

**HOSPITAL ESPECIALIZADO
"VICTOR LARCO HERRERA"**

**PLAN
OPERATIVO
ANUAL**

2011

Magdalena del Mar, Diciembre 2010

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

REPUBLICA PERUANA



Resolución Directoral

Magdalena del Mar, 31 de diciembre de 2010.

Visto el Oficio N° 5606-2010-DG-OEPE-UPP-DISA-V-L.C., emitido por el Director General de la Dirección de Salud V Lima Ciudad y el Informe N° 116-2010-OEPE-DISA V-LC, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico de la DISA V Lima Ciudad, de opinión favorable, quienes recomiendan su aprobación mediante Resolución Directoral.

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 71.3 del artículo 71° de la Ley N° 28411 "Ley del Sistema Nacional de Presupuesto, precisa que los Planes Operativos Institucionales, reflejan las metas presupuestarias que se esperan alcanzar para cada año fiscal y constituyen instrumentos administrativos que contiene los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas y trabajos necesarios para cumplir las metas presupuestarias establecidas para el indicado período, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica;

Que, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto cuenta con un proyecto de Directiva Administrativa N° 157-2009/MINSA/OGPP.V.02 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual del Pliego 011 Ministerio de Salud", el cual se encuentra en etapa de aprobación, cuyo contenido fue tomado en cuenta para la respectiva formulación del Plan Operativo Anual 2011 del Hospital Víctor Larco Herrera, la indicada Directiva establece que con opinión favorable y aprobación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, será aprobado por el Titular de la Dependencia y remitido en original a la DISA respectiva y a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, adjunto el documento de aprobación;

Que, por las consideraciones expuestas resulta necesario aprobar el Documento Técnico: Plan Operativo Anual 2011 del Hospital "Víctor Larco Herrera", en el cual se plasman los objetivos trazados por la institución con los recursos asignados en su presupuesto;

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



REPUBLICA PERUANA



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

Magdalena del Mar, 31 de diciembre de 2010.

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar, el Documento Técnico **PLAN OPERATIVO ANUAL 2011** del Hospital Víctor Larco Herrera, de acuerdo al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se encargue de efectuar el seguimiento y monitoreo del cumplimiento del Plan Operativo Anual 2011 del Hospital Víctor Larco Herrera.

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

Regístrese, comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

[Signature]
Dr. EDGAR J. MIRAVAL ROJAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19027 R.N.E. 8617

EJMR/HRS/JTB/FIA.

Distribución:

- Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA
- DISA V Lima Ciudad
- Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HVLH
- Oficina Ejecutiva de Administración del HVLH
- Oficina de Personal del HVLH
- Oficina de Logística del HVLH
- Oficina de Economía del HVLH
- Oficina de Asesoría Jurídica del HVLH

**HOSPITAL ESPECIALIZADO
"VICTOR LARCO HERRERA"**

**PLAN
OPERATIVO
ANUAL**

2011

Magdalena del Mar, Diciembre 2010

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital , agradece a las Oficinas y/o Unidades Orgánicas competentes y al equipo multidisciplinario de trabajo por el compromiso puesto de manifiesto en la Formulación del Plan Operativo Anual 2011 del Hospital Especializado Víctor Larco Herrera, el cual fue elaborado aplicando los criterios de eficiencia, eficacia y desempeño para el logro de los Objetivos Institucionales a través del cumplimiento de las metas físicas y presupuestarias y comprometiéndose con el Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de este documento de importancia para la Gestión Institucional.



PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Anual del Hospital Especializado Víctor Larco Herrera, es el Instrumento de Gestión, que refleja los procesos a desarrollar en el corto plazo en planificar, ordenar e integrar armoniosamente las acciones, tareas y trabajos necesarios para cumplir metas presupuestarias, establecidas para el año 2011, así como la oportunidad de su ejecución en el marco de los planes nacionales y compromisos sectoriales e intersectoriales, los objetivos sectoriales, y la situación actual de salud, en Objetivos Generales, Específicos, Actividades Operativas y Metas Físicas y Presupuestarias que la Institución se compromete a ejecutar, requiriendo la eficiente Gestión Hospitalaria de los recursos financieros, potencial humano, equipamiento e infraestructura, orientados a la atención de los principales problemas de salud mental de la población y acorde a las necesidades sanitarias que aseguren la prestación de los servicios de salud mental de la más alta calidad.

El Plan Operativo Anual es el resultado de un trabajo de Equipo Multidisciplinario, se considera un documento flexible adaptado a nuestra realidad hospitalaria, que a través de evaluaciones posteriores posibilitará reprogramaciones para cumplir con nuestros Objetivos Generales, Específicos y Actividades Operativas.

El Plan Operativo Anual está diseñado en función a las metas presupuestarias que se propone alcanzar, su contenido sustantivo radica en la aplicación de la programación Institucional.

El presente Documento de Gestión ha sido elaborado en concordancia con la Directiva N° 157/MINSA/OGPE 2009-V.02. Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación y Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual del Pliego 011 – Ministerio de Salud.



DIRECCIÓN GENERAL

Doctor Edgar Jesús Miraval Rojas
Director General

Doctor Edward Dennis Mandare Durán
Sub-Director General

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Eco. Herlith Rojas Saavedra
Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

CPC. Miguel A. Taboada Castillo
Eco. Sylvia Del Carpio Bellido Sánchez
Sra. Ana Campos Sotelo
Sra. Eliana Del Mar Loayza
Sra. Carmen Jimenez Rojas.



INDICE

I. GENERALIDADES	5
1. Visión	6
2. Misión	7
3. Denominación, naturaleza y fines	7
II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	11
2.1 Análisis de la Demanda de Salud	22
2.2 Análisis de la Oferta de Salud	58
2.3 Análisis de los determinantes de la Salud	90
2.4 Identificación de Problemas	100
III. OBJETIVOS GENERALES DEL POA 2011	107
IV. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	108
ANEXOS:	
MATRIZ Nº 1-B.- Valoración por Objetivo General del Plan Operativo Anual.	109
MATRIZ Nº1-A.- Articulación de Objetivos Generales con Objetivos Específicos e Indicadores de Unidades Ejecutoras del Pliego 011.	110
MATRIZ Nº 2.- Programación de Actividades Operativas Articuladas a la EFP.	112
MATRIZ Nº 2-A.- Programación de Actividades de los Programas Estratégicos 2011.	120



I. GENERALIDADES:

BREVE RESEÑA HISTORICA

El Hospital especializado "Víctor Larco Herrera" es el Hospital Psiquiátrico más antiguo y prestigiado del Perú, se inauguró el 01 de enero de 1918 con el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena, recibiendo a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia que albergaba desde 1859 a los enfermos mentales del País.

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

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

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

Durante casi medio siglo el hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública, hasta el año 1960 en que paso a depender del Ministerio de Salud, luego al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social en el que se encuentra hasta hoy; y encontrándonos a la espera de la trasferencia definitiva en equidad de condición con otras instituciones hospitalarias que estuvieron a cargo de la Beneficencia Pública de Lima.



1. Visión

Del Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020.

"Salud para todas y todos"

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

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

Del Sector Salud (extraído del PNCS)

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

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

De la DISA V Lima Ciudad

En el año 2011 la dirección de Salud V lima Ciudad logrará ser una institución modelo en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, obteniendo mejores niveles y cultura de salud de la población de su jurisdicción.

Del Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera"

En el año 2012, el Hospital Víctor Larco Herrera, brindará atención especializada integral, desarrollando la docencia e investigación en las diversas patologías de la psiquiatría y salud mental, con recursos humanos capacitados y comprometidos en la protección; prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, con una infraestructura moderna acorde con el avance tecnológico, con una organización asistencial-administrativa integrada, eficiente y eficaz, incorporada en el enfoque sistémico, que se sustente en el trabajo de equipo, para lo cual contará con gestores administrativos de primer nivel los cuales permitirán plasmar en concreto las necesidades de la población a la cual se dirige la atención para mejorar su calidad de vida.



2. Misión

Del Ministerio de Salud

Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales.

La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respecto a la vida ya los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del sector salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

De la DISA V Lima Ciudad

Es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud de la población de su jurisdicción a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante el trabajo en equipo, calidad, transparencia, equidad en la atención y participación de la comunidad, vigilando el cumplimiento de las normas

Del Hospital Especializado Víctor Larco Herrera

Brindar servicios especializados de protección; prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población, con calidad, calidez, equidad, oportunidad, accesibilidad y efectividad, con recursos humanos comprometidos en el desarrollo institucional y con tecnología e infraestructura adecuada como hospital de referencia nacional.

3. Denominación, naturaleza y fines

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

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

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



- a) Lograr la recuperación de la Salud Mental y la rehabilitación de los deterioros, discapacidades y minusvalías de los pacientes en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Salud Mental Comunitaria, Hospitalización y Emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud mental de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Lograr la identificación y control de los factores predictivos de las enfermedades psiquiátricas, la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud mental; y, contribuir a fortalecer los factores de protección o resiliencia de la salud mental.
- d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia.
- e) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo psiquiátrico y de salud mental, y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las universidades e instituciones educativas, según los convenios respectivos.
- f) Investigar los factores predictivos, de riesgo y resiliencia de las enfermedades psiquiátricas en la comunidad y a nivel hospitalario para contribuir a fundamentar las intervenciones de atención psiquiátrica y de promoción de la salud mental en las evidencias científicas.
- g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

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

- a) **Órgano de Dirección:**
Dirección General
- b) **Órgano de Control:**
Órgano de Control Institucional
- c) **Órgano de Asesoramiento:**
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Oficina de Gestión de Calidad
- d) **Órgano de Apoyo:**
Oficina Ejecutiva de Administración
Oficina de Personal
Oficina de Economía



Oficina de Logística
Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Oficina de Estadística e Informática
Oficina de Comunicaciones
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

e) **Órganos de Línea:**

Departamento de Apoyo Médico Complementario:

- Servicios de Especialidades Médico Quirúrgicas
- Servicios de Medicina Interna
- Servicios de Apoyo al Diagnóstico

Departamento de Enfermería:

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

Departamento de Psicología:

- Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización
- Servicio de Psicología y en Salud Mental Comunitaria

Departamento de Farmacia

Departamento de Nutrición y Dietética

Departamento de Trabajo Social:

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

Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia:

- Servicio de Rehabilitación Integral y Terapia Ocupacional
- Servicio de Psicoterapia

Departamento de Adicciones

Departamento de Hospitalización:

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

Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Departamento de Consulta Externa y Salud Menta Comunitaria

Departamento de Emergencia.

Con un Organigrama estructural siguiente:



II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:**PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

La Organización Mundial de la Salud, afirma que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, pese a ello, solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

Durante los últimos quince años la salud mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y las sociedades de los países latinoamericanos y caribeños, donde se han desarrollado experiencias locales y nacionales exitosas, donde las asociaciones de usuarios y familiares vienen luchando por la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales; también en el campo científico se han abierto posibilidades cada vez mayores de intervenciones eficientes.



Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, se puede observar avances notables en la mayoría de los países.

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

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

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

- La vulnerabilidad psicosocial, incluida la problemática de grupos específicos como las poblaciones indígenas y grupos en condiciones de pobreza extrema, y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis.
- El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia.
- El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de las drogas y el alcohol, y el fenómeno de la violencia, que con su creciente aumento exige una respuesta de los servicios de salud, y de la salud mental en particular con referencia a la atención a las víctimas.
- La OPS también ha insistido en su preocupación por las enormes brechas existentes en la atención de las personas portadoras de trastornos psíquicos en los servicios de la salud. Estas brechas son catalogadas como "abrumadoras". El resultado de un estudio especial sobre la salud mental en América Latina y el Caribe publicado por la Revista Panamericana de Salud Pública, de la OPS, no deja lugar a dudas. Concluye este estudio que en las Américas "más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general".
- La Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses Periago, escribe en esa misma edición que se calcula que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el año 2010.
- La OMS recuerda que los avances en neurociencia y las ciencias de la conducta han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. "Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo".

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y



medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.¹

Experiencias foráneas en el servicio especializado

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

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

Hospital Psiquiátrico Zamudio de España:

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

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

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

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

Desde el 2006 se dispone de estudios de Carga de Enfermedad en el país, que son una fuente valiosa de información para determinar prioridades, evaluar el impacto de los factores de riesgo y de las intervenciones en salud pública; y que sirven de evidencia para la formulación y sustento técnico para la reforma del sector salud en nuestra región y en el mundo. Ellos identifican 8 enfermedades mentales que más discapacidad producen entre las primeras 50 causas, con el siguiente orden: 3º Abuso de alcohol y dependencia, 5º Depresión unipolar, 12º Esquizofrenia, 20º



¹ Estrategia y Plan de Acción Salud Mental OMS 2009)

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

Violencia, 24º Adicción a drogas, 34º Degeneración cerebral, demencia, 36º Trastorno de estrés posttraumático y 38º Ataques de pánico.³

Históricamente las tendencias de conceptualización de los problemas mentales, han ido evolucionando desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica hacia la salud mental, lo cual ha supuesto un cambio en la perspectiva de la acción, los medios, estrategias y políticas, trayendo consigo un cambio en la práctica de asilo y asistencia de los enfermos hacia planteamientos más modernos y humanitarios que propugnan la "despsiquiatrización" y "desmanicomialización" de los servicios. Este cambio ha puesto énfasis en la prevención de la enfermedad y sus secuelas, y en la promoción de estilos de vida y comportamientos de salud, considerando las estrategias de autocuidado individual y de participación activa de la comunidad y la sociedad en su conjunto.⁴

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

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

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

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

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (INSM, 2003) muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos del 17%, cifra similar a la ya mencionada, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.3% y 20.5% respectivamente. La prevalencia anual es del 7.4%. La cifra mayor en prevalencia de vida son los trastornos de ansiedad con un 21.1%. Se observa más frecuente en las mujeres (25.3%) que en los varones (16.6%), en la Selva Peruana (INSM, 2004) encontró que más de un tercio de la población de estas ciudades (39.3%), alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico. El estudio muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos en general del 21,9%, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.5% y 29.2% respectivamente. Sobre los trastornos de ansiedad, este mismo estudio muestra una prevalencia del 18.3% (14.3% para varones y 21.8% para mujeres).

El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001), en una relación de 2:1 entre hombres y mujeres. En el último estudio publicado por el INSM (1998) se mencionan los motivos



Carga de Enfermedad y lesiones en el Perú. Ministerio de Salud 2008
Lineamientos para la Acción Salud Mental Ministerio de Salud 2004

más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), psicopatológicos (17.6%), laboral-económico (2.2%), enfermedad física (0.8%). Tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23.8% está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

El estudio de carga de enfermedad del MINSA reporta cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas. El ajuste de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA o AVAD) con datos nacionales de morbilidad demostraron que la depresión se encuentra en el primer lugar de carga de enfermedad y produce una gran cantidad de años de vida perdidos por discapacidad, según estos resultados, la carga de enfermedad por las enfermedades psiquiátricas es tan alta como la de países desarrollados y según las estimaciones realizadas se espera que estas enfermedades continúen incrementándose.

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

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

Las violencias son expresión dramática del conjunto de condiciones de vida inhumana a que está sometida la población peruana (política, socioeconómica, familiar, de vínculos violentos o de abandono). En los estudios ya mencionados del INSM (2002) la prevalencia de tendencias violentas es del 30.2% de la población encuestada (entre 18 y 91 años). Asimismo, en la sierra peruana (2003) encontramos una prevalencia de vida de conductas violentas del 27.5%, incluyendo peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, y en la Selva Peruana (2004) menciona una prevalencia de vida de tendencias violentas del 26.5%.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Para ello, el Seguro Integral de Salud como organismo asegurador y financiador público debe fortalecerse en sus aspectos de afiliación, auditoría y transferencias financieras; las modalidades de regímenes que se desarrollarán son la subsidiada, la semicontributiva y la contributiva, para ello se regulará el aseguramiento a través de normas que definan claramente sus etapas de desarrollo.

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

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

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

Las Políticas del MINSA al respecto, aprobaron en el 2004 los "Lineamientos para la acción en Salud Mental", seguidamente estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el 2005, y actualmente se encuentra en la fase de implementación del Plan Nacional de Salud Mental, necesariamente intersectorial y descentralizado, con el propósito de que la sociedad en su conjunto asuma la responsabilidad que le compete y las tareas indispensables en el desarrollo de la salud mental.

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

Los objetivos de las políticas, objetivos de la estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz del MINSA 2005 son:

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



Se enuncian los principales Objetivos generales y específicos de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz 2010, pero se expone con énfasis el tercer Objetivo que está relacionado al quehacer del Hospital Víctor Larco Herrera a continuación:

OBJETIVO GENERAL 1

POSICIONAR LA SALUD MENTAL COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL DE LA PERSONA, COMPONENTE INDISPENSABLE DE LA SALUD INTEGRAL Y DEL DESARROLLO HUMANO EN NUESTRO PAÍS

Objetivo Específico 1.1

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

Objetivo Específico 1.2

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

OBJETIVO GENERAL 2

FORTALECER EL ROL RECTOR DEL MINISTERIO DE SALUD EN SALUD MENTAL, DE MANERA CONCERTADA EN EL ÁMBITO NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL, CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LOS DERECHOS CIUDADANOS Y DE ESTE MODO SER FACTOR DE COHESIÓN SOCIAL.

Objetivo Específico 2.1

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

Objetivo Específico 2.2

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

Objetivo Específico 2.3

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

OBJETIVO GENERAL 3

ASEGURAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, EN BASE A LA REESTRUCTURACIÓN DE SERVICIOS QUE PRIORICE LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Objetivo Específico 3.1

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

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

Objetivo Específico 3.2

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



Objetivo Específico 3.3

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

Objetivo Específico 3.4

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

Resultados esperados

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

Indicadores

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

Acciones prioritarias

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

OBJETIVO 4

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



Objetivo Específico 4.1

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

Objetivo Específico 4.2

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

Objetivo Específico 4.3

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

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

Los antecedentes de proyectos o actividades de intervención en el Hospital Víctor Larco Herrera son muy pocos en los últimos años; orientados básicamente al mantenimiento de sus instalaciones, entre los principales proyectos identificados, se tienen los siguientes:

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

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

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

El Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera", es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad especializada en Salud Mental de tercer nivel de atención, con autonomía técnica y administrativa en asuntos de su competencia y de ámbito nacional. Dentro de las actividades que desarrolla esta la atención, capacitación, docencia e investigación en el campo de la Salud Mental, viene desarrollando un nuevo modelo de atención que tiene como prioridad la inserción pronta del paciente al seno familiar y a su comunidad; a través de Atención en



Psiquiatría de Adultos, niños y Adolescentes, Farmacodependencia, Psicología Comunitaria, Terapia Familiar y grupal, Atención en Medicina Complementaria en las especialidades de Medicina General, Odontología, Apoyo al Diagnostico con Laboratorio clínico, Radiología.

Uno de los objetivos entre otros del Hospital, es ampliar el sistema de vigilancia, control epidemiológico y salud ambiental relacionado con la salud mental, fortalecer el sistema descentralizado de la Salud Mental promoviendo estilos de vida y entornos saludables, fortalecer la atención integral en la población impulsando la oferta de prestación de servicios altamente especializados de salud mental en la población; mejorar la gestión de los recursos humanos optimizando las competencias y logrando el desarrollo del potencial humano e impulsando la capacidad de investigación del personal, fortalecer la atención de forma oportuna eficaz y eficiente en la disponibilidad y acceso de la población a medicamentos farmacéuticos, con énfasis en la de menores recursos, promover mecanismos de monitoreo y evaluación en los procesos de gestión para una adecuada gestión administrativo-asistencial logrando un mejor desempeño institucional, optimizar mecanismos eficientes de control en la organización institucional con indicadores de gestión.

Respecto a la protección y promoción del derecho a la salud de la persona con discapacidad por enfermedad mental el Hospital "Víctor Larco Herrera" cuenta con la Oficina de Defensoría de la Salud Mental y a través de ello se viene implementando un sistema de atención de quejas, consultas y sugerencias de las personas que acceden a los diferentes programas del Hospital.

Este diseño de autocontrol institucional busca además afianzar en el personal asistencial un grado de conciencia e interiorización de la especial condición de vulnerabilidad e impotencia de las personas con discapacidad mental, en donde uno de los principales objetivos específicos es la de promover la defensa de los derechos, deberes y responsabilidades en salud, específicamente en salud mental.

El desarrollo de investigaciones para comprender mejor la problemática de salud mental en los diferentes contextos culturales, así como las modalidades más apropiadas de intervención, han sido muy restringidos, es muy escaso ó casi nada el financiamiento del sector público para la investigación en salud mental.

El Hospital, viene desarrollando un nuevo modelo de atención que tiene como prioridad la reinserción pronta del paciente al seno familiar y a su comunidad; a través de Atención en Psiquiatría de Adultos, niños y Adolescentes, Farmacodependencia, Psicología Comunitaria, Terapia Familiar y grupal, Atención en Medicina Complementaria en las especialidades de Medicina General, Odontología, Apoyo al Diagnostico con Laboratorio clínico, Radiología.

