastante voluminosa e importante en casuística, a nivel Nacional.

Por lo expuesto se ha elegido este trabajo del Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo: "Plan Anual de Investigación 2012", por contener casuística obtenida de las diversas regiones del país que son de valioso interés Nacional, desde el punto de vista epidemiológico y que a la vez, coinciden con nuestros indicadores de morbilidad que presentamos en el presente ANALISIS DE SITUACION DE SALUD HOSPITALARIO – 2011.



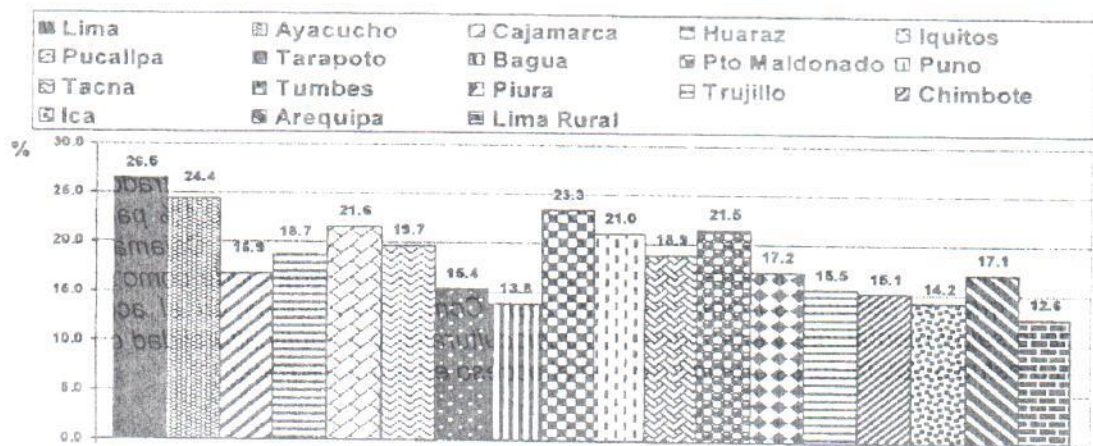
Lea 51,2%, Piura 48,6%, Chimbote 48,4% y Trujillo 41,4%. Los estudios de salud mental realizados en el área rural de Lima y de la sierra (Ancash, Ayacucho, Cajamarca) hallaron que el 51,4% y el 37,2% respectivamente de las mujeres unidas al momento de la entrevista había presentado algún tipo de maltrato por parte de la pareja actual en algún momento de su vida. Por otro lado, la prevalencia de violencia sistemática en el último año es mayor en Lima (21,2%) en comparación con la sierra, la selva o el área rural, siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli. Resaltan las prevalencias de abuso sistemático en Puerto Maldonado (14,2%) y Tumbes (13,6%) y Arequipa (12,0%).

Con respecto al acceso a servicios de salud por problemas percibidos de salud mental, en el caso de ciudades de la sierra, de la selva peruana y de fronteras, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima que fue de 23%. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental en las ciudades estudiadas de la sierra, la selva y fronteras, sólo el 13,9%, 14,3% y 12,7% respectivamente accedió a servicios de salud mental. En las ciudades de la costa y Arequipa el acceso fue algo mayor (19,8%). El acceso en el área rural ha sido el menor encontrado en todos los lugares en donde se ha realizado los estudios epidemiológicos siendo 10,1% para el área rural de Lima y 10,4% para el área rural de la sierra (Ancash, Ayacucho, Cajamarca). Con respecto a los motivos para no acceder, al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que "lo debería superar solo" (50,2%). Como observamos en el acceso a la atención de la salud mental intervienen variables socioculturales y la multiculturalidad de nuestro país obliga a estudiar los factores que influyen en el acceso en forma regional.



Grafico 1

Prevalencia de 6 meses de trastornos psiquiátricos según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras y Costa según ciudad



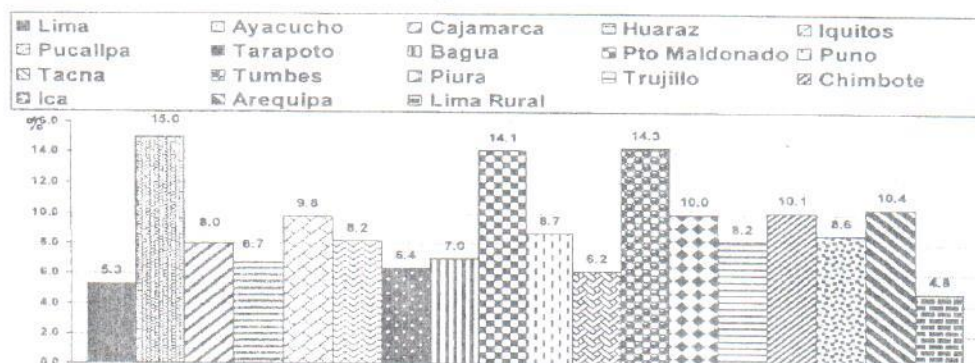
Cualquier trastorno psiquiátrico

IESM-EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLV-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006

Cualquier trastorno incluye: Episodio depresivo, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de estrés posttraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, agorafobia, dependencia/abuso de alcohol (12 meses), dependencia/abuso de otras drogas, trastorno bipolar, bulimia (actual) y anorexia nerviosa (actual).

Gráfico 2

Prevalencia anual de abuso/dependencia a alcohol según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa y Lima Rural según ciudad



Abuso/dependencia a alcohol

IESM-EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLV-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006

* Prevalencia anual



lea 51,2%. Para 45,6%, Chimbote 48,4% y Trujillo 41,4%. Los estudios de salud mental realizados en el área rural de Lima y de la sierra (Ancash, Ayacucho, Cajamarca) hallaron que el 51,4% y el 37,2% respectivamente de las mujeres unidas al momento de la entrevista había experimentado episodios de maltrato por parte de la pareja actual en algún momento de su vida. Por otro lado la prevalencia de violencia sistemática en el último año es mayor en Lima (21,2%) en comparación con la sierra, la selva o el área rural, siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli. Resaltan las prevalencias de abuso sistemático en Puerto Inca (14,2%) y Tumbes (13,6%) y Arequipa (12,0%).

Con respecto al acceso a servicios de salud por problemas percibidos de salud mental, en el caso de ciudades de la sierra, de la selva peruana y de fronteras, el nivel de acceso a servicios de salud por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima que fue de 23%. De total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental en las ciudades estudiadas de la sierra, la selva y fronteras, sólo el 13,9%, 14,3% y 12,7% respectivamente accedió a servicios de salud mental. En las ciudades de la costa y Arequipa el acceso fue algo mayor (19,8%). El acceso en el área rural ha sido el menor encontrado en todos los lugares en donde se ha realizado los estudios epidemiológicos siendo 10,1% para el área rural de Lima y 10,4% para el área rural de la sierra (Ancash, Ayacucho, Cajamarca). Con respecto a los motivos para no acceder, al igual que en Lima, la mayoría alude como motivo de no acceso el que "lo debería superar solo" (50,2%). Como observamos en el acceso a la atención de la salud mental intervienen variables socioculturales y la multiculturalidad de nuestro país obliga a estudiar los factores que influyen en el acceso en forma regional.