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



2.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SALUD

Características de la Población

2.1.1. Indicadores sociales, demográficos, culturales y económicos

Análisis de la Población

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



POBLACIÓN CENSADA EN EL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH

PROV	DISA	DISTRITO	2007	2008	2009	TC PROMEDIO	2010
Lima	Lima Ciudad	Lima	312,618	307,339	302,056	-1.71	296,903
		Breña	85,433	84,213	82,987	-1.44	81,790
		Jesus María	70,989	71,064	71,139	0.11	71,214
		Lince	57,665	56,699	55,733	-1.69	54,791
		Magdalena del mar	53,936	54,026	54,116	0.17	54,206
		Pueblo libre	78,469	78,186	77,892	-0.37	77,605
		Miraflores	88,596	87,767	86,920	-0.95	86,093
		San Isidro	60,544	59,735	58,920	-1.35	58,124
		San Miguel	134,386	134,526	134,666	0.10	134,806
		Surquillo	93,926	93,602	93,271	-0.35	92,946
Lima Sur	Lima Sur	Barranco	35,430	34,711	33,996	-2.04	33,301
		Chorrillos	296,882	300,417	303,913	1.18	307,490
		San Juan de Miraflore	375,430	379,015	382,531	0.94	386,129
		Santiago de Surco	299,054	304,466	309,889	1.79	315,451
		Villa El Salvador	393,893	402,075	410,313	2.06	418,775
		Villa María del Triunfo	390,835	397,758	404,692	1.76	411,801
Lima Oeste	Lima Oeste	Callao	428,082	426,944	425,326	-0.38	423,715
		Bellavista	77,391	76,907	76,355	-0.72	75,806
		Carmen de la Legua	43,087	42,961	42,796	-0.38	42,632
		La Perla	63,537	63,118	62,643	-0.75	62,171
		La Punta	4,536	4,381	4,230	-3.46	4,084

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

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

Hipótesis de crecimiento demográfico

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

Estos criterios son principalmente, el ritmo de crecimiento de la población realizadas por el método de las componentes, contemplando el crecimiento poblacional intercensal y definiendo hipótesis acerca de la evolución de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internas e internacionales; metodología que no ha podido ser replicada al nivel de las jurisdicciones más elementales, provincias y distritos, por cuanto la información no es suficientemente confiable y la inestabilidad de la migración interna no admite la formulación de hipótesis a mediano plazo. Por tal motivo, las estimaciones de población se efectuaron mediante métodos matemáticos que tomaron como insumo la población enumerada en los censos de población y vivienda del 2007.

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



EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

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

FUENTE INEI

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

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

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

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

Similarmente a Lima Ciudad, en el ámbito de la DISA Lima Oeste, las proyecciones poblacionales son negativas para la Provincia Constitucional del Callao, excluido el distrito de Ventanilla, aquí igualmente se estima que la tendencia se mantendrá y en consecuencia las tasas para los próximos quinquenios fluctúan entre -0.9% y -1.26% anual.

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



PROPUESTA DE TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

Periodo Quinquenal	Lima Ciudad	Lima Sur	Lima Oeste
2007 -2010	-0.92	1.5	-0.89
2010 - 2015	-0.91	1.48	-0.9
2015 - 2020	.1.74	1.31	-1.08
2020 - 2025	-1.55	1.05	-1.26

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente Base: INEI

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

En el siguiente Cuadro se muestra una proyección por los siguientes quinquenios de la población total de cada uno de los distritos que constituyen el área de responsabilidad del Hospital Víctor Larco Herrera; para lo cual se han aplicado las tasas de crecimiento antes definidas como hipótesis de trabajo.

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL AMBITO DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH (POR QUINQUENIOS)

PROV	DISA	DISTRITO	2010	2015		2020		2025	
				tc	Poblac.	tc	Poblac.	tc	Poblac.
Lima	Lima Ciudad	Lima	296,903	-0.912	283,609	-1.745	259,713	-1.554	240,151
		Beña	81,790		78,127		71,545		66,156
		Jesus Maria	71,214		68,025		62,294		57,602
		Lince	54,791		52,338		47,928		44,318
		Magdalena del mar	54,206		51,779		47,416		43,845
		Pueblo libre	77,605		74,130		67,884		62,771
		Miraflores	86,093		82,238		75,309		69,636
		San Isidro	58,124		55,521		50,843		47,014
		San Miguel	134,806		128,770		117,920		109,038
		Surquillo	92,946		88,785		81,304		75,180
	Sub Total		1,008,478		963,323		882,155		815,709
Lima Sur	Lima Sur	Barranco	33,301	1.48	35,833	1.31	38,232	1.05	40,286
		Chorrillos	307,490		330,862		353,022		371,986
		San Juan de Miraflores	386,129		415,479		443,306		467,120
		Santiago de Surco	315,451		339,429		362,162		381,617
		Villa El Salvador	418,775		450,606		480,786		506,613
		Villa Maria del Triunfo	411,801		443,102		472,779		498,176
	Sub Total		1,872,946		2,015,311		2,150,287		2,265,797
Lima Oeste	Lima Oeste	Callao	423,715	-0.9	405,336	-1.08	383,915	-1.26	360,331
		Bellavista	75,806		72,518		68,686		64,466
		Carmen de la Legua	42,632		40,783		38,627		36,254
		La Perla	62,171		59,475		56,332		52,871
		La Punta	4,084		3,906		3,700		3,473
	Sub Total		608,409		582,018		551,260		517,395
TOTAL			3,489,833		3,560,651		3,583,703		3,598,902

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

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



Población asegurada en el área de responsabilidad

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

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

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

POBLACIÓN POR ASEGURAMIENTO 2009 EN EL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DEL HVLH

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

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan

Fuente ESSALUD



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

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

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

PROYECCION DE RESPONSABILIDAD DEL MINSa - HVLH (POR QUINQUENIOS)

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

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

Desagregación de la población MINSa para los problemas de Psiquiatría y Salud Mental, en los siguientes Cuadros se ha estimado la población adulta que representa aproximadamente el 65% de la población total y la población de niños y adolescentes, que representa la diferencia.

PROYECCION DE RESPONSABILIDAD POBLACION ADULTA MINSa (POR QUINQUENIOS)

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

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH

PROYECCION DE RESPONSABILIDAD POBLACION NIÑOS Y ADOLESCENTES MINSa (POR QUINQUENIOS)

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

Elaborado por el Equipo de Formulación del Plan Maestro HVLH



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

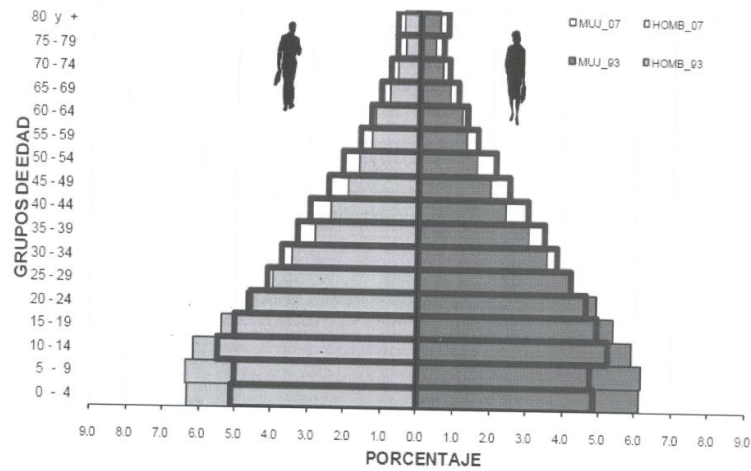
En su mayoría, las demandas sentidas de atención respecto a la salud mental no han sido atendidas. Entre las explicaciones que requieren exploración tenemos que puede ser que sean percibidas como problemas de poca importancia, que no se consideren prioritarios; que existan demandas sentidas de salud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



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

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

PIRAMIDE POBLACIONAL
PERU: 1993 - 2007

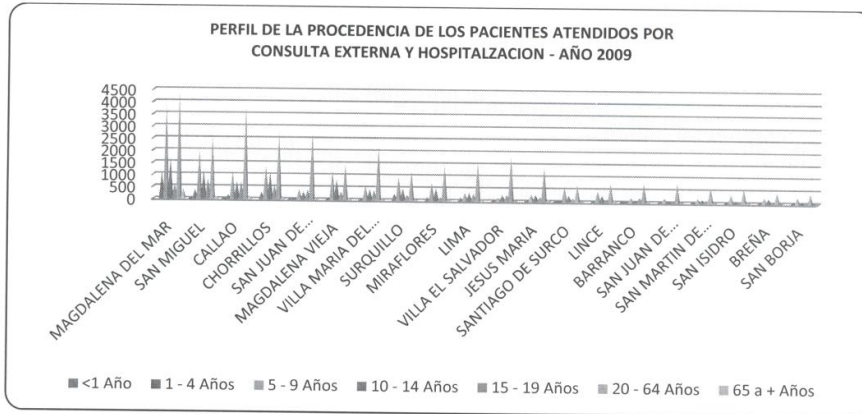


FUENTE: INEI - CENSOS NACIONALES DE POBLACION Y VIVIENDA DE 1993, 2007
ELABORADO: MINSA - OGEI

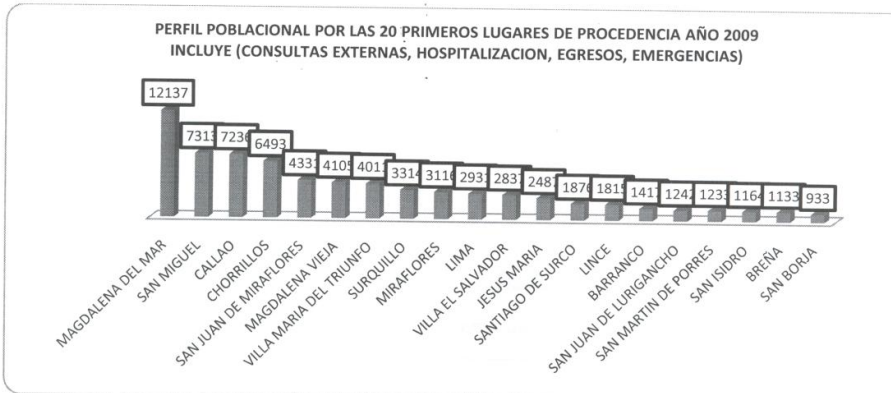


Situación de la Salud:

2.1.2.- Indicadores Sanitarios

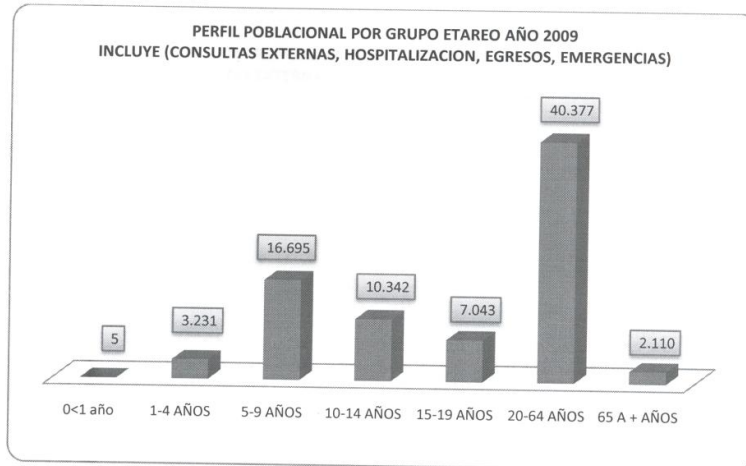


Los distritos de donde procedieron el mayor número de pacientes que demandaron atención por Consulta Externa y Hospitalización durante el año 2009 fueron: Magdalena del Mar, San Miguel, Callao, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Magdalena Vieja, Villa María del Triunfo entre otros, siendo en mayor porcentaje los del grupo etario de 20 a 24 años. Dicha procedencia corresponde a Lima Ciudad, Lima Sur y Lima Oeste.



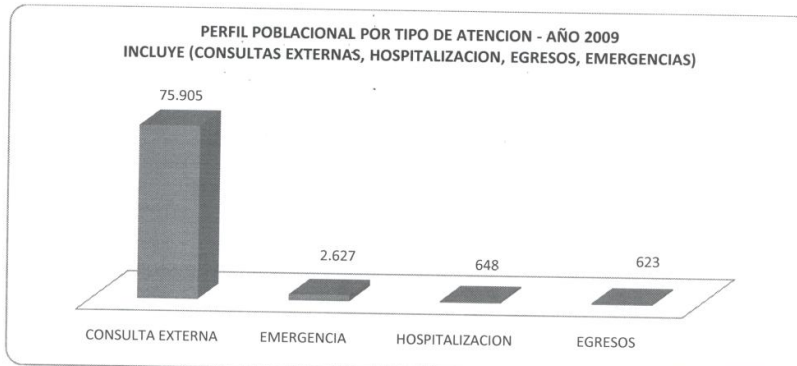
Los pacientes que acuden al hospital en busca de atención ambulatoria, emergencia u hospitalización provienen mayormente del distrito donde se ubica el hospital y de distritos cercanos o de fácil acceso por la diferentes Líneas de buses que pasan frente a la puerta principal del hospital.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Se puede apreciar que de los 79,803 pacientes que se atendieron durante el año 2009 en la Consulta Externa, Hospitalización, Egresos y Emergencia.
 El 51 % de la población atendida tenía entre 20 y 64 años.
 El 21 % tuvo entre 5 y 9 años.
 El 13 % tenía entre 10 y 14 años.
 El 9% tenía entre los 15 y 19 años de edad.

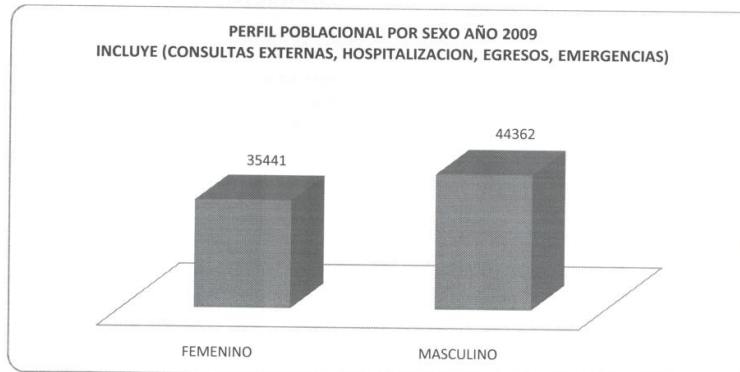


FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

La mayor demanda de atención como vemos en esta gráfica es en Consultorios Externos de Adultos seguida muy distante por la atención en Emergencia.

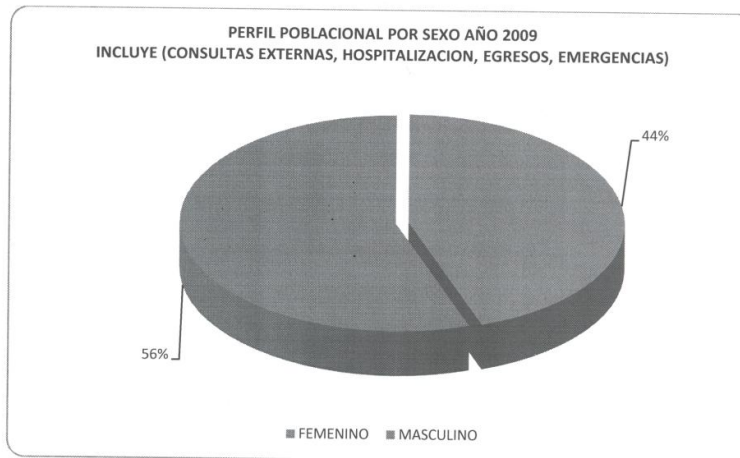


Apreciamos además que casi todos los pacientes que son hospitalizados egresan.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

La mayor cantidad de atenciones brindadas en Consultorio Externo, hospitalización y Emergencia fueron a pacientes de sexo masculino.

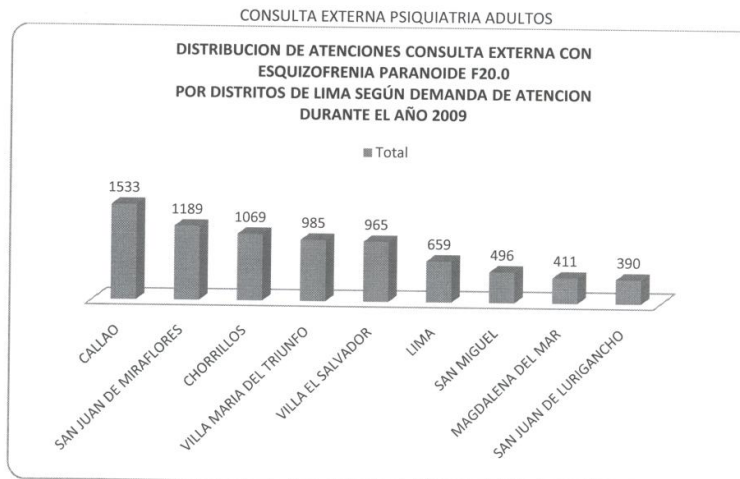


FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Vemos que la mayor cantidad de pacientes atendidas en el hospital durante el año 2009 fue de sexo masculino.

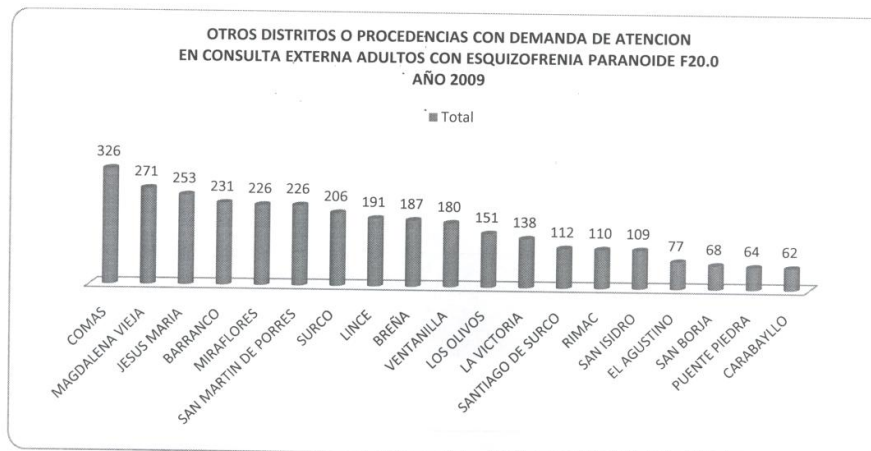


2.1.3.- Indicadores Sanitarios de Morbilidad



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

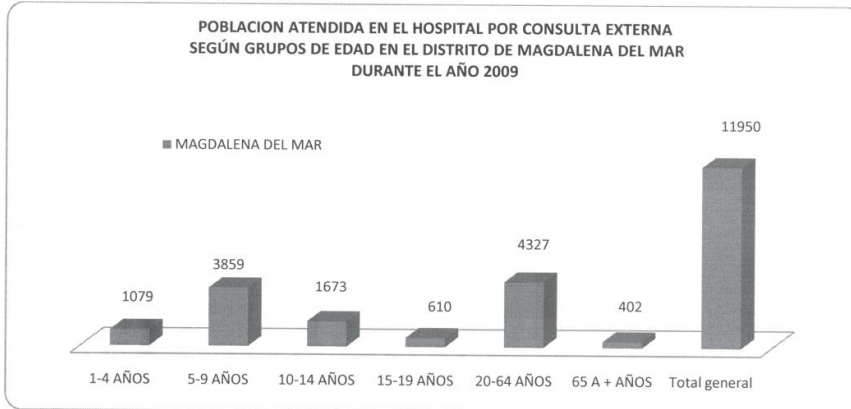
La mayor cantidad de pacientes atendidos fue al igual que el año anterior de los distritos del Callao y San Juan de Miraflores, habiendo sólo cambiado de lugar los distritos de San Juan de Lurigancho y Magdalena del Mar, este último bajo a noveno lugar.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

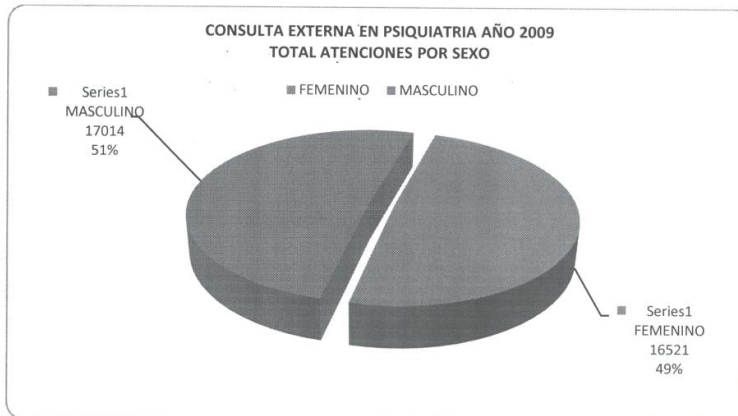


También acudieron pacientes de otros distritos que corresponderían al ámbito de otros hospitales como son: Comas, San Martín de Porras, Surco, Los Olivos, La Victoria, Rímac, El Agustino, San Borja, Puente Piedra y Carabayllo.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

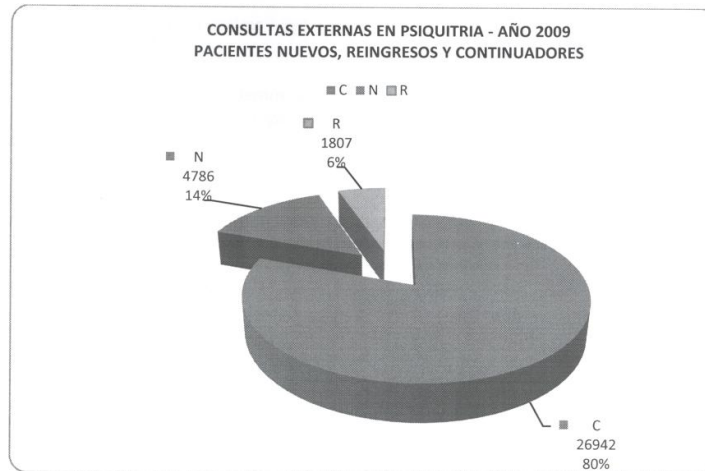
El total de los pacientes entre 20 y 64 años atendidos procedentes del distrito de Magdalena del Mar fue de 4327 y 3859 pacientes entre 5 a 9 años este último grupo, siendo estos los de mayor concurrencia.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