TABLA 1 PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA MÁS FRECUENTE EN ADULTOS SEGÚN REGIONES

Prevalencia	Distrito de Lima de 10	Áreas rurales de Huancayo	Iquitos, Pucallpa/Tarapoto	Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes	Arequipa, Ica, Tarma, Cuzco, Piura	Áreas rurales de Provincia de Lima	Áreas rurales de Ayacucho, Cajamarca, Huánuco	Áreas rurales Pucallpa e Iquitos
N	2,077	3,985	3,909	5,857	6,555	2,536	3,031	2,331
1	Episodio depresivo	Abuso/dependencia a alcohol*	Abuso/dependencia a alcohol*	Abuso/dependencia a alcohol*	Abuso/dependencia a alcohol*	Abuso/dependencia a alcohol*	Episodio depresivo	Episodio depresivo
	9.60%	10.00%	8.8%	9.0%	9.9%	9.2%	9.3%	9.3%
2	Trastorno de ansiedad generalizada	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Abuso/dependencia a alcohol*	Abuso/dependencia a alcohol*
		7.3%	7.2%	8.2%	6.9%	5.8%	4.2%	3.7%
3	Abuso/dependencia a alcohol	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad posttraumático	Trastorno de estrés posttraumático	Trastorno de estrés posttraumático
	5.3%	5.2%	2.5%	3.0%	1.1%	3.5%	1.2%	1.5%
4	Fobia social	Trastorno de estrés posttraumático	Trastorno de estrés posttraumático	Trastorno de estrés posttraumático	Abuso/dependencia a tabaco	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	Abuso/dependencia a tabaco
	3.7%	1.9%	2.3%	1.9%	1.0%	1.4%	1.3%	1.1%
5	Trastorno de estrés posttraumático	Fobia social	Abuso/dependencia a tabaco	Fobia social	Trastorno de estrés posttraumático	Abuso/dependencia a tabaco	Abuso/dependencia a hoja de coca	Fobia social
	2.8%	0.9%	1.8%	1.9%	0.8%	0.6%	1.0%	0.9%
6	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Abuso/dependencia a tabaco	Fobia social	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Fobia social	Fobia social	Fobia social	Trastorno de ansiedad generalizada
	2.7%	0.9%	0.6%	1.3%	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%
7	Trastorno de pánico sin agorafobia	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Trastorno de pánico sin agorafobia	Abuso/dependencia a tabaco	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Abuso/dependencia a tabaco	Trastorno de pánico sin agorafobia
	2.0%	0.8%	0.6%	1.2%	0.6%	0.2%	0.4%	0.4%
8	Abuso/dependencia a tabaco	Distimia**	Distimia**	Distimia**	Distimia**	Síndrome psicótico	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Síndrome psicótico
	1.9%	0.5%	0.4%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
9	Distimia**	Trastorno obsesivo compulsivo	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Agorafobia con o sin trastorno de pánico	Abuso/dependencia a hoja de coca*	Síndrome psicótico		Agorafobia con o sin trastorno de pánico
	1.2%	0.2%	0.4%	0.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.3%
10	Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno de pánico sin agorafobia	Síndrome psicótico (5 criterios MINI)	Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno de pánico sin agorafobia	Trastorno de pánico sin agorafobia	Abuso/dependencia a hoja de coca*
	0.9%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%

*Prevalencia a doce meses; **Prevalencia 2 años por criterios diagnósticos; ***Prevalencia actual. @al menos 1 criterio de MINI, además de convencimiento pleno y al menos 1 mes de duración



PERÚ

Ministerio de Salud

Política Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad

TABLA 2. PROBLEMAS PSIQUIATRICAS MAS FRECUENTES EN ADOLESCENTES SEGÚN REGIONES

Región	Lima y Callao 2012	Sierra 2003	Selva 2004	Fronteras 2005	Costa 2006	Lima Rural 2007	Sierra Rural 2008	Selva Rural 2009
Prevalencia	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual	Prevalencia actual
N	991	1,568	1,860	2,188	2,400	685	1,132	1,018
1	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Trastorno de ansiedad generalizada	Episodio depresivo	Episodio depresivo	Trastorno de ansiedad generalizada	Fobia social	Fobia social
	8.6%	5.7%	4.8%	4.2%	4.4%	4.2%	2.3%	4.1%
2	Fobia social	Trastorno de ansiedad generalizada	Episodio depresivo	Fobia social	Fobia social	Fobia social	Episodio depresivo	Trastorno de ansiedad generalizada
	7.1%	5.5%	4.7%	3.6%	2.3%	3.9%	2.0%	2.0%
3	Trastorno de ansiedad generalizada	Fobia social	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Trastorno de ansiedad generalizada	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)
	2.0%	2.0%	1.2%	2.6%	0.9%	0.9%	0.4%	1.2%
4	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Fobia social	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)	Síndrome psicótico	Trastorno de ansiedad generalizada	Uso nocivo de alcohol* (por lo menos 3 conductas)
	2.0%	2.0%	1.2%	2.6%	0.9%	0.9%	0.4%	1.2%
5	Bulimia	Distimia	Distimia	Distimia	Distimia	Distimia	Distimia	Síndrome psicótico
	0.8%	0.8%	0.7%	0.5%	0.4%	0.2%	0.3%	0.5%
6	Anorexia Nerviosa	Bulimia	Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa	Uso de Sustancias ilegales alguna vez	Trastorno de estrés posttraumático	Trastorno de estrés posttraumático
	0.1%	0.4%	0.1%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0.4%
7	Distimia	Anorexia Nerviosa	Bulimia	Bulimia	Bulimia			Uso de Sustancias ilegales alguna vez
	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%			0.7%
8	Uso de Sustancias ilegales alguna vez	Uso de Sustancias ilegales alguna vez	Uso de Sustancias ilegales alguna vez	Uso de Sustancias ilegales alguna vez	Uso de Sustancias ilegales alguna vez			
	2.6%	0.8%	1.6%	0.6%	0.6%			

*No son criterios diagnósticos sino la presencia de conductas relacionadas al abuso de alcohol o al menos 1 criterio de MINI, además de estar en un episodio de al menos 1 mes de duración.



COMENTARIOS ADICIONALES

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados hasta ahora en el país demuestran que los problemas de salud mental representan un problema sumamente importante de salud pública. En particular, los trastornos psiquiátricos representan la primera carga de morbilidad en el país, más importante aún que otras enfermedades físicas. Se encuentra altas prevalencias de violencia hacia la mujer y el acceso a servicios de salud por problemas de salud mental se encuentra muy limitado en especial en el área rural, existiendo problemas de accesibilidad por factores culturales. Los estudios epidemiológicos también han demostrado que existe una variabilidad entre las distintas regiones estudiadas y que aún existen regiones de las cuales no se cuenta ninguna información y que muestran indicadores de socioeconómicos preocupantes. Entre estas regiones aún no estudiadas se encuentran: Huánuco, Amazonas y Paseo. Otras regiones de las cuales no se cuenta con referentes estadísticos son: Lambayeque y Moquegua.

Por otro lado, el último estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana fue hace 10 años y muchos cambios han ocurrido en este intervalo de tiempo como la aplicación de nuevas políticas relacionadas a la salud mental, avances en la psicofarmacología y cambios importantes a nivel socioeconómico. Asimismo, han ocurrido grandes avances en los medios de comunicación social que ha generado por lo tanto un mayor acceso a la información. A esto se suma el reporte de algunas investigaciones que sugieren que existe un aumento de los problemas vinculados a la salud mental en el mundo. Por tal motivo, resulta importante establecer una nueva estimación de la prevalencia de los principales problemas de salud mental en Lima Metropolitana y el Callao. Tal estimación permitirá observar las tendencias actuales y facilitará la proyección de necesidades en los próximos años. Asimismo, este estudio permitirá la exploración de nuevos aspectos vinculados a la salud mental que han sido introducidos en las encuestas durante estos años, como la ampliación de eventos de vida, salud positiva, acoso escolar entre otros.



PERU

Ministerio
de Salud

Política de Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra
Diversidad

Ministerio de Salud del Perú
Hospital Víctor Larco Herrera
Av. Pérez Aranibar N° 600 – Magdalena del Mar
Teléfonos: 261- 5516
Telefax: 461- 4442
Web: www.larcoherrera.gob.pe
E-mail: hospvlherrera1@yahoo.es

Año 2011