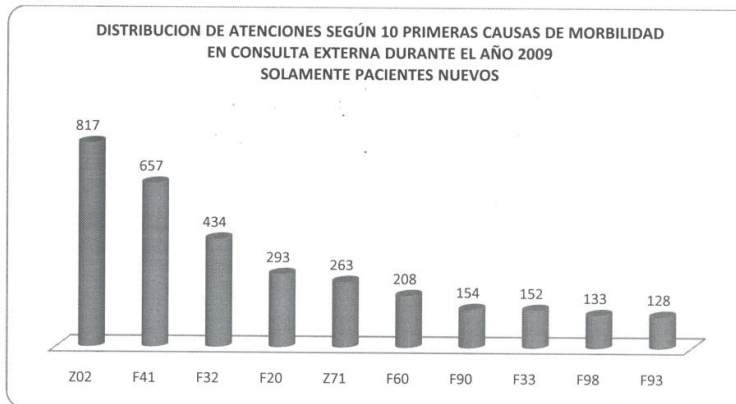
En el año 2009 se ha atendido ambulatoriamente 17014 pacientes de sexo masculino y 16521 de sexo femenino significando tan sólo una diferencia en 2% del número de pacientes.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Como podemos apreciar en esta gráfica, la proporción de continuadores respecto al año anterior, es mayor habiéndose alcanzado un mejor nivel de adherencia. Mientras que el porcentaje de nuevos y reingresos disminuyeron en un 2% y 1% respectivamente.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

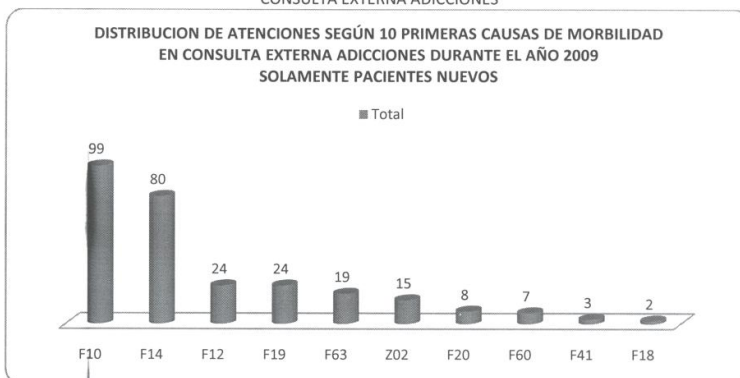
Durante el año 2009, se realizaron en primer lugar atenciones para extender certificados de Salud Mental, que es requerido por los Centros de Estudios de nivel Superior, seguido de atenciones de pacientes por Otros Trastornos de Ansiedad. En tercer lugar, tenemos a los pacientes que demandaron atención por Episodio Depresivo. En cuarto lugar, tenemos a los pacientes con Esquizofrenia Paranoide. En Sexto lugar, pacientes por Trastorno Paranoide de la Personalidad. En séptimo lugar, pacientes por Trastorno Hiperquineticos. En octavo lugar, pacientes por Trastorno



depresivo recurrente y en decimo lugar pacientes por Trastorno de Ansiedad de Separación en la niñez.

En relación al año anterior, podemos apreciar que ha cambiado el perfil de la demanda pues, los pacientes han venido en primer lugar por Ansiedad y Depresión y no por Psicosis como en años anteriores, lo que estaría demostrando que ya no se estaría considerando a la institución.

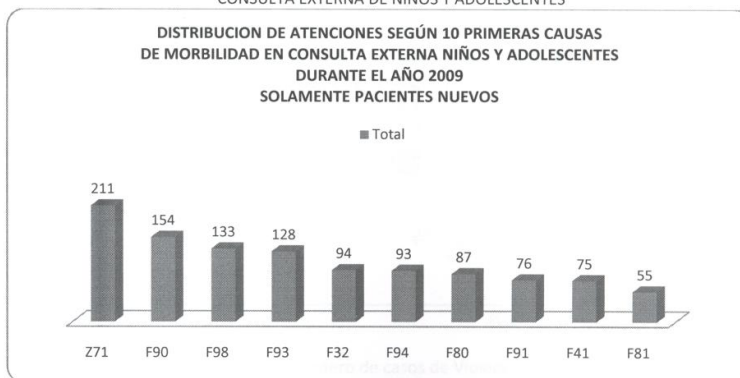
CONSULTA EXTERNA ADICCIONES



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Ambulatoriamente los psiquiatras de Adicciones, atendieron en primer lugar a pacientes por Trastorno mental y del comportamiento, debido al uso de alcohol; en segundo lugar, pacientes por Trastorno mental y del comportamiento, debido al uso de cocaína; en tercer lugar, pacientes por Trastornos mentales y del comportamiento, debido al uso de cannabinoides; en cuarto lugar, a Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas; en quinto lugar, Juego Patológico.

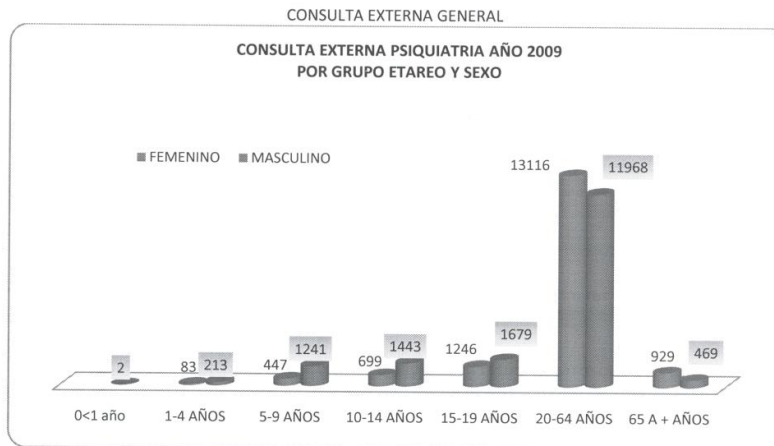
CONSULTA EXTERNA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

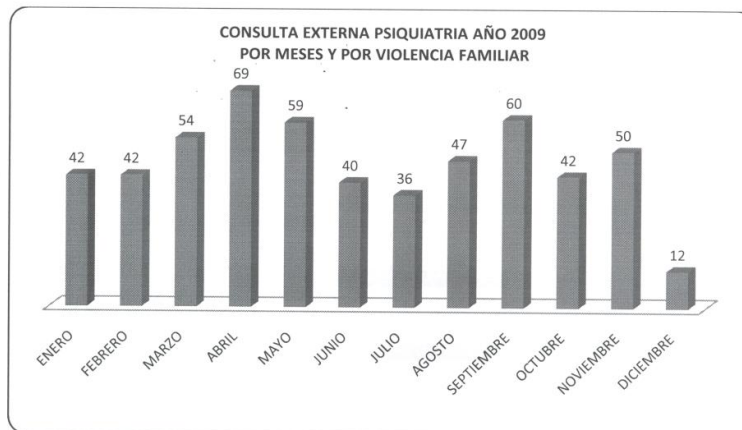


En el año 2009, la mayor demanda de atenciones ambulatorias fue de parte de niños y adolescentes que presentaban reacción al Estrés Agudo; seguido de menores con Trastorno Hiperquinéticos; en tercer lugar, niños con Enuresis; en cuarto lugar, Trastornos Emocionales de comienzo específico en la niñez.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

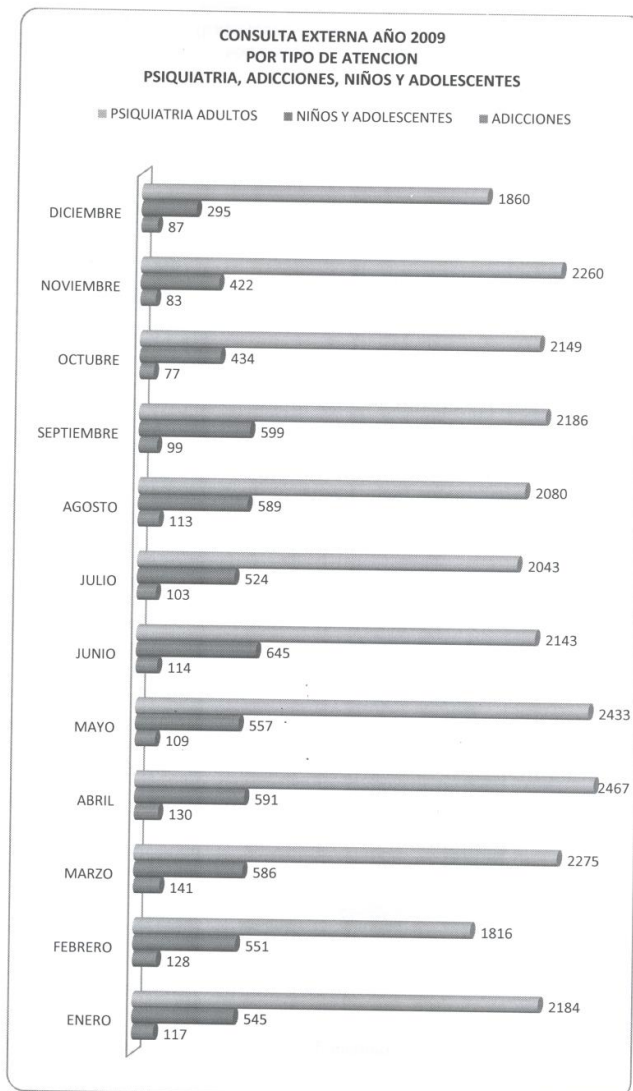
La mayor cantidad de demanda de atención en Consultorio Externo de Adultos fue por parte de pacientes de sexo femenino entre las edades de 20 a 64 años.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

En el mes de Abril se registró el mayor número de casos de Violencia Familiar.
 En segundo lugar, se presentaron numerosos casos en los meses de Mayo y Setiembre.
 En el mes de diciembre, se presentaron menos casos.

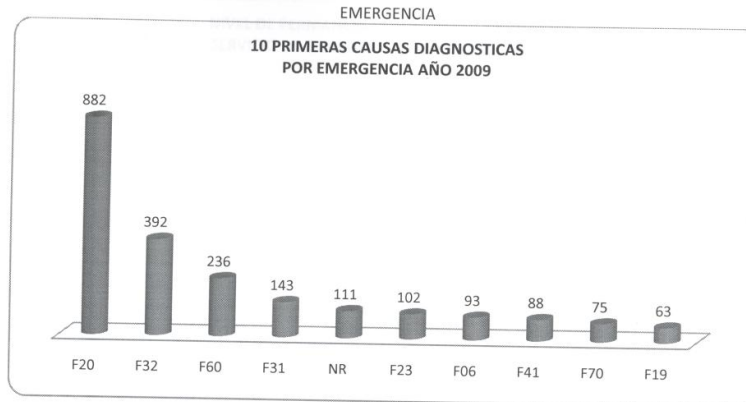




FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

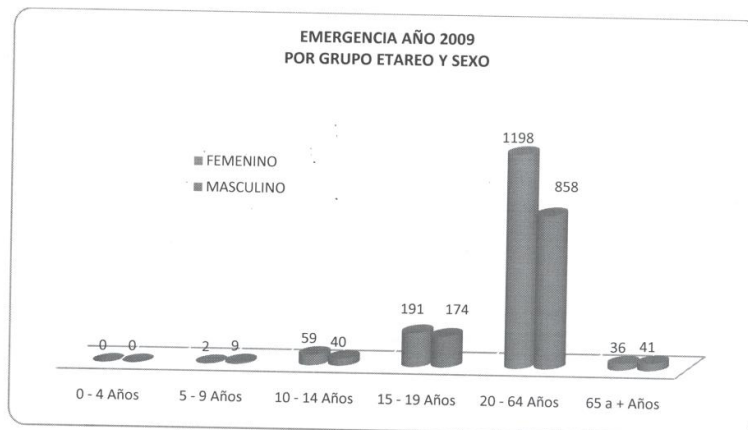
En el mes de abril se brindaron más atenciones a pacientes adultos seguidos por pacientes niños y adolescentes y mucho menos pacientes con Adicciones.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

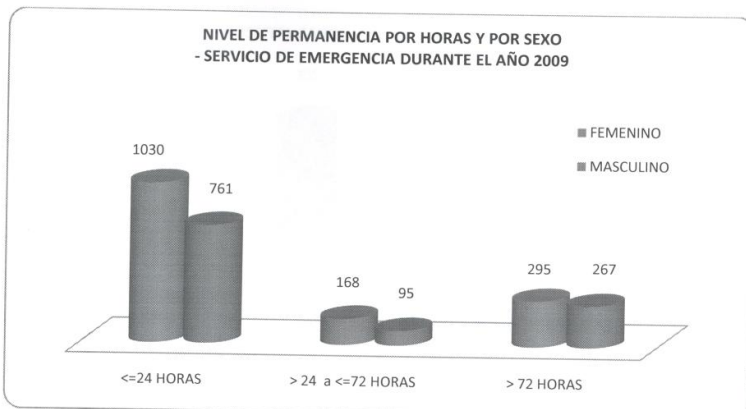
En primer lugar tenemos que consultaron en el Departamento de Emergencia por: Esquizofrenia Paranoide, seguido muy de lejos por Episodio Depresivo. En tercer lugar Trastorno de Personalidad, Enfermedad bipolar, Trastorno Psicóticos Agudos transitorios, Trastorno Mental debido a disfunción, trastornos de Ansiedad, Trastornos Mentales debido al uso de Múltiples drogas.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Al Servicio de Emergencia más pacientes de sexo femenino entre 20 y 64 años.

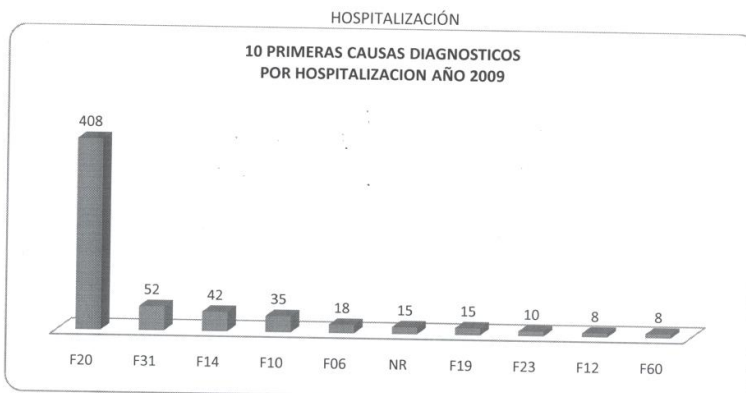




FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

El mayor número de pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia, permaneció menos de 24 horas y el menor número entre 24 y 72 horas.

Generalmente los pacientes que permanecieron más de 72 horas fueron por Episodio Depresivo.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

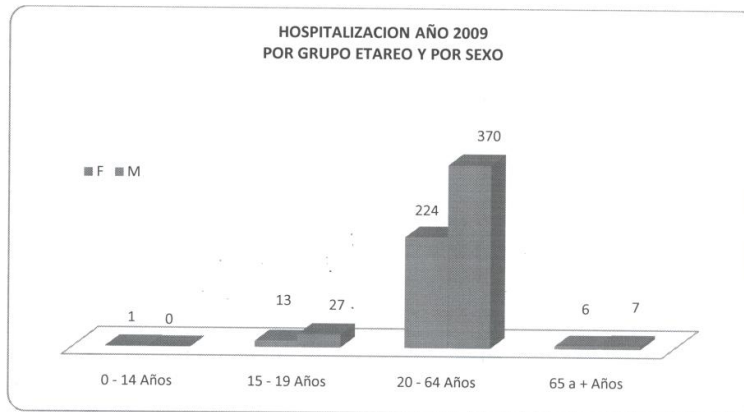
La enfermedad que motivo más hospitalizaciones fue Esquizofrenia Paranoide seguida Enfermedad Bipolar, consumo de Cocaína, alcoholismo, Trastorno mental por disfunción Cerebral. Trastorno Mental debido a Múltiples drogas; Trastornos Psicóticos Agudos Transitorios; Trastorno Mental debido al uso de Cannabiodes y Trastorno de Personalidad.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

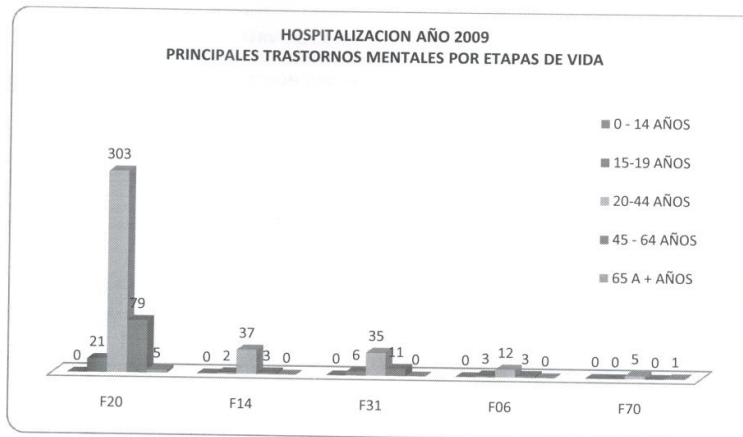
Los Servicios 1 y 20 fueron los que más pacientes hospitalizaron y dieron de alta.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Los pacientes que en mayor número se hospitalizaron fueron varones entre 20 y 64 años.

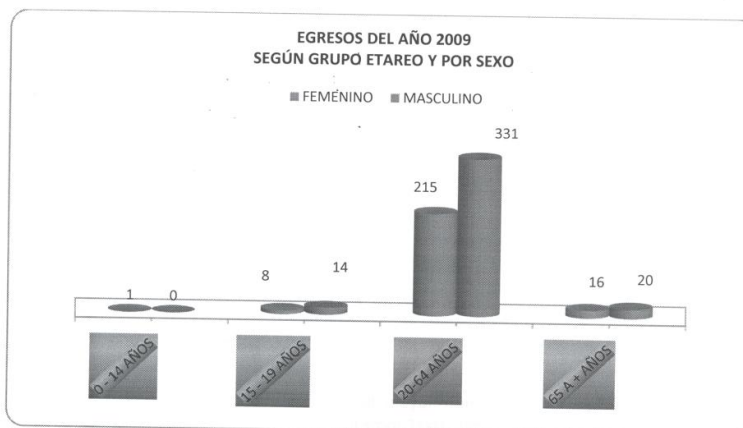




FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Esta grafica nos demuestra que las patologías predominantes entre los 20 y 44 años son: Esquizofrenia Paranoide, Dependencia a Cocaína y Enfermedad Bipolar que fueron las que en mayor número motivaron hospitalización.

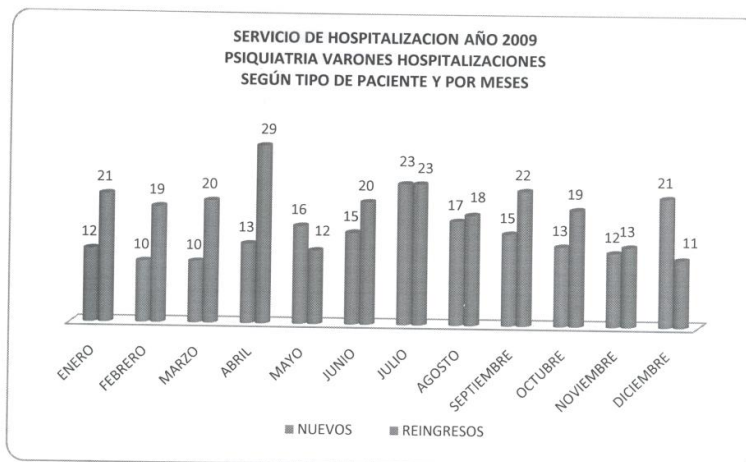
En menor porcentaje se hospitalizaron por Trastorno Mental por Disfunción Cerebral y Retardo Mental.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

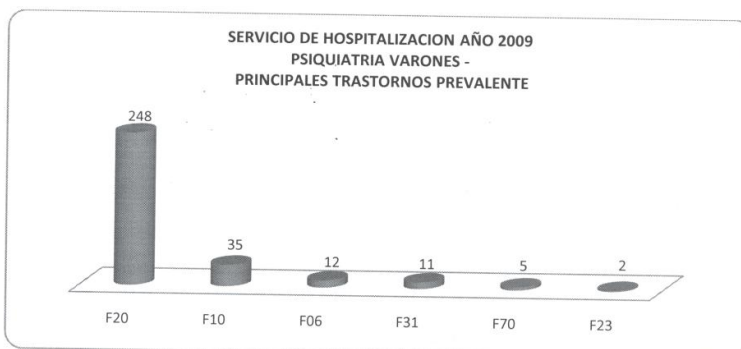
Los pacientes que en mayor número egresaros fueron varones entre 20 y 64 años.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Durante el mes de abril reingresaron más pacientes. Durante los meses de julio, diciembre, agosto, mayo y septiembre se hospitalizaron más pacientes nuevos.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

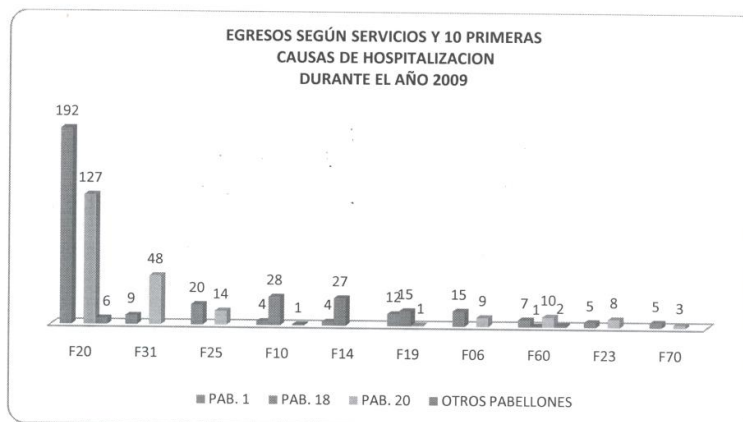
En el Pabellón 1 de Psiquiatría de Adultos el mayor número de pacientes se hospitalizó por Esquizofrenia Paranoide seguidos por Alcoholismo; Trastorno Mental debido a disfunción Mental; Enfermedad Bipolar; Retardo Mental y Trastorno Psicótico Agudo.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

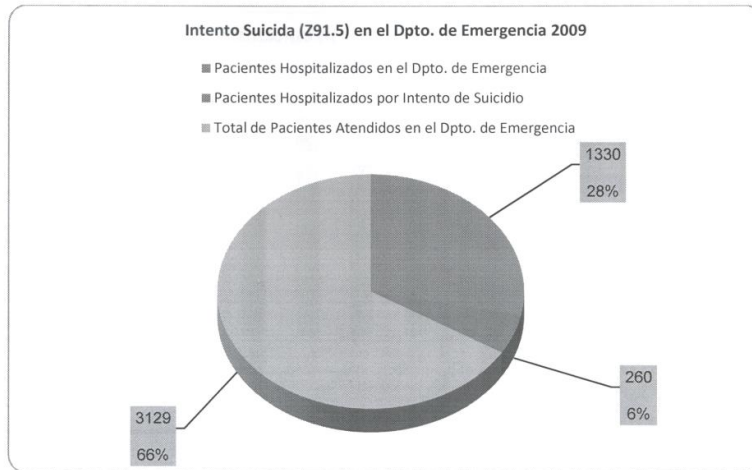
Al egresar los pacientes, mayormente se confirmó el diagnóstico presuntivo de Esquizofrenia Paranoide; Enfermedad Bipolar; Trastorno Esquizoafectivo, Alcoholismo, Dependencia a Cocaína; Trastorno Mental debido a Múltiples drogas; Trastorno mental debido a disfunción Cerebral.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

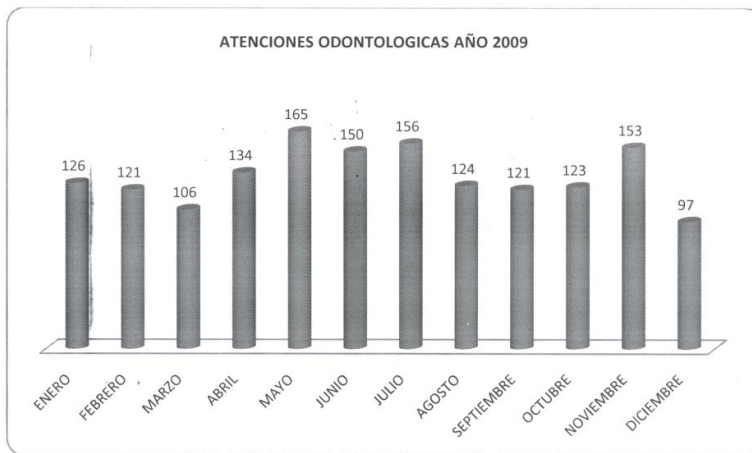
Según los egresos vemos que en primer lugar hubo más pacientes con Esquizofrenia Paranoide; Enfermedad bipolar; Trastorno Esquizoafectivo; Alcoholismo; T. Mental debido al uso de Cocaína; Psicosis debido al consumo de Múltiples drogas; T. M. debido a disfunción Cerebral, Trastorno Psicótico Agudo, Episodio Agudo de Psicosis y Retardo Mental.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

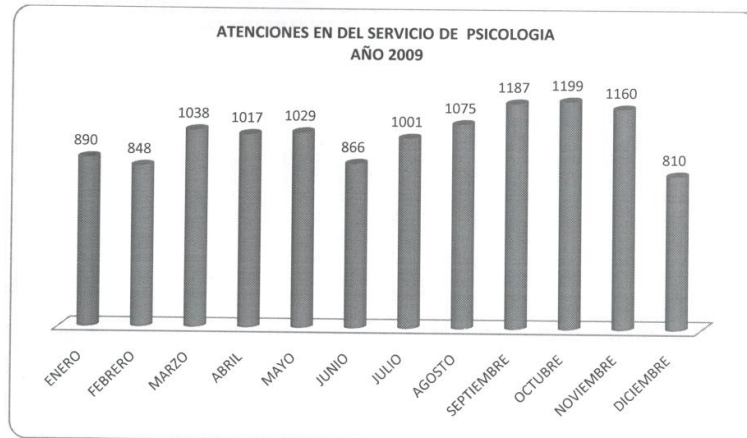
De los 3129 pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia, 1330 fueron hospitalizados de los cuales 260 fueron por Intento Suicida.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Este año a diferencia del año anterior se dieron más atenciones odontológicas en los meses de mayo, noviembre y julio; en el año anterior fueron los meses enero, setiembre y junio.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

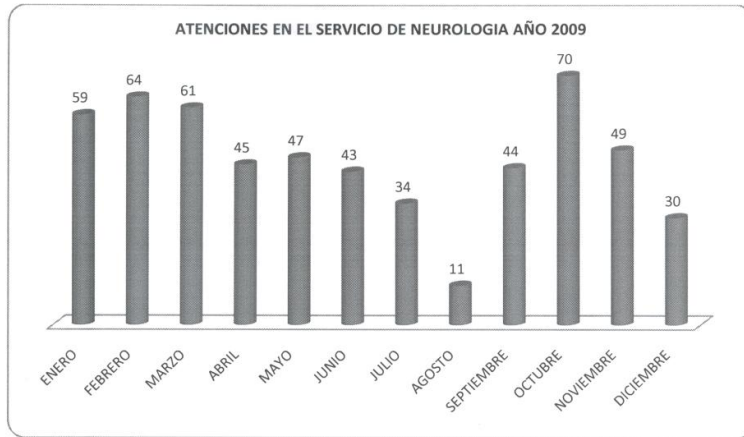
Las atenciones psicológicas en rehabilitación se han dado en número similar para los meses de octubre septiembre y noviembre.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

En los meses de setiembre, junio y octubre se atendieron más consultas ginecológicas; en el año anterior se dieron más atenciones en los meses de febrero, marzo y abril. En nuestra institución contamos con un Ginecólogo.

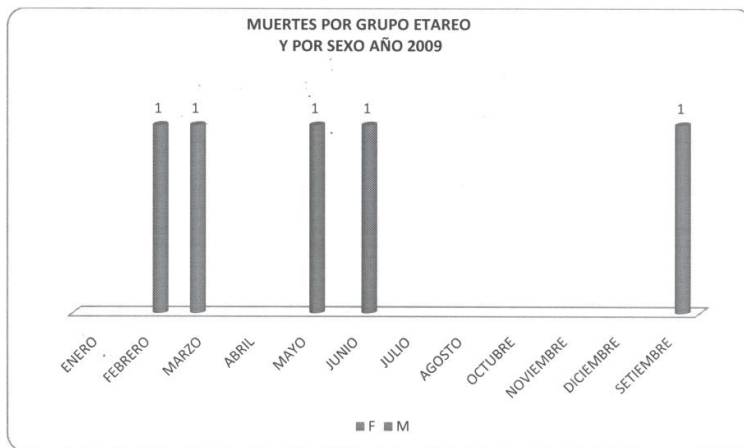




FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

En el mes de Octubre de dio el mayor numero de atenciones Neurológicas. A la vez se observa que en los primeros meses del año el número de atenciones eran similares.

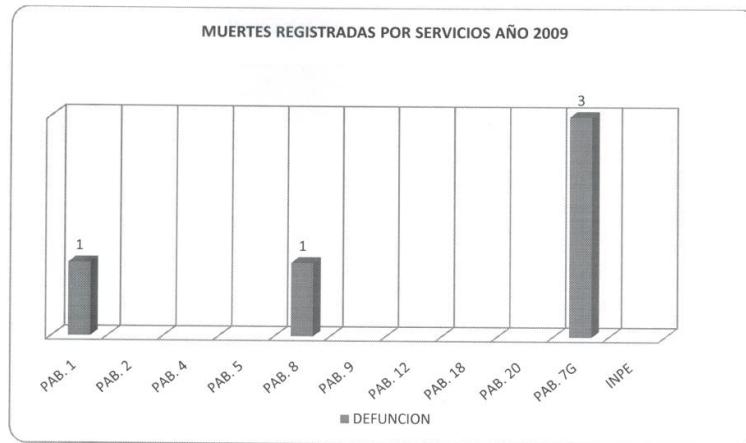
2.1.4.- Indicadores Sanitarios de Mortalidad



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

En el presente año fallecieron cinco pacientes, de los cuales uno era de sexo femenino; ocurriendo esto en los meses de febrero, marzo, mayo, junio y setiembre.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

Las muertes ocurrieron en diferentes servicios: Pabellones N° 1, 8 y 7G.



2.1.5.- Indicadores de monitoreo del desempeño Hospitalario 1º Semestre 2010

No DESCRIPCION DEL INDICADOR		FORMULA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD									
1	Rendimiento Hora Médico psiquiatría	Nº de Atenciones	2560	2409	3203	2940	3215	3191	17518
	CONSULTAS EXTERNAS TOTAL ANUAL	Nº de horas médico efectivas	1096	1088	1452	1256	1392	1492	7776
		Resultados	2,34	2,21	2,21	2,34	2,31	2,14	2,25
2	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADULTOS	Nº de Atenciones	2037	1846	2436	2286	2484	2468	13557
		Nº de horas médico efectivas	828	792	1044	936	1004	1112	5716
		Resultados	2,46	2,33	2,33	2,44	2,47	2,22	2,37
3	Rendimiento Hora Médico psiquiatría ADICIONES	Nº de Atenciones	168	173	271	183	194	170	1159
		Nº de horas médico efectivas	84	104	140	96	112	80	616
		Resultados	2,00	1,66	1,94	1,91	1,73	2,13	1,88
4	Rendimiento Hora Médico psiquiatría NIÑOS Y ADOLESCENTES	Nº de Atenciones	355	390	496	471	537	553	2802
		Nº de horas médico efectivas	184	192	268	224	276	300	1444
		Resultados	1,93	2,03	1,85	2,10	1,95	1,84	1,94
5	Utilización de los Consultorios Físicos	Nº de consultorios médicos funcionales	23 / 23 = 1	23/23 = 1	23/23=1	23/23=1	23/23=1	23/23=1	23/23=1
		consultorios físicos							
6	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA TOTAL ANUAL	Consultas médicas acumuladas del periodo	2560	2409	3203	2940	3215	3191	17518
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	585	648	771	623	820	693	4140
		Resultados	4,38	3,72	4,15	4,72	3,92	4,60	4,23
7	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADULTOS	Consultas médicas acumuladas del periodo	2037	1846	2436	2286	2484	2468	13557
		atendidos acumulados del periodo	428	370	514	393	538	435	2678
		Resultados	4,76	4,99	4,74	5,82	4,62	5,67	5,06
8	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA ADICIONES	Consultas médicas acumuladas del periodo	168	173	271	183	194	170	1159
		atendidos acumulados del periodo	25	65	60	48	59	53	310
		Resultados	6,72	2,66	4,52	3,81	3,29	3,21	3,74
9	Concentración de Consultas Externas PSIQUIATRIA NIÑOS Y ADOLESCENTES	Consultas médicas acumuladas del periodo	355	390	496	471	537	553	2802
		atendidos acumulados del periodo	132	213	197	182	223	205	1152
		Resultados	2,69	1,83	2,52	2,59	2,41	2,70	2,43
10	Rendimiento Hora Médico CONSULTAS EXTERNAS MEDICINA COMPLEMENTARIA	Nº de Atenciones	242	214	144	201	238	232	1271
		Nº de horas médico efectivas	268	296	164	224	240	256	1448
		Resultados	0,90	0,72	0,88	0,90	0,99	0,91	0,88
11	Concentración de Consultas Externas MEDICINA COMPLEMENTARIA	Consultas médicas acumuladas del periodo	242	214	144	201	238	232	1271
		atendidos acumulados del periodo	0	0	0	0	0	0	0
		Resultados	# DIV/0	# DIV/0	# DIV/0	# DIV/0	# DIV/0	# DIV/0	# DIV/0



No DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL	
INDICADORES DE EFICIENCIA									
12	Promedio de Analisis de Labort. por Const. Externa NUEVOS + REINGRESOS	Nº de Exámenes de Laboratorio del periodo	396	287	332	550	546	200	2311
		atendidos acumulados del periodo (N + R)	585	648	771	623	820	693	4140
		Resultados	0,68	0,44	0,43	0,88	0,67	0,29	0,56
13	Promedio de Analisis de Labort. por Const. Externa TOTAL ATENCIONES	Nº de Exámenes de Laboratorio del periodo	396	287	332	550	546	200	2311
		TOTAL DE ATENCIONES PSIQUIATRIA + MEDICINA GENERAL	2802	2623	3347	3141	3453	3423	18789
		Resultados	0,14	0,11	0,10	0,18	0,16	0,06	0,12
14	RECETAS POR CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA + MEDICINA	NUMERO DE RECTAS DESPACHADAS	6498	5611	6804	6228	6269	6259	37669
		Nº TOTAL DE CONSULTAS (PSQ. + MEDICINA)	2802	2623	3347	3141	3453	3423	18789
		Resultados	2,32	2,14	2,03	1,98	1,82	1,83	2,00
15	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Dias de Estancia de los Egresos	2059	1276	2850	2523	2139	3621	14468
		Nº de egresos	36	22	37	46	37	52	230
		Resultados	57	58	77	55	58	70	63
16	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Dias de Estancia de los Egresos	864	562	1099	1411	1282	1475	6693
		Nº de egresos	18	11	15	18	21	27	110
		Resultados	48	51	73	78	61	55	61
17	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Dias de Estancia de los Egresos	1195	714	1751	1112	857	2146	7775
		Nº de egresos	18	11	22	28	16	25	120
		Resultados	66	65	80	40	54	86	65
18	Promedio de Permanencia DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICIONES	Dias de Estancia de los Egresos	1736	1134	975	552	1367	863	6627
		Nº de egresos	11	12	14	18	18	17	90
		Resultados	158	95	70	31	76	51	74
19	Promedio de Permanencia Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Dias de Estancia de los Egresos	0	10074	1053	8743	0	9903	29773
		Nº de egresos	0	3	2	2	0	3	10
		Resultados	#/DIV/0!	3358	527	4372	#/DIV/0!	3301	2977
20	Promedio de Permanencia EMERGENCIA	Dias de Estancia de los Egresos	229	255	315	246	178	141	1364
		Nº de egresos	244	249	252	207	188	152	1292
		Resultados	0,94	1,02	1,25	1,19	0,95	0,93	1,06
21	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	(Días cama disponibles)	3720	3360	3720	3600	3720	3600	21720
		(Paciente días)	2806	2665	3049	2806	2969	3103	17398
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	914	695	671	794	751	497	4322
		Nº de egresos	36	22	37	46	37	52	230
		Resultados	25,39	31,59	18,14	17,26	20,30	9,56	18,79
22	Intervalo de Sustitución DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	(Días cama disponibles)	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860
		(Paciente días)	1341	1286	1550	1489	1457	1527	8650
		(Días cama disponibles) - (Paciente días)	519	394	310	311	403	273	2210
		Nº de egresos	18	11	15	18	21	27	110
		Resultados	29	36	21	17	19	10	20



No DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL	
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD									
INDICADORES DE EFICIENCIA									
23	(Días cama disponibles)	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860	
	(Paciente días)	1465	1379	1499	1317	1512	1576	8748	
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	395	301	361	483	348	224	2112	
	Nº de egresos	18	11	22	28	16	25	120	
	Resultados	21,94	27,36	16,41	17,25	21,75	8,96	17,60	
24	(Días cama disponibles)	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860	
	(Paciente días)	611	654	784	1001	1163	1104	5317	
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	1249	1026	1076	799	697	696	5543	
	Nº de egresos	11	12	14	18	18	17	90	
	Resultados	113,55	85,50	76,86	44,39	38,72	40,94	61,59	
25	(Días cama disponibles)	11594	10472	11594	11220	11594	11220	67694	
	(Paciente días)	10586	9570	10468	10158	10564	10258	61604	
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	1008	902	1126	1062	1030	962	6090	
	Nº de egresos	0	3	2	2	0	3	10	
	Resultados	#DIV/0!	301	563	531	#iDIV/0!	321	609	
26	(Días cama disponibles)	372	336	372	360	372	360	2172	
	(Paciente días)	365	336	368	349	371	360	2149	
	(Días cama disponibles) - (Paciente días)	7,00	0,00	4,00	11,00	1,00	0,00	23,00	
	Nº de egresos	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	2,00	
	Resultados	7	#iDIV/0!	#iDIV/0!	11	#iDIV/0!	#iDIV/0!	12	
27	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Total pacientes días x 100	2806	2665	3049	2806	2969	3103	17398
	Total días cama disponibles	3720	3360	3720	3600	3720	3600	21720	
	Resultados	75,43	79,32	81,96	77,94	79,81	86,19	80,10	
28	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1	Total pacientes días x 100	1341	1286	1550	1489	1457	1527	8650
	Total días cama disponibles	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860	
	Resultados	72,10	76,55	83,33	82,72	78,33	84,83	79,65	
29	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 20	Total pacientes días x 100	1465	1379	1499	1317	1512	1576	8748
	Total días cama disponibles	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860	
	Resultados	78,76	82,08	80,59	73,17	81,29	87,56	80,55	
30	Porcentaje de Ocupación DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA ADICCIONES	Total pacientes días x 100	611	654	784	1001	1163	1104	5317
	Total días cama disponibles	1860	1680	1860	1800	1860	1800	10860	
	Resultados	32,85	38,93	42,15	55,61	62,53	61,33	48,96	
31	Porcentaje de Ocupación Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Total pacientes días x 100	10586	9570	10468	10158	10564	10258	61604
	Total días cama disponibles	11594	10472	11594	11220	11594	11220	67694	
	Resultados	91,31	91,39	90,29	90,53	91,12	91,43	91,00	
32	Porcentaje de Ocupación PSIQUATRIA FORENSE	Total pacientes días x 100	365	336	368	349	371	360	2149
	Total días cama disponibles	372	336	372	360	372	360	2172	
	Resultados	98,12	100,00	98,92	96,94	99,73	100,00	98,94	
33	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUATRIA AGUDOS PAB 1 Y 20	Nº de egresos	36	22	37	46	37	52	230
	Nº de camas reales promedio	120	120	120	120	120	120	720	
	Resultados	0,30	0,18	0,31	0,38	0,31	0,43	0,32	



No DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL	
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD									
INDICADORES DE EFICIENCIA									
34	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA AGUDOS PAB 1	Nº de egresos	18	11	15	18	21	27	110
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	360
		Resultados	0,30	0,18	0,25	0,30	0,35	0,45	0,31
35	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA AGUDOS PAB 20	Nº de egresos	18	11	22	28	16	25	120
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	360
		Resultados	0,30	0,18	0,37	0,47	0,27	0,42	0,33
36	Rendimiento Cama DPTO. HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA AGUDOS ADICIONES	Nº de egresos	11	12	14	18	18	17	90
		Nº de camas reales promedio	60	60	60	60	60	60	360
		Resultados	0,18	0,20	0,23	0,30	0,30	0,28	0,25
37	Rendimiento Cama Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social	Nº de egresos	0	3	2	2	0	3	10
		Nº de camas reales promedio	374	374	374	374	374	374	2244
		Resultados	0,0000	0,0080	0,0053	0,0053	0,0000	0,0080	0,0045
38	Rendimiento Cama PSIQUIATRIA FORENSE	Nº de egresos	1	0	0	1	0	0	2
		Nº de camas reales promedio	12	12	12	12	12	12	72
		Resultados	0,0833	0,0000	0,0000	0,0833	0,0000	0,0000	0,0278
INDICADORES DE CALIDAD									
39	Tasa de Infecciones Intrahospitalaria	total de pacientes c/ infecciones intrahospitalarias x100	0	0	0	0	0	0	0
		Nº de Egresos	48	37	53	67	55	72	332
		Resultados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40	Tasa de Mortalidad Bruta	Total de Fallecidos x 100	0	0	0	0	0	0	0
		Nº de Egresos	48	37	53	67	55	72	332
		Resultados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Accesibilidad:**2.1.6.- Factores Geográficos****Análisis de accesibilidad física y funcional del Hospital**

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

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

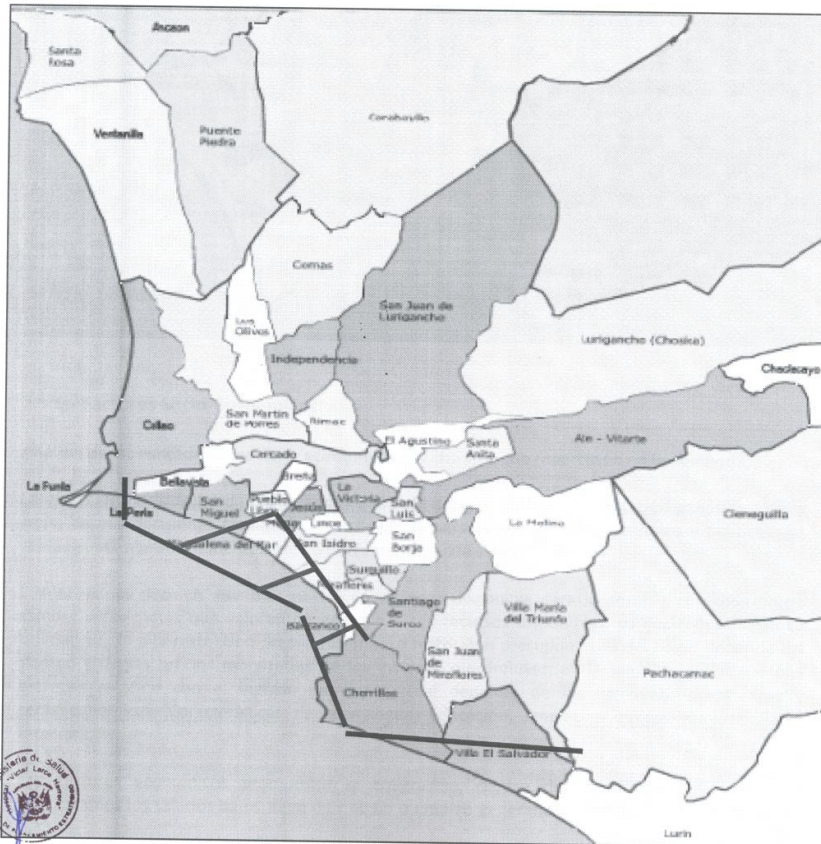


La Av. Costanera, es además un canal de vinculación paralelo al anterior, que favorece la accesibilidad rápida y directa desde todos los distritos litorales Hacia el Hospital.

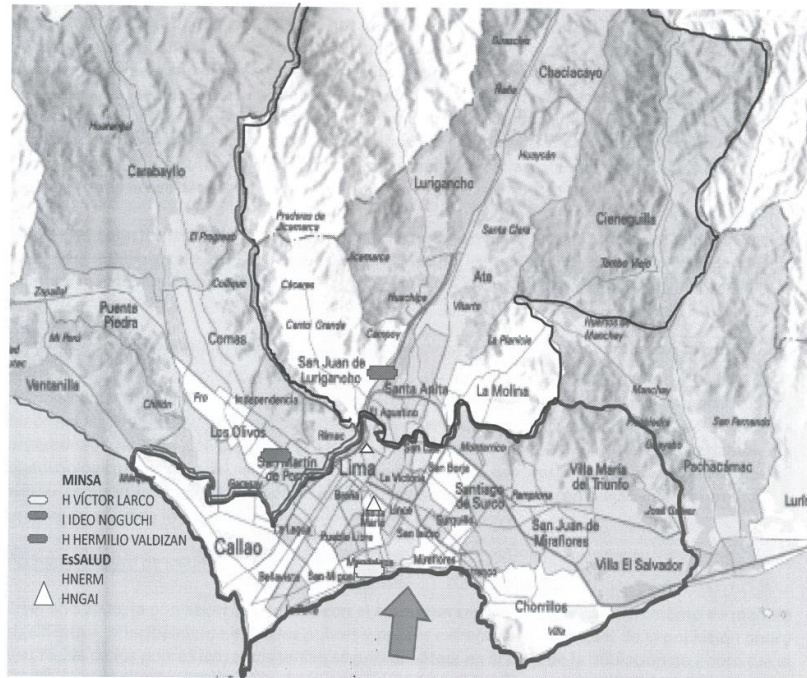
Otro eje longitudinal que favorece esta vinculación es conformado por el Paseo de la República, Av. Arequipa (Arenales y Petit Thouars), que se encuentran vinculados al primero por los ejes transversales de la Av. Brasil, Av. Salaverry y José Pardo; que en conjunto, involucran la zona central, Oeste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

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

ESQUEMA DE ACCESIBILIDAD FISICA



Ambito influencia- Lugar de Procedencia



2.1.6.- Factores Socio-Económicos

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

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

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

Los factores económicos promueven la emigración, dentro de los problemas económicos encontramos los salarios bajos, falta de trabajo o empleo generando inestabilidad e incertidumbre



por las carencias generalizadas a toda la población, o a las respuestas que hacen referencia directa sobre crisis, principalmente.

Dentro del Análisis de las condiciones que repercuten la demanda para el Hospital Víctor Larco Herrera, categoría III-1 especializado en Salud Mental, analizaremos la pobreza de la población basada en estimaciones sobre satisfacción de las necesidades básicas y no básicas de los miembros de una familia, segmentados en: pobres extremos, si no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación; pobres, si satisfacen la necesidad básica de alimentación, pero no las otras necesidades básicas; no pobres básicos, si satisfacen las necesidades básicas, pero no otras necesidades; y no pobres a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades.

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

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

Acceso al seguro de salud

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

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

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

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

^{1/} Comprende seguro privado de salud, seguro de los FFAA y Policías, seguro universitario, seguro escolar privado, etc.
Fuente: NEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG): Anual 2008 y 2009.



2.1.7.- Factores Culturales

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

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

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

Por tanto, el trabajo juega un papel primordial respecto al proceso de salud-enfermedad y particularmente, en la Salud Mental, el trabajo representa, en todos los sentidos, la alternativa a la productividad y a la salud mental tanto individual como colectiva, el mismo que produce un deterioro a corto y largo plazo en la salud física y mental de los individuos.

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

2.2 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SALUD

Gestión de los Servicios de Salud:

Es un Hospital Especializado categoría III - 1, que tiene como objetivo principal brindar una atención especializada en trastornos Psiquiátricos y de Salud Mental mediante programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.



Del total de camas funcionales, para hospitalización de pacientes agudos se han asignado 120 camas considerando actualmente que el período de estancia es de 90 días promedio.

Durante el año 2009 y el 2010 se está disminuyendo, acercándonos a estándares internacionales en lo que se denomina estancia corta de tal modo que se pretende que el tiempo de estancia promedio sea de 45 días y como máximo 70 días es decir de estancia corta. Se espera que en los pacientes aquí hospitalizados remita la sintomatología que motivó su ingreso y recuperado con su tratamiento, regrese al núcleo familiar.

2.2.1.- Servicios Hospitalarios Ofertados

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

Servicios por Hospitalización

En 02 Servicios de Hospitalización de agudos con 120 camas.
En 07 Servicios de Hospitalización de crónicos 344 camas.
En el Servicio de Emergencia con 24 camas.
En el Servicio de Adicciones con 60 camas.
En el Servicio de UCE con 12 camas.
En el Servicio de UCE- geriátricos con 30 camas.
En el INPE con 12 camas.
Servicios de Tecnólogos ocupacionales en hospitalización.

Servicio del Departamento Consultorios Externos Adultos

Consulta Externa de Psiquiatría (13 consultorios)
Consulta Externa de Psicología (04 consultorios)
Consulta Externa en Salud Mental Comunitaria (01 consultorio)

Servicio del Departamento Apoyo Medico Complementario

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

Servicio del Departamento de Adicciones

Consulta Externa (01 consultorio)

Servicio del Departamento de Trabajo Social

Consulta Externa Niños Adolescentes (01 consultorio)
Consulta Externa Adultos y Salud Mental (01 consultorio)
Departamento de Emergencia (01 consultorio)
Departamento de Hospitalización. (01 consultorio)



Servicio del Departamento de Consultorios Externos Niños y Adolescentes.

Consulta Externa - Psiquiatría (04 consultorio)
Consulta Externa - Psicología (07 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Ocupacional (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Lenguaje (02 consultorios)
Consulta Externa - Terapia Relajación (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Física (01 consultorio)
Consulta Externa - Terapia Aprendizaje (01 consultorio)

El hospital brinda los siguientes Servicios de Salud:

- Atención de consulta externa especializada de adultos
- Atención de consulta externa de niños y adolescentes
- Atención de consulta externa de adicciones
- Atención de consulta externa de servicio médico complementario en las especialidades no psiquiátricas como; odontología, laboratorio y radiología
- Hospitalización de pacientes agudos y reagudizados en dos pabellones con 60 camas cada uno, para varones y mujeres respectivamente
- Hospitalización de adicciones en un pabellón solo para varones, con 60 camas
- Servicio de cuidados especiales (UCE), con 12 camas, para pacientes psiquiátricos hospitalizados que presenten interurrencias médicas somáticas de cuidado especial.
- Servicio de Psiquiatría Forense: consulta externa y hospitalización en un pabellón con 12 camas
- Atención de emergencias psiquiátricas en un pabellón con 24 camas
- Servicio de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Servicio de salud mental comunitaria.

Consulta Externa:

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

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

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

Emergencia

La programación del servicio, cuenta con una dotación de

- Médicos: 3 médicos, las 24 hrs del día y refuerzos de 6 horas en turnos de mañana y tarde de lunes a viernes, la atención cubre Atención de Tópico, Sala de Observación, Salas de Hospitalizados.



- Enfermeras: 3 profesionales, en el turno de día y 2 en turno noche con Auxiliares o Técnicos de Enfermería en igual Número en los turnos.
- Asistentes Sociales: 1 en turno Diurno y Nocturno.
- Personal administrativo para Admisión y Caja en turno diurno y Nocturno.

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

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

Hospitalización

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

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

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

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

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

En cuanto a hospitalización ofertamos en forma real 228 camas de un Total de 602 camas presupuestadas, ya que 374 camas la ocupan pacientes de larga estancia (permanencia), albergados desde hace muchos años, ocupando 7 pabellones con un tiempo promedio de estancia de más de 7 años (viven en el hospital), institucionalizados; camas que actualmente no se pueden ofertar por lo descrito anteriormente, requiriéndose implementar un programa de rehabilitación psicosocial que permita la deshospitalización de un grupo de estos pacientes.

Del total de 480 pacientes hospitalizados, el 55%, son indigentes de condición social exonerados totales, el 8% aproximadamente traen medicina, existiendo a la fecha distintas categorías en tarifas por concepto de hospitalización las mismas que van desde: la tarifa "A" que tiene un valor de S/.



20.00 Nuevos Soles diarios, la siguiente categoría es la "B" con un valor de S/. 15.00 nuevos soles, la categoría "C" con un importe de S/. 10.00 nuevos soles y la categoría "D" con un valor de S/. 5.00 nuevos soles.

Con el nuevo modelo de atención que se viene trabajando con la actual gestión y que se implementará progresivamente, con programas de fármaco terapia optima, de rehabilitación psicosocial, de psicoterapia basado en evidencias; teniendo como prioridad la reinserción pronta del paciente al seno de su familia y a la comunidad, buscando evitar la exclusión social del paciente así como su estigmatización, cuya priorización radica en la implementación de los Programas Estratégicos en el Hospital, los cuales están orientados a la salud mental (Enfermedades no trasmisibles: Esquizofrenia, ansiedad depresión y alcoholismo).

Si bien es cierto la esquizofrenia sigue siendo la principal causa de consulta y hospitalización en los últimos cuatro años, se sigue incrementando sostenidamente una nueva demanda constituida por los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y adicciones diversas como a los juegos, alcohol, drogas y otras sustancias psicotropicas, lo que nos exige como institución avanzar cada vez más a la sub especialización de los servicios que presta, para así cumplir cabalmente con su misión y visión institucional.

En este sentido es que el equipo de gestión en su conjunto se encuentra abocado a diseñar nuevos programas sub especializados para atender estas patologías.

En cuanto a los servicios que actualmente demandan nuestra atención, estos se basan en una mayor apertura a la comunidad, mediante el programa de salud mental comunitaria además de la instalación de nuevos programas de atención los que buscan que estas sean integral, en cuanto a los servicios que se ofrecen tenemos como función principal prestar servicios de salud especializados en psiquiatría y salud mental, brindando atención en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización a través de los siguientes Departamentos Finales:

- Departamento de Hospitalización.
- Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia.
- Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescentes.
- Departamento de Adicciones
- Departamento de Atención Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Departamento de Emergencia.

En este sentido se ha venido realizando actividades en los niveles de atención de prevención promoción y recuperativa, los mismos que son:

- **Prevención y Promoción**, a través del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Atención Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, se están realizando campañas de Salud Mental en coordinación con Municipalidades y Colegios, difusiones radiales o televisivas de las formas de prevenir y tratar los casos de enfermedades mentales, siendo necesario el desarrollo de un programa de salud mental comunitaria que permita ofrecer de modo planificado acciones que conlleven una adecuada prevención y promoción de la salud mental en la población de nuestra competencia.
- **Recuperativa**, mediante los servicios de atención de consulta externa especializada de adultos, atención de consulta externa de niños y adolescentes, atención de consulta externa de adicciones, atención de consulta externa de servicio médico complementario en especialidades no psiquiátricas, hospitalización para pacientes agudos y reagudizados, hospitalización de adicciones, atención para pacientes psiquiátricos hospitalizados que presenten interurrencias médicas somáticas de cuidado, Psiquiatría Forense: consulta



externa y hospitalización, atención de emergencias psiquiátricas y servicio de terapia ocupacional; la consulta externa se atiende en los turnos mañana y tarde, brindando atenciones de Psicología, Psiquiatría, psicoterapia, Terapias de Lenguaje, Terapias de Aprendizaje, así como Servicio Social.

Los programas de psicoterapia individual (cognitiva, conductual, etc.) y psicoterapia familiar, son de especial importancia, pues buscan restablecer y fortalecer aspectos que interfieren en el adecuado desarrollo de la persona y su familia, en lo que se refiere a la rehabilitación dirigida a los pacientes hospitalizados, como ya se mencionó ésta se realiza a través de talleres de Terapia Ocupacional.

En cuanto a las Intervenciones en la comunidad estas se han incrementado a expensas de actividades programadas del Departamento de Niños y adolescentes y el Departamento de Consulta Externa Adultos y Salud Mental Comunitaria a solicitud de instituciones de la comunidad.

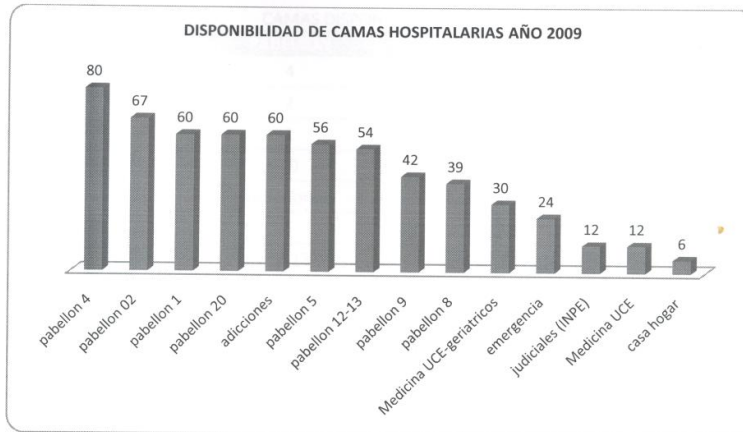
DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS 2009

Emergencia Psiquiátrica		24 Camas
Pabellón 1	Varones con Psicosis aguda	60 Camas
Pabellón 2	Psicosis Geriátrica	67 Camas
Pabellón 4	Rehabilitación	80 Camas
Pabellón 5	Rehabilitación	56 Camas
Pabellón 8	Psicosis + Retardo Mental	39 Camas
Pabellón 9	Rehabilitación	42 Camas
Pabellón 12-13	Rehabilitación	54 Camas
Pabellón 18	Adicciones	60 Camas
Pabellón 20	Damas con Psicosis Aguda	60 Camas
UCEG	Unidad de Cuidados Especiales	30 Camas
INPE	Judiciales	12 Camas
UCE	Unidad de Cuidados Especiales Medicina	12 Camas
Casa Hogar		<u>06 Camas</u>
		60 Camas

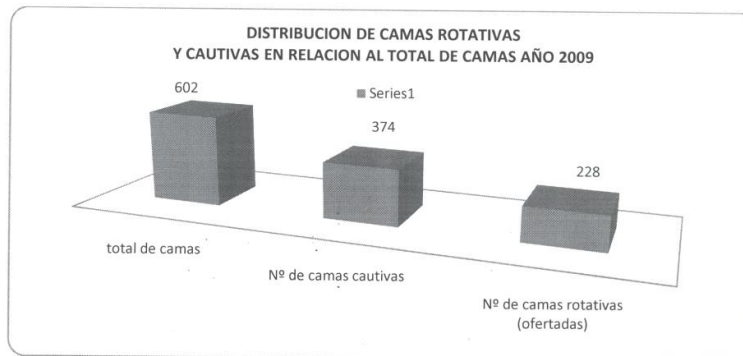
Del total de camas hospitalarias, sólo el 37 % se movilizan, ya que los otros pacientes alcanzan un tiempo de permanencia que puede llegar a pasar los 50 años.

Camas disponibles para el año 2009, según la información de la Oficina de Estadística e Informática, el total de camas disponibles en nuestro hospital es 602 de las cuales 374 camas corresponden a la población hospitalizada de larga permanencia donde no se produce la rotación (camas cautivas) y 228 camas corresponde a (camas rotativas ofertadas). Solo se da una alta cuando se logra ubicar a la familia del paciente, esto no se produce con frecuencia debido a que los familiares cambian o falsean su dirección domiciliaria, evadiendo la responsabilidad de asistencia familiar.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

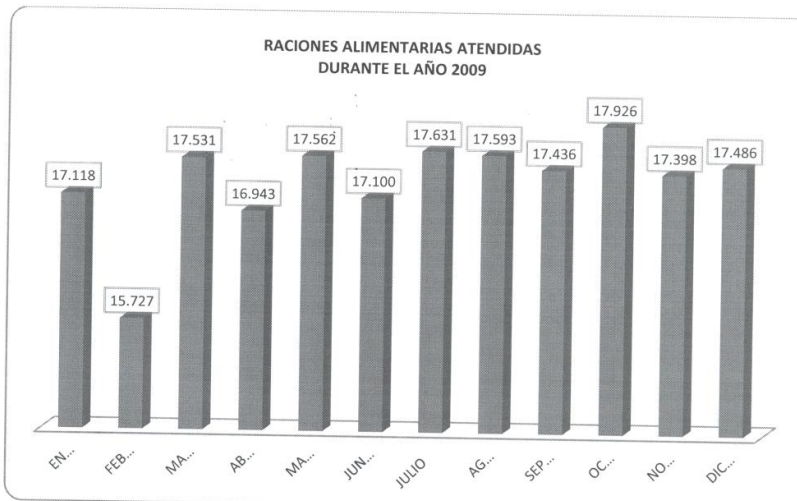


CAMAS DISPONIBLES AÑO 2010

PABELLON	CAMAS
4	80
2	67
1	60
20	60
Adicciones	60
5	56
12-13	54
9	42
8	39
Medicina UCE-Geriátricos	30
Emergencia	24
Judiciales (INPE)	12
Medicina UCE	12
Casa Hogar	6
TOTAL	602

FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

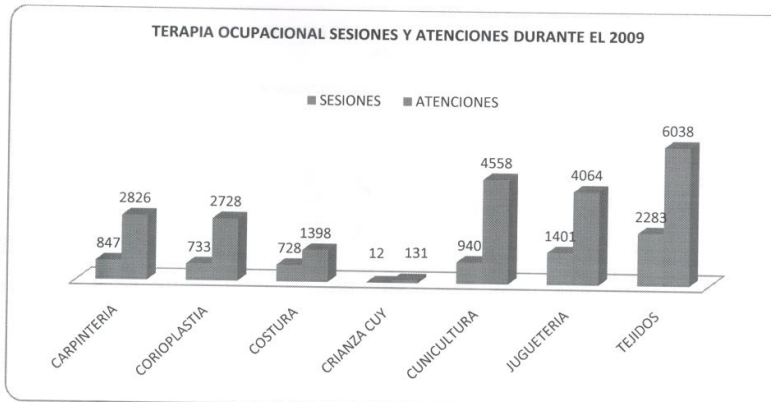
2.2.2.- Producción Hospitalaria de Servicios.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

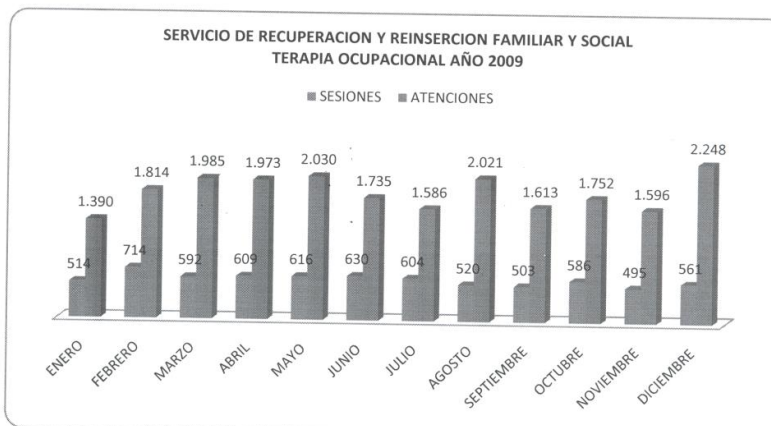
Solamente durante el mes de febrero del 2009 se observa disminución de las raciones alimenticias del Departamento de Nutrición.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

En la gráfica muestra que se dieron mayores sesiones y atenciones en el área de tejidos, seguido de cunicultura.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

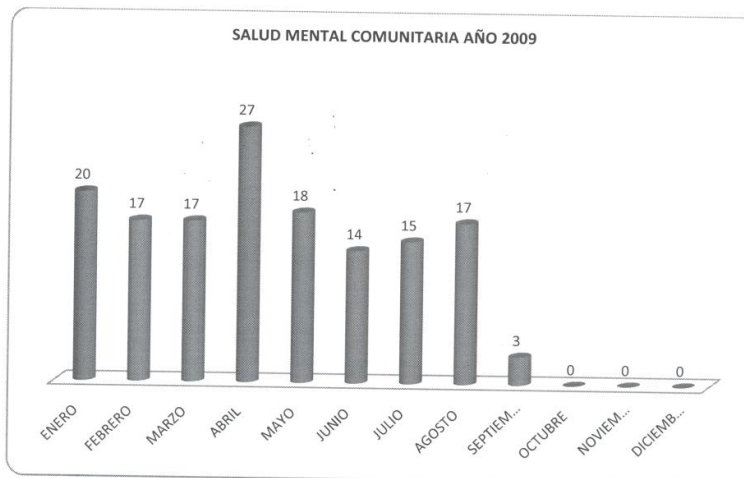
Los profesionales del Departamento de Psicología durante todos los meses del año han realizado terapias individuales y grupales orientadas a lograr la Reinserción social de los pacientes.





FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

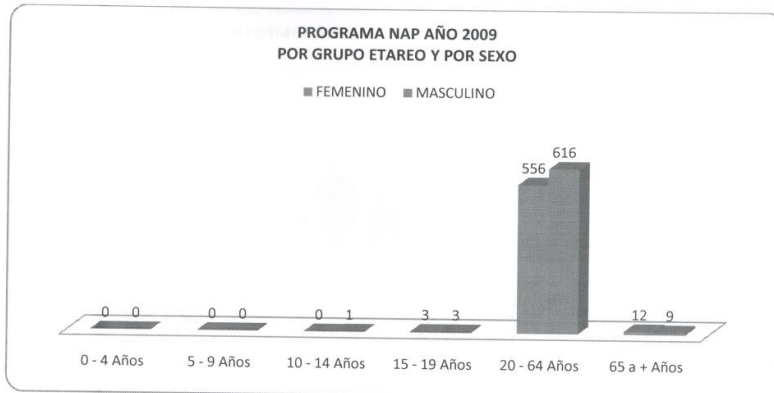
El Departamento de Farmacia atendió el mayor número de recetas en los meses de enero por Hospitalización y en el mes de julio por Consulta Externa.



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

El mayor número de actividades que tuvo Salud Mental Comunitaria del Hospital se realizó en el mes de abril.

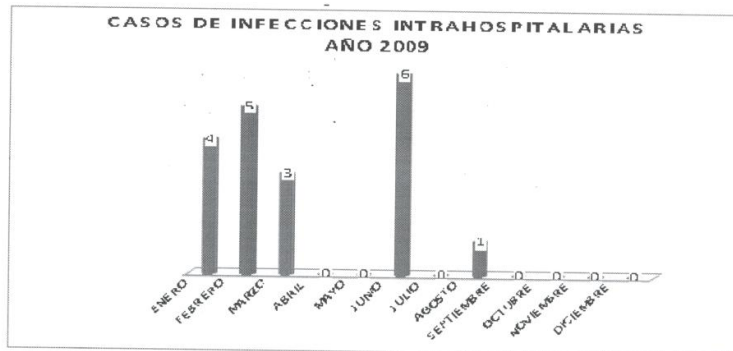




FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

El NAP brinda medicación de depósito a pacientes con psicosis crónica que tienen entre 20 y 64 años.

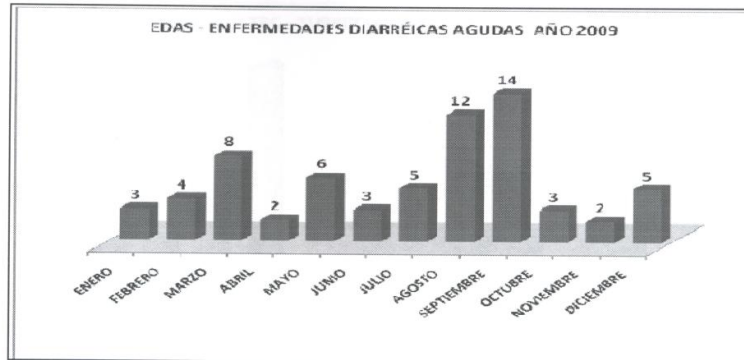
2.2.3.- Análisis de las Enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica 2009



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática

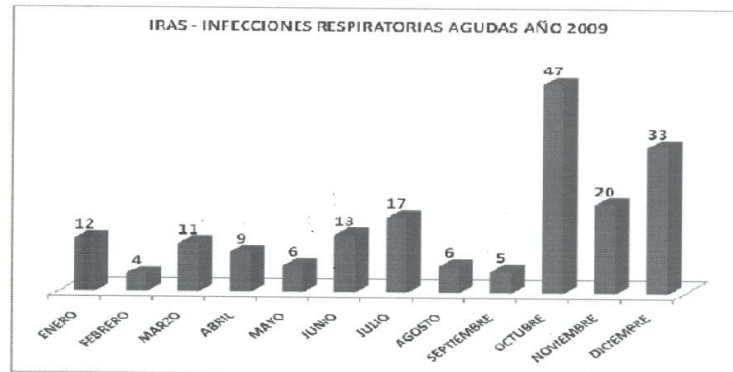
Durante el año 2009, se han presentado casos de infecciones intrahospitalarias a razón de 04 en el mes de enero, 5 en el mes de febrero, 3 en el mes de marzo, 8 en el mes de junio y 1 en el mes de agosto respectivamente.





Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

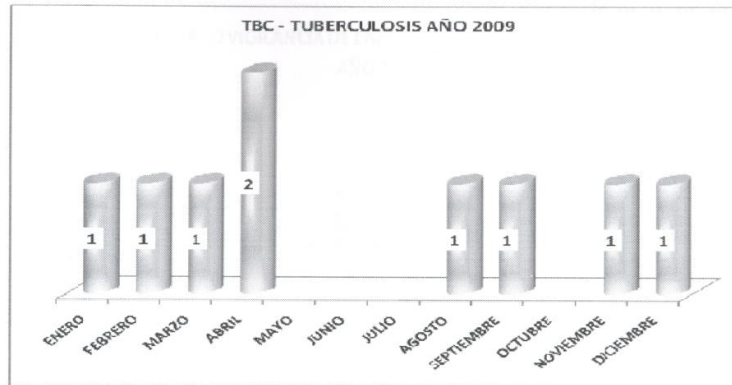
Durante el año 2009 las EDAS se presentaron en mayor número en el mes de setiembre con 14 casos, seguido del mes de agosto con 12 casos, así como de 8 casos en el mes de marzo y 6 casos en el mes de junio respectivamente.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Las infecciones respiratorias agudas se presentaron en mayor número en el mes de octubre con 47 casos, seguido de 33 casos en el mes de diciembre, así como en el mes de noviembre con 20 casos, cabe resaltar que el mes de febrero presenta el menor número con 4 casos respectivamente.





Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

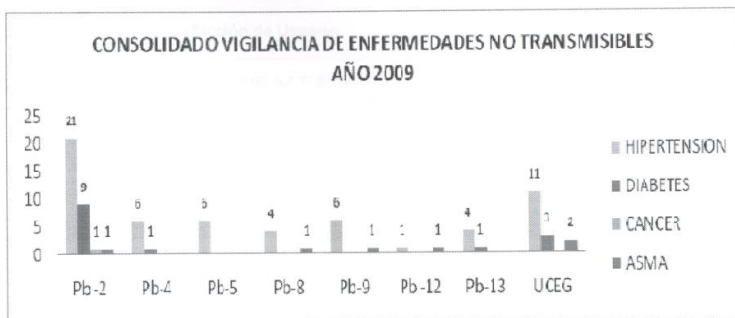
Durante el año 2009 se presentó un incremento considerable de casos de Tuberculosis en el hospital con 01 caso por mes en enero, febrero, marzo, agosto, setiembre, noviembre y diciembre, pero en el mes de abril se presentaron 02 casos, lo que amerita realizar una investigación epidemiológica para controlar la transmisión por esta enfermedad.

SEXO	EDAD	PABELLON DE PROCEDENCIA	DIAGNOSTICO	FECHA INGRESO TRATAMIENTO
MASCULINO	64	4	TBC Cutánea	14-ene-09
MASCULINO	24	1	TBC Pulmonar	14-Feb-09
MASCULINO	39	4	TBC Pulmonar	7-mar-09
MASCULINO	51	4	TBC MDR Pulmonar	24-abr-09
FEMENINO	35	20	TBC Pleural	15-abr-09
MASCULINO	59	2	TBC Pulmonar	28-ago-09
FEMENINO	28	20	TBC Pulmonar	18-set-09
MASCULINO	18	8	TBC Pulmonar	6-nov-09
MASCULINO	22	1	TBC Pulmonar	12-dic-09

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

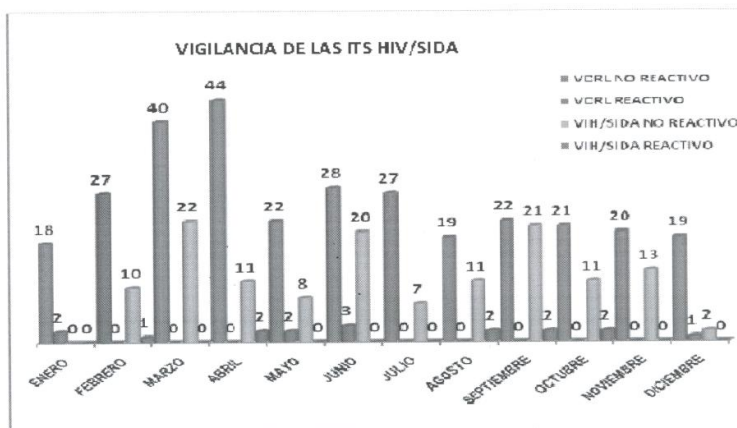
La tabla nos muestra que 03 de los casos presentados proceden del pabellón 4 en los meses de enero, marzo y abril éste es TB MDR, 02 casos proceden del pabellón 20 en el mes de abril y setiembre, 02 casos en el mes de febrero y diciembre, 01 caso en el pabellón 2 en el mes de agosto y 01 caso en el pabellón 8 en el mes de noviembre 2009.





Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Durante el año 2009 se han registrado 59 casos de hipertensión, en mayor en pacientes del pabellón 2, asimismo respecto a casos diabetes se reporta 14 casos con mayor incidencia en el pabellón 2, en cuanto a cáncer se reporta 1 caso en el pabellón y en cuanto a asma se reporta 1 caso en el pabellón 8, 1 caso en el pabellón 9, 1 caso en el pabellón 12, también 2 casos en el pabellón UCEG respectivamente.

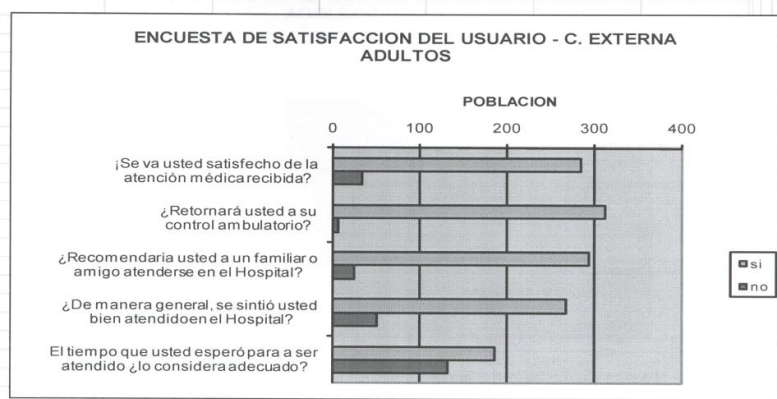


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Podemos observar que, según pruebas de diagnóstico en el laboratorio: VDRL reactivo se han presentado en el mes de enero 02 casos, mayo 02 casos, junio 03 casos, diciembre 01 casos mientras que HIV reactivo se han presentado en el mes de febrero 01 caso, abril 02 casos, agosto 02 casos, setiembre y octubre 02 casos respectivamente.

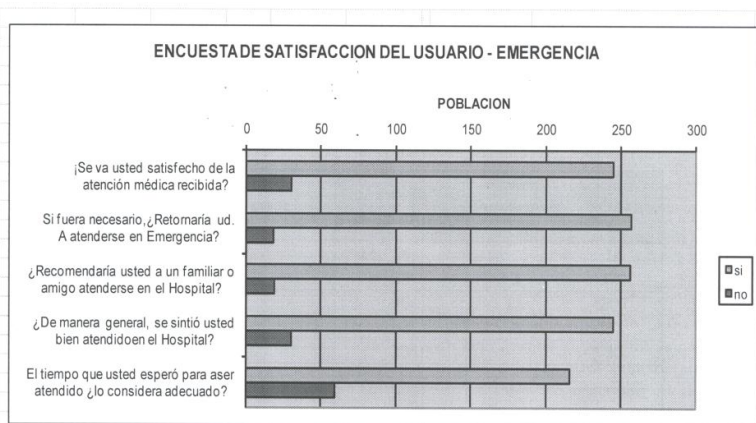


2.2.4.- Encuesta de Satisfacción de Usuario



FUENTE: Oficina de gestión de la Calidad

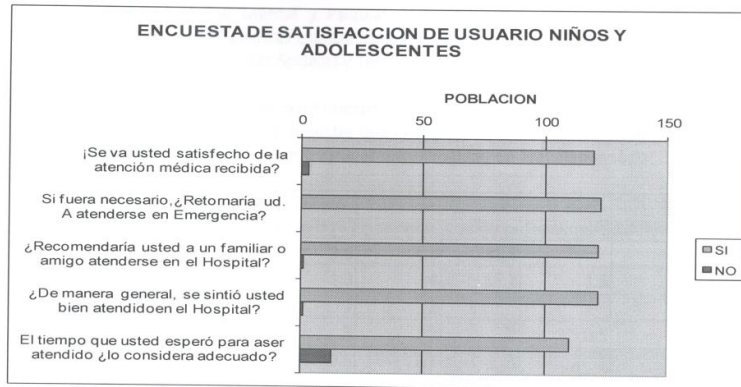
La muestra fue realizado a 313 personas todos/as familiares de los pacientes por sus situación de invalidez en que se encuentran, la gráfica nos muestra en general que el paciente se va satisfecho de la atención recibida en consultorios externos y que retornaría a su control ambulatorio, recomendando a otros a ser atendidos en el Hospital por considerarlo adecuado en el tiempo de espera, por tanto del 100% de los pacientes atendidos el 97.8% retornaría a atenderse en dicho servicio.



FUENTE: Oficina de gestión de la Calidad

La muestra fue realizado a 257 personas todos/as familiares de los pacientes por sus situación de invalidez en que se encuentran, la gráfica nos muestra en general que el paciente se va satisfecho de la atención recibida en emergencia y que retornaría a su control ambulatorio, recomendando a otros a ser atendidos en el Hospital por considerarlo adecuado en el tiempo de espera, por tanto del 100% de los pacientes atendidos el 93.5% retornaría a atenderse en dicho servicio.





La muestra fue realizado a 123 personas todos/as familiares de los pacientes por sus situación de invalidez en que se encuentran, la gráfica nos muestra en general que el paciente se va satisfecho de la atención recibida en consultorios externos y que retornaría a su control ambulatorio, recomendando a otros a ser atendidos en el Hospital por considerarlo adecuado en el tiempo de espera, por tanto del 100% de los pacientes atendidos el 100% retornaría a seguir atendiéndose en dicho servicio.

Recursos en Salud

2.2.5.- Recursos Humanos

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

Grupo Ocupacional	Nombrado Y/O Designados (*)	Servicios Personales y CAS	TOTAL
DIRECTIVOS (*)	14		14
MEDICOS	61	3	64
ENFERMERAS	96	11	107
PSICOLOGOS	33	4	37
ASISTENTE SOCIAL	30		30
CIRUJANO DENTISTA	3		3
QUIMICO			
FARMACEUTICOS	3	5	8
NUTRICIONISTAS	3		3
TECNOLOGO MEDICO	9	9	18
SERV.PROFESIONALES	44	12	56
TECNICOS	358	69	427
AUXILIARES	143	62	205
TOTAL	797	175	972



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

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

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

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

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

2.2.6.- Recursos Financieros.

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

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

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



fuente de financiamiento RDR sólo se ejecutó el 41.05%, siendo su mayor gasto en Bienes y Servicios con un 30.58%.

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

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

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

ASIGNACION PRESUPUESTAL (Nuevos Soles)

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



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

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: TODA FUENTE

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

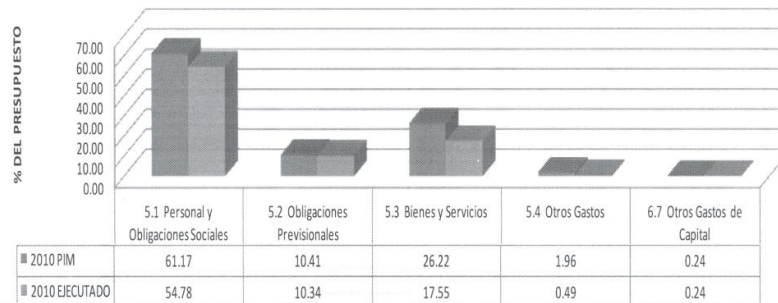
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS ORDINARIOS

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

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS

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

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



Análisis de la recaudación de ingresos

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

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

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

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

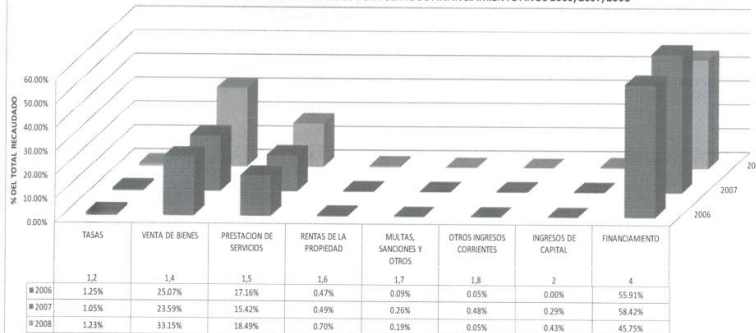


RESUMEN DE RECAUDACION DE INGRESOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO
AÑOS 2009 - 2010

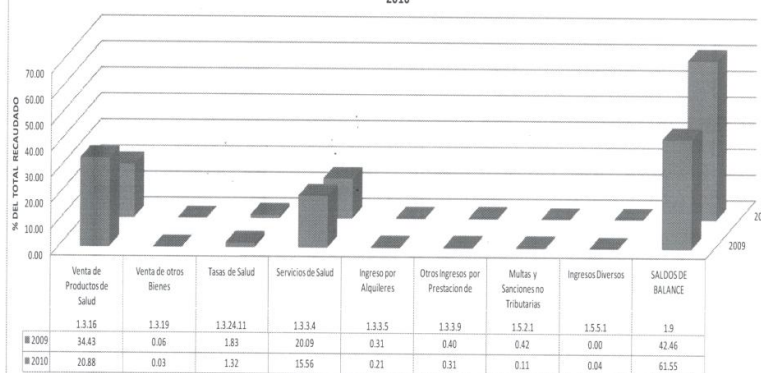
1. INGRESOS PRESUPUESTARIOS		ENERO-DIC	ENERO-SET
		2009	2010
1.3	VENTA DE BIENES Y SERVICIOS Y DERECHOS ADMINISTRATIVOS	2,284,619.59	1,424,677.05
1.3.16	Venta de Productos de Salud	1,377,059.46	776,516.55
1.3.16.12	Medicinas	1,377,059.46	776,516.55
1.3.19	Venta de otros Bienes	2,277.00	1,154.60
1.3.19.12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



RESUMEN DE RECAUDACION DE INGRESOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO AÑOS 2006, 2007, 2008



RESUMEN DE RECAUDACION DE INGRESOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO AÑOS 2009, TERCER TRIMESTRE 2010



2.2.8.- Infraestructura.

El área física del hospital pertenece a la beneficencia pública de Lima, tiene una extensión de 21 hectáreas, cuenta actualmente con 10 pabellones de hospitalización, un pabellón donde se atiende la consulta externa de adultos y salud mental comunitaria y otro donde se atiende la consulta externa de niños y adolescentes, uno donde se realiza la rehabilitación y terapia ocupacional además del pabellón de emergencia, en total 14 pabellones operativos para atención de pacientes, adicionalmente están los ambientes asignados para el sistema administrativo.

Los servicios de hospitalización y otros servicios aún se encuentra obsoleta, antigua, deteriorada en la mayoría de edificaciones, con una data de construcción de casi 90 años, es de material quincha y adobe primer piso, se caracterizan por ser de arquitectura antigua con techos altos que superan los 5 metros, las paredes por el tipo de diseño presenta un espesor de más de 40 cms, el pabellón más recientemente construido data de aproximadamente 50 años, lo que no permite una adecuada atención acorde con lineamientos actuales de atención en salud mental.

A pesar de las obras realizadas de acondicionamiento preventivo y correctivo, mantenimiento integral de pabellones de consulta externa de niños y adolescentes y consulta externa de adultos y salud metal comunitaria, pabellón nº 5 (pacientes de larga estancia – crónico), departamento de nutrición y dietética, Es prioritario para este año dar un mayor énfasis en mejorar nuestra infraestructura hospitalaria.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO**Saneamiento Físico Legal**

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

Dicha situación del terreno es una limitante para la implementación de los proyectos de inversión que se formulen como consecuencia de las prioridades establecidas en el Plan Maestro de Inversiones del Hospital.

Análisis del Terreno y su Entorno - Accesibilidad física

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

El Hospital Víctor Larco Herrera está ubicado en la Av. Pérez Aranibar N° 600, distrito de Magdalena del Mar en la ciudad de Lima, en un terreno con 21 hectáreas de extensión, (211,721.74 m2),

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



Sus linderos son los siguientes:

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

Plano de Ubicación



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

Antecedentes Históricos

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

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

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



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

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

Análisis y diagnóstico del Riesgo Funcional

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

Análisis de la Zonificación actual

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

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

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

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

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

El esquema muestra la zonificación actual.



⁵ Informe Instituto Nacional de Cultura

- Emergencia, con 24 camas de observación y 02 tópicos
- Apoyo al Diagnóstico (Laboratorios para pruebas básicas y Rayos X)
- Farmacia
- Medicina Física (para niños y adolescentes)
- Terapia Ocupacional (talleres de jardinería, manualidades, tejido, etc.)
- Administración
- Servicios Generales y de Mantenimiento
- Otros (Museo de Psiquiatría, Biblioteca, etc.)

Sistema Constructivo y Estado de Conservación

Los pabellones tienen una altura aproximada de 4.50 metros.

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

Estado de Conservación y Sistema Constructivo

Pabellón	Servicio	Estado de conservación	Materiales de Construcción			N° pisos
			Muro	Techo	Piso	
1	Consulta Externa	Regular	adobe	madera	loseta (cerámico en corredores)	1
	Laboratorios	Bueno			Cerámico	
	Rayos X Espera exterior	Malo Bueno	drywall	calamina	loseta cerámico	
2	Psicogeriatría	Regular	adobe	madera	loseta	1
3	Emergencia	Regular	adobe	madera	loseta	1
4	Hospitalización H	Regular/Malo	adobe	madera	loseta / cemento	1
	Capellanía					
5	Hospitalización M	Regular/ Malo	adobe	madera	loseta	1
	Pérgola central (Comedor)	Bueno	ladrillo	madera	cerámico	
	Hospitalización INPE	Regular	adobe	madera	loseta	
6	Depósitos	Malo	adobe	madera	loseta	2 (crujía central)
7	Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	Regular	Adobe/quinchina	madera	loseta	1
8	Geriatría (Aislado/depósito)	Regular	quincha ladrillo	madera calamina	loseta cemento	1
9	Hospitalización	Regular/ Malo	adobe	madera	loseta	1
10-11	Consulta Externa Niños y Adolescentes	Bueno/Regular	Ladrillo	Aligerado	cerámico/ loseta	1
	Admisión/Caja		Tabiques divisorios de madera ladrillo	calamina	cerámico	
12-13	Hospitalización H y M	Regular	Adobe	madera	loseta	1
	Comedor		drywall	madera	calamina	
14-15	Hospitalización agudos	Regular	ladrillo	aligerado	loseta	2
16-18	Hospitalización Adicciones	Bueno	ladrillo	aligerado	loseta	2
17	Talleres	Regular	adobe			1



	(Depósitos)		ladrillo	calaminòn	cemento	
20	Hospitalización M (Clínica)	Bueno	ladrillo	aligerado	Loseta/ cerámico	2
21	Cuna – Jardín (desocupado)	Malo	adobe/qui ncha	madera	parquet/ loseta	2
22	Museo de Psiquiatría (2° piso deshabilitado)	Regular	adobe/qui ncha	madera	loseta	2
23	Oficina Personal Central telefónica (Trámite doc.)	Regular/Malo	adobe/qui ncha	Madera (2º piso)	Loseta/ cerámico	2
		Regular	ladrillo madera	madera calamina	madera cemento cemento	1 1
24	Choferes Farmacia Cafetería	Regular	ladrillo	aligerado	loseta	1
25	Administración	Regular	adobe	madera	loseta	1 (altillos)
26	Velatorio	Regular				1
27-28	Cocina/ Nutrición	Bueno	adobe	madera/ yeso	cerámico	1
29	Biblioteca Epidemiología Imprenta (2ª piso desocupado)	Regular	adobe/qui ncha	madera	madera/ vinílico	2
30	Costura/ CAFAE	Malo	adobe	madera	loseta	1
31	Almacenes (2° piso desocupado)	Regular	adobe/qui ncha	madera	cemento madera	2
32	Lavandería/ Mantenimiento	Malo	adobe	madera/ calamina	cemento	1
33	Aulas UNMSM	Regular	ladrillo	aligerado		1
34	SS.GG. Talleres y Vestuarios	Malo	Adobe ladrillo	madera calamina	cemento	1
	Auditorio	Regular	ladrillo	concreto armado		
	Sindicato (ex Red)	Regular	ladrillo	aligerado		
	Archivo y Taller de carpintería	Malo	adobe	madera	cemento	2
	ex Comedor de Pacientes	Regular / malo los SSHH	ladrillo	calaminòn	cemento	1

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

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



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

Valor Patrimonial

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

El INC, mediante Resolución Directoral Nº 278/INC-DREPH-DPHCR de fecha 10 de Noviembre del 2009, adjunta en el Anexo, determina los sectores de intervención, según categorías de conservación y restauración, en concordancia con las cartas internacionales y las normas y reglamentos vigentes.

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

- Conservación y restauración, con grados de intervención 1, que permiten su adecuación a nuevo uso, siempre y cuando se conserve la integridad del inmueble, a fin de salvaguardar el Monumento en su integridad.
El grado de intervención 2 permite, además de lo indicado en el grado 1 la remodelación del su interior, siempre y cuando se mantengan las características del mismo
Los sectores asignados se consideran intangibles
- Revitalización y adecuación a nuevo uso, con grado de intervención 3, que permite realizar intervenciones en el inmueble, pudiendo incluso llegar a la liberación del sector asignado, siempre y cuando la obra se integre espacial y volumétricamente a la edificación.
- Remodelación y obra nueva, con grados de intervención 4 y 5, que permiten la demolición y obra nueva, siempre que ésta se integre al conjunto.

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

Las áreas que permiten ampliaciones e intervenciones totalizan el 45.75% del área de terreno, equivalente aproximadamente a 91,569.00 m².



Análisis de Vulnerabilidad y Riesgos del Hospital Víctor Larco**Vulnerabilidad por Localización**

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

Vulnerabilidad Funcional

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

Vulnerabilidad por Accesibilidad

El acceso mayoritario de público al Hospital Víctor Larco Herrera se realiza por la Av. Pérez Aranibar; vía que cuenta con la presencia de transporte público. El acceso al área de consulta de niños y adolescentes se da por la calle lateral; y al estar el Hospital en una zona residencial, no hay mayores problemas de inseguridad.

Vulnerabilidad Estructural y No Estructural

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

Vulnerabilidad respecto a los Elementos constructivos

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

Entre los componentes no estructurales para la evaluación correspondiente se tomarán los siguientes grupos: elementos arquitectónicos, equipamiento e instalaciones básicas.



Equipamiento, Materiales e Insumos.

El año 2009 se adquirió los bienes y equipos biomédicos, con la finalidad de dotar de los insumos y materiales necesarios para mejorar la prestación de los servicios de salud de los pacientes internos y externos.

BIENES Y EQUIPOS ADQUIRIDOS EN EL AÑO 2009

Nº	DENOMINACION	CANTIDAD
1	Carpeta de metal unipersonal	40
2	Casillero de metal locker	102
3	Refrigeradora eléctrica doméstica	03
4	Termas	17
5	Ventilador eléctrico para mesa	01
6	Ventilador eléctrico para techo	02
7	Aspiradora eléctrico	01
8	Plancha eléctrica	01
9	Cocina a gas	01
10	Hornos Microondas	05
11	Organo electrónico (farmacodependencia)	01
12	Piano (museo)	01
13	Coche metálico para transporte	02
14	Mesa de noche de madera - velador	04
15	Silla de ruedas metálica	19
16	Silla para niños	07
17	Termohigrometro	03
18	Esmeril eléctrico	03
19	Máquina de coser domestico	03
20	Armario de madera	13
21	Armario de metal	02
22	Banco de madera	25
23	Escritorio de madera	13
24	Estante de madera	31
25	Mesa de madera	31
26	Mesita de madera	18
27	Módulo de madera	26
28	Mostrador de madera	07
29	Ropero	02
30	Silla y sillón giratorio de metal	30
31	Sofá de madera	04
32	Tablero para avisos anuncios	10
33	Minicomponente	05
34	Televisor a colores	10
35	Caldero	01
36	Software	01
37	Banca de asientos múltiples	82
38	Tanque de polietileno para agua	01
39	Archivador de madera	33
40	Tensiómetro	14



41	Colchón inflable de bomba	02
42	Glocómetro	02
43	Camilla de metal	01
44	Coche metálico para curaciones	14
45	Balanza electrónica	01
46	Coches transportador de alimentos	02
47	Unidad central de proceso - CPU	20
48	Secadora de manos	14
49	Servidor	01
50	Lampara ultravioleta – infrarroja	01
51	Secadora de manos	37
52	Ventilador eléctrico para pared	05
53	Coches porta historias de metal	17
54	Refrigeradora eléctrica doméstica	01
55	Electrobomba	01
56	Mescladora de trompo	01
57	Triciclo	06
58	Cama de metal	297
59	Máquina cortadora de tela	01
60	Módulo de melanina	01
61	Amplificador de audio	01
62	Máquina de coser recta industrial	01
63	Mesa de noche de metal – velador	45
64	Pizarra acrílica	11
65	Silla fija de madera	74

Fuente: Oficina de Logística

BIENES Y EQUIPOS ADQUIRIDOS EN EL I SEMESTRE 2010

Nº	DENOMINACION	CANTIDAD
1	Amoladora	01
2	Silla de ruedas metálica	01
3	Cocina eléctrica	01
4	Balanza de precisión	01
5	Mesa de noche de metal – velador	60
6	Coche metálico para transporte	01
7	Porta suero metálico	02
8	Silla de ruedas metálica	09
9	Casillero de metal locker	71
10	Vitrina de metal	05
11	Cama Clínica metálica rodable	05
12	Coche transportador de alimentos	09
13	Silla plegable de metal	50
14	Cámara fotográfica digital	01
15	Martillo demoledor eléctrico	01
16	Caja fuerte	01
17	Sartén volcable	01

Fuente: Oficina de Logística



Según el área de patrimonio de la Oficina de Logística del Hospital, esta es la relación de bienes y equipos adquirido en el I semestre 2010, se encuentran programado en el plan anual de adquisiciones y en el cuadro de necesidades de las Oficinas y/o unidades orgánicas correspondientes.

2.3 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

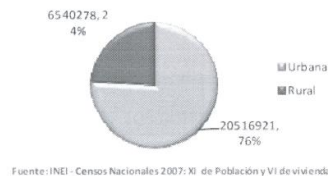
2.3.1.- Agua y Saneamiento.

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

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

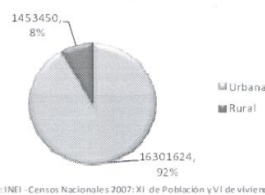
Los que no usan el agua de la red pública se clasifican en: abastecimiento de pilón de uso público, camión cisterna, pozo, río acequia o manantial, del vecino y otros.

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



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

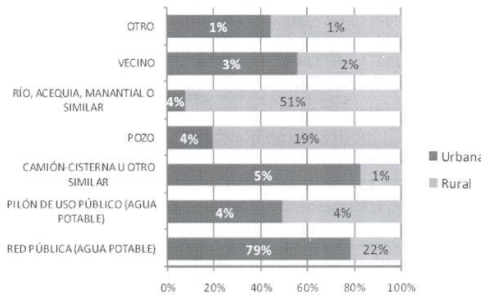
Viviendas Ocupadas con abastecimiento de Agua de Red Pública, Perú: 2007



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

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

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



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



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

En el trimestre móvil de referencia, el ingreso promedio mensual de los trabajadores de Lima Metropolitana se situó en 1056,0 nuevos soles corrientes, superior en 7,0% a lo registrado en similar trimestre móvil del año anterior. El ingreso de los hombres llegó a 1241,4 nuevos soles, superior en 10,2% comparado con el ingreso a similar trimestre móvil del año anterior. El ingreso de las mujeres alcanzó 812,6 nuevos soles, incrementándose en 1,4%.

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

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

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

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

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

Población Económicamente Activa, según condición de ocupación.

En el trimestre analizado enero-febrero-marzo del 2009, el 92,3% de la PEA urbana del país, tenían un empleo; mientras que el 7,7% se encuentran desocupados pero buscando empleo.

Es decir, que de cada 100 personas que conforman la PEA, 92 estuvieron realizando actividades productivas y 8 se encontraban buscando empleo.

Comparado con similar trimestre del año anterior, la PEA ocupada disminuyó en 0,6 punto porcentual; mientras que la PEA desocupada aumentó en 0,6 punto porcentual.



Perú Urbano: Población Económicamente Activa por condición de ocupación
 Año: 2000 - 2008 y Trimestre: 2007 - 2009
 (Porcentaje respecto del total de la PEA urbana de 14 y más años de edad)

Año / Trimestre	Condición de ocupación		
	Total	Ocupado	Desocupado
Indicadores Anuales			
2000	100,0	93,6	6,4
2001	100,0	92,9	7,1
2002	100,0	92,3	7,7
2003	100,0	92,8	7,2
2004	100,0	92,6	7,4
2005	100,0	92,5	7,5
2006	100,0	93,6	6,4
2007	100,0	93,7	6,3
2008	100,0	94,0	6,0
Indicadores Trimestrales			
2007			
Ene-Feb-Mar	100,0	91,4	8,6
Abr-May-Jun	100,0	93,8	6,2
Jul-Ago-Set	100,0	94,8	5,2
Oct-Nov-Dic	100,0	95,1	4,9
2008			
Ene-Feb-Mar	100,0	92,9	7,1
Abr-May-Jun	100,0	93,9	6,1
Jul-Ago-Set	100,0	94,4	5,6
Oct-Nov-Dic	100,0	94,7	5,3
2009			
Ene-Feb-Mar	100,0	92,3	7,7
Variación Absoluta (Puntos porcentuales)			
Ene-Feb-Mar 09 /			
Ene-Feb-Mar 08		-0,6	0,6

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2000 - 2009.

Tasa de Actividad Económica

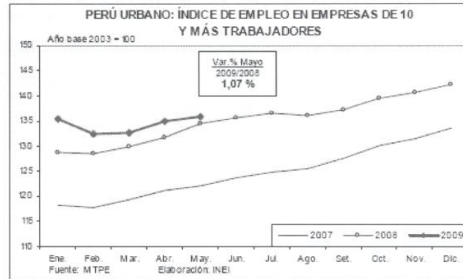
De acuerdo con esta definición y los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares del trimestre enero-febrero-marzo del 2009, la participación de la fuerza de trabajo de los residentes del área rural (84,5%) es mayor a la participación de los residentes del área urbana (73,0%) y a los residentes de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



VII. INDICADORES DE EMPLEO

Año base 2003 = 100

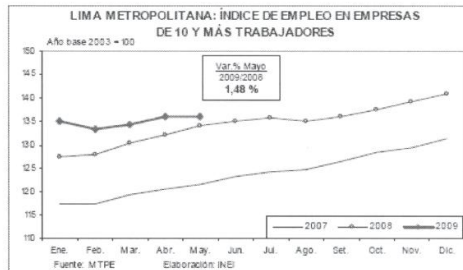
Mes	2007	2008	2009	Var. % 2009/2008
Ene.	116,3	126,7	135,4	5,21
Feb.	117,8	126,5	132,3	2,93
Mar.	119,4	129,8	132,8	2,16
Abr.	121,2	131,8	134,9	2,35
May.	122,2	134,4	135,8	1,07
Jun.	123,8	135,5		
Jul.	124,9	136,5		
Ago.	125,6	136,0		
Set.	127,6	137,1		
Oct.	130,1	139,5		
Nov.	131,5	140,7		
Dic.	133,6	142,2		



Año base 2003 = 100

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

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

**Desempleo.**

En el trimestre móvil de referencia, el desempleo afectó al 8,5% de la PEA de Lima Metropolitana lo que equivale a 382 mil 700 personas, comparado con similar trimestre del año anterior, la población desempleada que busca activamente un empleo aumentó en 8,9% (31 mil 200 personas).

El desempleo afectó al 11,0% de la PEA femenina y al 6,4% de la masculina. Comparado con similar trimestre del 2008, la PEA masculina desempleada aumentó en 4,6% (6 mil 800 personas) y la femenina en 12,1% (24 mil 400 personas). Del total de la población desempleada, el 41,1% (157 mil 200) son hombres y el 58,9% (225 mil 500 personas) son mujeres.

De acuerdo a la edad, el desempleo fue mayor en la PEA joven (14 a 24 años de edad), en este trimestre móvil de análisis que alcanzó al 17,4%. Entre la PEA de 25 a 44 años de edad y entre quienes tienen de 45 y más años de edad, la tasa de desempleo se situó en 6,4% y 4,4%, respectivamente.

Comparado con igual trimestre móvil del año anterior, según edad, la población desempleada de 45 y más años de edad disminuyó en 18,8%; mientras que aumentó en la población de 14 a 24 años de edad en 22,9% y entre los que tienen de 25 a 44 años de edad en 5,3%.



Lima Metropolitana: PEA desempleada y tasa de desempleo, según sexo y grupos de edad
Trimestre móvil: Abr-May-Jun08- Abr-May-Jun09

Sexo / grupos de edad	Abr-May Jun-08		Abr-May Jun-09		Variación (%)
	Cifras absolutas (Miles de personas)	Tasa de desempleo (%)	Cifras absolutas (Miles de personas)	Tasa de desempleo (%)	
Total	351,5	7,9	382,7	8,5	8,9
Hombre	150,4	6,1	157,2	6,4	4,6
Mujer	201,1	10,1	225,5	11,0	12,1
Grupos de edad					
De 14 a 24 años	149,4	13,8	183,5	17,4	22,9
De 25 a 44 años	145,2	6,2	152,9	6,4	5,3
De 45 y más años	57,0	5,5	46,3	4,4	-18,8

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

2.3.3.- Medio Ambiente.

**Perú: Superficie por Región Natural, Superficie
Deforestada y Reforestada, 2007
(Hectáreas)**

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

1/ Información generada por IBREHA - COHAM (PROCLIM) en el año 2000 y publicada en el año 2005. Imágenes utilizadas LAHDSAT - ETM, escala de trabajo 1:100000.

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

FENÓMENOS NATURALES Y ANTRÓPICOS: 2005 - 2007

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

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

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



2.3.4.- Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.

Población con algún problema de salud crónico y no crónico.

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

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

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

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

Atención en Salud

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

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

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

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



Perú: Población que buscó atención de salud por algún tipo de problema de salud crónico y no crónico

Año: 2004 - 2008 y Trimestre: 2007 - 2009

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

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

1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, neumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, coledosis, etc) o males crónicos.
2/ Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta.
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2004 - 2009.

2.3.5.- Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Población beneficiada con algún tipo de programa alimentario

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

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



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

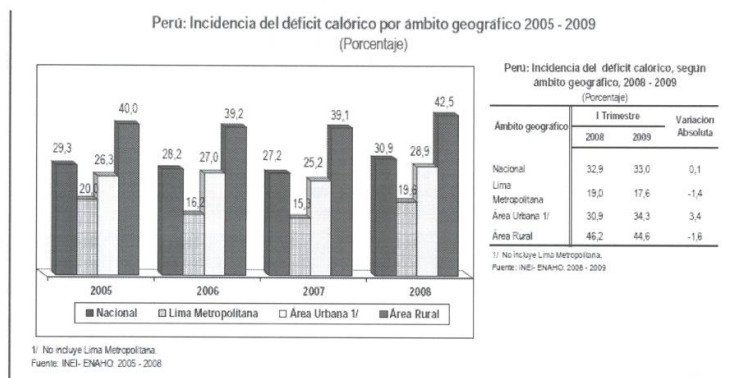
Año / Trimestre	Población beneficiada algún programa	Grupos de edad			
		De 0 a 17 años de edad	De 18 a 29 años de edad	De 30 a 59 años de edad	De 60 y más años de edad
Indicadores Anuales					
2001	18,6	35,6	5,7	6,1	12,4
2002	18,8	35,1	6,3	7,1	14,8
2003	19,2	37,5	5,0	6,1	17,0
2004	18,5	37,1	4,1	5,5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

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

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

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





2.3.6.- Educación

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

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

Tasa de asistencia escolar

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

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

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



En el Área Rural, en el mes de marzo del 2009, la tasa de asistencia escolar de la población de 3 a 16 años de edad, llegó a 50,5%, siendo inferior en 13,2 puntos porcentuales que el promedio nacional (63,7%). Al analizar según sexo, se observa una mayor tasa de asistencia escolar en las mujeres (50,7%) que en los hombres (50,2%). Comparando con el nivel de asistencia escolar en similar mes del año anterior, en los hombres aumentó en 23,7 puntos porcentuales y en las mujeres en 23,5 puntos porcentuales.

Perú: Tasa de asistencia escolar de 3 a 16 años de edad por sexo
Año: 2000 - 2008 y Trimestre: 2007 - 2009
(Porcentaje respecto del total de la población de 3 a 16 años de edad)

Año / Trimestre	Nacional			Lima Metropolitana			Área Urbana 1/			Área Rural		
	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer
Indicadores Anuales												
2000	84,4	83,9	84,9	87,0	87,9	86,1	87,4	85,9	88,8	80,6	80,2	81,1
2001	85,0	85,6	84,5	88,8	88,7	88,9	87,7	87,7	87,8	80,7	82,1	79,3
2002	85,2	85,6	84,8	89,5	89,5	89,5	88,7	88,6	88,7	79,8	80,6	76,9
2003	86,5	87,6	85,4	92,1	93,4	90,9	90,1	90,9	89,3	80,5	81,9	79,0
2004	85,1	85,2	84,9	90,2	88,7	91,8	89,5	89,5	89,5	78,5	79,7	77,3
2005	84,9	85,5	84,3	85,3	86,8	84,0	89,6	88,7	90,5	80,9	82,2	79,5
2006	87,2	87,8	86,6	93,3	93,4	93,1	90,5	90,0	91,0	81,2	82,7	79,6
2007	88,4	88,6	88,1	92,6	91,8	93,4	90,6	90,8	90,3	84,2	85,0	83,4
2008	88,5	88,6	88,3	93,6	94,2	93,0	90,0	89,7	90,3	84,5	84,8	84,1
Indicadores Trimestrales												
2007												
Abr-May-Jun	89,0	89,0	89,1	92,6	89,7	95,7	92,8	93,8	91,6	84,3	84,8	83,8
Jul-Ago-Set	88,1	88,6	87,7	92,0	91,5	92,6	88,8	87,9	89,6	85,4	87,6	83,2
Oct-Nov-Dic	86,3	86,7	85,9	90,7	91,7	89,9	87,2	87,9	86,5	83,1	83,0	83,2
2008												
Marzo	41,8	42,1	41,5	65,4	69,8	60,8	45,4	44,5	46,4	26,9	26,5	27,2
Abr-May-Jun	89,0	89,0	89,0	94,5	94,2	94,9	92,3	92,0	92,6	83,5	84,1	82,9
Jul-Ago-Set	89,1	89,1	89,2	93,5	94,2	92,7	90,6	90,5	90,7	85,6	85,1	86,0
Oct-Nov-Dic	87,8	88,2	87,4	92,9	94,4	91,4	88,1	87,6	88,7	84,8	85,4	84,1
2009												
Marzo	63,7	62,9	64,5	76,7	74,8	78,9	70,8	70,2	71,4	50,5	50,2	50,7
Variación Absoluta (Puntos porcentuales)												
Mar 09 / Mar 08	21,9	20,8	23,0	11,3	5,0	18,1	25,4	25,7	25,0	23,6	23,7	23,5

Nota: Las actuales estimaciones de los indicadores provenientes de las encuestas de hogares, reposan sobre una distribución de la población urbana/rural proveniente del Censo de Población de 1993. Para subsanar esto, el INEI viene trabajando en las nuevas proyecciones de población que reflejen la nueva composición de la población urbana y rural del país.
1/ No incluye Lima Metropolitana.
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2000 - 2009.



2.4 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.

Problemas Identificados	Problemas Priorizados	Objetivos Generales
<p>Alto índice de indigencia en los pacientes que se encuentra hospitalizados que requieren ser ubicados dentro de programas sociales intra e interhospitalarios, como los hogares protegidos.</p> <p>Existencia de demanda insatisfecha de mujeres en el departamento de adicciones y las nuevas patologías que requieren atención urgente y central.</p> <p>Priorizar las intervenciones de promoción, prevención y tratamientos de los desórdenes psiquiátricos y de salud mental para construir los estilos de vida y entornos saludables en nuestra comunidad, trastornos como : Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo, en consultas externas, emergencia y hospitalización.</p> <p>Necesidad urgente del Saneamiento legal del Hospital</p> <p>Necesidad de mejorar la oferta de servicio de salud (Capacidad Resolutiva Asistencial, instrumentos de gestión operativa y administrativa, potenciación y desarrollo de los Recursos Humanos, en beneficio de la población en general, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, a través de programas de atención integral.</p> <p>Creciente demanda de atención de Trastornos Emocionales de comienzo específico en la niñez y Trastornos Hiperquinéticos en el</p>	<p>Existencia de demanda insatisfecha de mujeres en el departamento de adicciones y las nuevas patologías que requieren atención urgente y central.</p> <p>Priorizar las intervenciones de promoción, prevención y tratamientos de los desórdenes psiquiátricos y de salud mental para construir los estilos de vida y entornos saludables en nuestra comunidad, trastornos como : Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo, en consultas externas, emergencia y hospitalización.</p> <p>Necesidad de mejorar la oferta de servicio de salud (Capacidad Resolutiva Asistencial, instrumentos de gestión operativa y administrativa, potenciación y desarrollo de los Recursos Humanos, en beneficio de la población en general, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, a través de programas de atención integral.</p> <p>Creciente demanda de atención de Trastornos Emocionales de comienzo específico en la niñez y Trastornos Hiperquinéticos en el departamento de niños y adolescentes.</p> <p>Necesidad de habilitar formas de atención para nuevas necesidades tales como hospitalización para personas con retardo mental y</p>	<p>1.- Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no transmisibles, fortaleciendo el sistema de vigilancia, control epidemiológico y salud ambiental relacionados con la salud mental, a través de la prevención y el control priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad</p> <p>2.- Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento del sistema descentralizado de atención integral especializado en salud mental y mejorando la intervención y control sanitario priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza</p> <p>3.- Mejorar la oferta de prestación de servicios de salud altamente especializados en salud mental y psiquiatría, que responda a reducir los trastornos y/o lesiones contra la salud originados por factores externos mediante una atención integral de salud, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a la población en pobreza y extrema pobreza.</p> <p>4.- Mejorar el rol de rectoría y conducción de la institución a través de mecanismos eficientes y de calidad de</p>



<p>departamento de niños y adolescentes.</p> <p>Necesidad de habilitar formas de atención para nuevas necesidades tales como hospitalización para personas con retardo mental y atención eficaz y eficiente de las nuevas patologías.</p> <p>Riesgo de rechazo y abandono familiar a pacientes psiquiátricos.</p> <p>Falta fortalecer el recurso físico como apoyo infraestructural.</p> <p>En el servicio de adicciones no existe un programa de desintoxicación fundamentalmente por la carencia de médicos y otros especialistas en la materia.</p> <p>No se cuenta con ambientes para psiquiatría forense falta el equipamiento y los recursos humanos.</p> <p>Relativa demanda insatisfecha para las visitas domiciliarias y el traslado de pacientes a su domicilio, por no contar con las unidades de transporte suficiente y debido a la reducción de combustible, para realizar los trabajos encomendados y el seguimiento del tratamiento de los pacientes regresen a ser hospitalizados producto de la interrupción del tratamiento farmacológico.</p> <p>Persistencia de citas prolongadas de pacientes en algunos servicios finales.</p> <p>En Salud Mental Comunitaria este presenta limitaciones para</p>	<p>atención eficaz y eficiente de las nuevas patologías.</p> <p>Riesgo de rechazo y abandono familiar a pacientes psiquiátricos.</p> <p>Falta fortalecer el recurso físico como apoyo infraestructural.</p> <p>En el servicio de adicciones no existe un programa de desintoxicación fundamentalmente por la carencia de médicos y otros especialistas en la materia.</p> <p>No se cuenta con ambientes para psiquiatría forense falta el equipamiento y los recursos humanos.</p> <p>Relativa demanda insatisfecha para las visitas domiciliarias y el traslado de pacientes a su domicilio, por no contar con las unidades de transporte suficiente y debido a la reducción de combustible, para realizar los trabajos encomendados y el seguimiento del tratamiento de los pacientes regresen a ser hospitalizados producto de la interrupción del tratamiento farmacológico.</p> <p>Persistencia de citas prolongadas de pacientes en algunos servicios finales.</p> <p>En Salud Mental Comunitaria este presenta limitaciones para el desarrollo de las actividades programadas, las cuales son: Falta de un equipo permanente de profesionales en dicha área para desarrollar las actividades de manera integral.</p> <p>Falta de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los</p>	<p>gestión en la organización institucional.</p>
--	---	--



<p>el desarrollo de las actividades programadas, las cuales son: Falta de un equipo permanente de profesionales en dicha área para desarrollar las actividades de manera integral.</p> <p>Falta de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos hospitalarios.</p> <p>Cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas que produce una gran cantidad de años de vida perdidos por discapacidad.</p> <p>Prevalencia de tendencias violentas es del 30.2% de la población encuestada (entre 18 y 91 años).</p> <p>Violencia contra la mujer problema de salud pública requieren atención prioritaria.</p> <p>El sistema de Agua, Desagüe y Alcantarillado se encuentra en estado crítico a punto de colapsar debido a la antigüedad de su infraestructura.</p> <p>Retraso en los proyectos de inversión debido a instituciones públicas que atrasan su desarrollo (INC).</p>	<p>equipos hospitalarios.</p> <p>Cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas que produce una gran cantidad de años de vida perdidos por discapacidad.</p> <p>Violencia contra la mujer problema de salud pública requieren atención prioritaria.</p> <p>El sistema de Agua, Desagüe y Alcantarillado se encuentra en estado crítico a punto de colapsar debido a la antigüedad de su infraestructura.</p> <p>Retraso en los proyectos de inversión debido a instituciones públicas que atrasan su desarrollo (INC).</p> <p>Necesidad urgente del Saneamiento legal del Hospital</p>	
---	--	--




Matriz de Articulación de Problemas y Objetivos Generales

Identificación de Problemas	Objetivos Generales POA 2011	Objetivos Específicos
<p>Alto índice de indigencia en los pacientes que se encuentra hospitalizados que requieren ser ubicados dentro de programas sociales intra e interhospitalarios, como los hogares protegidos.</p> <p>Existencia de demanda insatisfecha de mujeres en el departamento de adicciones y las nuevas patologías que requieren atención urgente y central.</p> <p>Priorizar las intervenciones de promoción, prevención y tratamientos de los desórdenes psiquiátricos y de salud mental para construir los estilos de vida y entornos saludables en nuestra comunidad, trastornos como: Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo, en consultas externas, emergencia y hospitalización.</p> <p>Necesidad urgente del Saneamiento legal del Hospital</p> <p>Necesidad de mejorar la oferta de servicio de salud (Capacidad Resolutiva Asistencial, instrumentos de gestión operativa y administrativa, potenciación y desarrollo de los Recursos Humanos, en beneficio de la población en general, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, a través de programas de atención integral.</p> <p>Excesiva demanda de atención de Trastornos Emocionales de</p>	<p>1.- Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no transmisibles, fortaleciendo el sistema de vigilancia, control epidemiológico y salud ambiental relacionados con la salud mental, a través de la prevención y el control, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad</p> <p>2.- Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento del sistema descentralizado de atención integral especializado en salud mental y mejorando la intervención y control sanitario priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza</p>	<p>1.1 Fortalecer el sistema de vigilancia y eventos de salud mental y del medio ambiente.</p> <p>1.2 Proporcionar un óptimo estado de limpieza y sanitización para garantizar la bioseguridad de nuestro hospital.</p> <p>1.3 Apoyar el proceso de formación de los recursos humanos en las áreas de nuestras competencias, estimular y regular la investigación científica en la institución.</p> <p>1.4 Reducción de la Morbilidad por Enfermedades no Transmisibles Salud Mental (Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo).</p> <p>2.1 Mejorar las atenciones dentro de los horarios establecidos en consultorios externos y ambulatorio.</p> <p>2.2 Lograr una mejor resolución en emergencias psiquiátricas.</p> <p>2.3 Mejorar los procesos de estancias/ pacientes en el departamento de hospitalización.</p> <p>3.1 Brindar al paciente psiquiátrico una atención integral, continua y de calidad.</p> <p>3.2 Brindar cuidado de enfermería especializada y de alta calidad técnica y científica al paciente, familia y comunidad.</p> <p>3.3 Implementar medidas de bioseguridad en los servicios de enfermería.</p> <p>3.4 Unificar los proyectos y</p>



<p>comienzo específico en la niñez y Trastornos Hiperquinéticos en el departamento de niños y adolescentes.</p> <p>Necesidad de habilitar formas de atención para nuevas necesidades tales como hospitalización para personas con retardo mental y atención eficaz y eficiente de las nuevas patologías.</p> <p>Riesgo de rechazo y abandono familiar a pacientes psiquiátricos.</p> <p>Falta fortalecer el recurso físico como apoyo infraestructural.</p> <p>En el servicio de adicciones no existe un programa de desintoxicación fundamentalmente por la carencia de médicos y otros especialistas en la materia.</p> <p>No se cuenta con ambientes para psiquiatría forense falta el equipamiento y los recursos humanos.</p> <p>Relativa demanda insatisfecha para las visitas domiciliarias y el traslado de pacientes a su domicilio, por no contar con las unidades de transporte suficiente y debido a la reducción de combustible, para realizar los trabajos encomendados y el seguimiento del tratamiento de los pacientes regresen a ser hospitalizados producto de la interrupción del tratamiento farmacológico.</p> <p>Persistencia de citas prolongadas de pacientes en algunos servicios finales.</p>	<p>3.- Mejorar la oferta de prestación de servicios de salud altamente especializados en salud mental y psiquiatría, que responda a reducir los trastornos y/o lesiones contra la salud originados por factores externos mediante una atención integral de salud, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a la población en pobreza y extrema pobreza.</p>	<p>sincronizar las actividades con los otros servicios asistenciales.</p> <p>3.5 Brindar una rehabilitación integral a los pacientes crónicos y con problemas psicosociales.</p> <p>3.6 Brindar prevención y tratamiento a pacientes con problemas de consumo de sustancias.</p> <p>3.7 Brindar atención integral individualizada en la alimentación, con un adecuado balance a nuestros beneficiarios.</p> <p>3.8 Garantizar una atención oportuna eficaz y eficiente en los exámenes auxiliares de laboratorio, radiología.</p> <p>3.9 Atención con equidad a la población sujeta de atención.</p> <p>3.10 Optimizar el proceso de atención acorde a la necesidad del usuario.</p> <p>3.11 Inclusión y mantenimiento de la persona con discapacidad mental en su medio socio familiar.</p> <p>3.12 Implementación de modelos de trabajo social basados en su competencia.</p> <p>3.13 Fortalecer la promoción de la salud mental y las acciones en la comunidad.</p> <p>3.14 Elaborar programas de promoción y prevención.</p> <p>3.15 Promover la atención psicológica en el paciente y la familia en el servicio de emergencia.</p> <p>3.16 Diseñar programas de capacitación para los recursos humanos del departamento de psicología.</p> <p>3.17 Mejorar adecuadamente la demanda de las evaluaciones psicológicas y las atenciones especializadas en los servicios de consulta ambulatoria, psiquiatría, adicciones y</p>
--	--	---



<p>En Salud Mental Comunitaria este presente limitaciones para el desarrollo de las actividades programadas, las cuales son: Falta de un equipo permanente de profesionales en dicha área para desarrollar las actividades de manera integral.</p> <p>Falta de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos hospitalarios.</p> <p>Cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas que produce una gran cantidad de años de vida perdidos por discapacidad.</p> <p>Prevalencia de tendencias violentas es del 30.2% de la población encuestada (entre 18 y 91 años).</p> <p>Violencia contra la mujer problema de salud pública requieren atención prioritaria.</p> <p>El sistema de Agua, Desagüe y Alcantarillado se encuentra en estado crítico a punto de colapsar debido a la antigüedad de su infraestructura.</p> <p>Retraso en los proyectos de inversión debido a instituciones públicas que atrasan su desarrollo (INC).</p> 	<p>4.- Mejorar el rol de rectoría y conducción de la Institución a través de mecanismos eficientes y de calidad de gestión en la organización institucional.</p>	<p>recuperación y reinserción socio familiar.</p> <p>3.18 Fortalecer las actividades psicoterapéuticas cognitivas conductuales, terapia familiar y de pareja.</p> <p>3.19 Suministrar medicamentos e insumos, mejorando el uso racional de medicamentos en el paciente.</p> <p>4.1 Cautelar la legalidad, uso eficiente, eficaz y económico de los recursos del estado y sus operaciones.</p> <p>4.2 Conducir el planeamiento y presupuesto institucional.</p> <p>4.3 Promover el desarrollo Integral del Potencial Humano y la profesionalización de la Gestión de los Recursos Humanos.</p> <p>4.4 Mejorar el proceso de admisión en consulta externa y hospitalización y presentación de informes estadísticos.</p> <p>4.5 Reportar un sistema moderno (red estructurada) de comunicaciones de red (datos, voz y video), administrativo de software y llevar a cabo el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo.</p> <p>4.6 Desarrollar un sistema de ordenamiento del acervo documentario.</p> <p>4.7 Proponer y promover la integración de un sistema de información institucional vinculado e integrado interna como externa.</p> <p>4.8 Lograr una Información Financiera y Presupuestal, oportuna y confiable para la toma de decisiones.</p> <p>4.9 Brindar asesoramiento a la dirección general en asuntos de carácter técnico legal,</p>
---	--	--

		<p>absolviendo las consultas que le sean formuladas por los diferentes órganos de la institución.</p> <p>4.10 Mejorar y posicionar la imagen del hospital ante las instituciones del sector y entidades públicas y privadas.</p> <p>4.11 Lograr la satisfacción de forma eficiente y eficaz en las necesidades del hospital.</p> <p>4.12 Promover, sensibilizar, asesorar, implementar y supervisar la aplicación del sistema de gestión de la calidad para mejorar el sistema de atención del usuario externo e interno.</p> <p>4.13 Mantener en adecuado estado y funcionalidad toda infraestructura de nuestro hospital.</p> <p>4.14 Mantener en adecuado estado de funcionamiento el equipamiento biomédico, maquinaria de la unidad e lavandería y departamento de nutrición y casa fuerza.</p>
--	--	--



III OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2011

Los objetivos generales trazados en el POA expresan la solución a los problemas identificados y priorizados en el análisis situacional.

Asimismo expresa el tiempo que debe realizarse el planteamiento del resultado esperado al concluir la ejecución del Plan Operativo.

Sin embargo, dado que los problemas de las instituciones públicas responden a un contexto político, social y económico y cultural, la solución de estos corresponde a acciones asumidas por el sector como políticas de estado.

En tal sentido los objetivos generales del Presente Plan Operativo contribuyen a alcanzar los Objetivos Generales del Sector para el Ejercicio Fiscal 2011.



IV PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES



Plan Operativo Año 2011

"Hospital Especializado "Victor Larco Herrera"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 157 - MINSAGOPP V.02
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACION, SEGUIMIENTO, EVALUACION, REPROGRAMACION Y REFORMULACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL DEL PLIEGO 011 -
 MINISTERIO DE SALUD
 MATRIZ N° 1-B
 VALORACION POR OBJETO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO ANUAL
 DENOMINACION: Hospital Especializado "Victor Larco Herrera"

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL 2011 PLIEGO 011 - MINSA	COD	OBJETIVOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA	COD	FUENTE DE FINANCIAMIENTO				PRESUPUESTO ASIGNADO (S/.)	% POR OBJETIVOS
				RO	RDR	DyT	OTROS		
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no transmisibles, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con enfoque de género e interculturalidad, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	O.G. 1	Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no transmisibles, fortaleciendo el sistema de vigilancia, control epidemiológico y salud pública, así como la atención integral de salud de la población mas vulnerable con enfoque de equidad de género e interculturalidad.	O.G. 1	S/ 5.549.553	S/ 22.460			S/ 5.572.013	14%
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades transmisibles mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con enfoque de género e interculturalidad, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	O.G. 2	Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento del sistema descentralizado de atención integral especializada en salud mental y mejorando la intervención y control sanitario priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	O.G. 2	S/ 14.049.645	S/ 280.150			S/ 14.329.795	35%
Contribuir en la reducción de los trastornos y/o lesiones originados por factores externos, mediante una atención integral de salud, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con enfoque de género e interculturalidad, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	O.G. 3	Mejorar la oferta de prestación de servicios de salud alivianando el impacto de la salud mental y psiquiatría, que responde a reducir las lesiones contra la salud originadas por factores externos mediante una atención integral de salud, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a la población en pobreza y extrema pobreza.	O.G. 3	S/ 6.453.790	S/ 2.646.520			S/ 9.100.310	22%
Fortalecer el ejercicio de la rectoría a través de la optimización de los procesos de gestión administrativa y servicios de salud, enfatizando en la mejora de la gestión institucional en función a resultados, en el nivel de descentralización y descentralización del estado.	O.G. 4	Mejorar el rol de rectoría y conducción de la institución a través de la optimización de la gestión en la organización institucional.	O.G. 4	S/ 7.190.668	S/ 277.230			S/ 7.467.898	18%
SUB - TOTAL				S/ 33.243.656	S/ 3.226.360			S/ 36.470.016	90%
Pago de Pensiones al Personal Cesante (Planilla)				S/ 3.986.520				S/ 3.986.520	10%
TOTAL				S/ 37.230.176	S/ 3.226.360			S/ 40.456.536	100%

En el Objeto N° 4 se incluye el Pago de Pensiones y otras prestaciones sociales porque le corresponde a los pensionistas algunas asistencias y/o servicios

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACION, SEGUIMIENTO, EVALUACION, REPROGRAMACION Y REFORMULACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL DEL PLEGO 011 - MINISTERIO DE SALUD

PROCESAMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS ARTICULADAS A LA PSP

OBJETIVO GENERAL (CO1)

Contribuir en la distribución y gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros y sistemas de vigilancia, control epidemiológico y salud ambiental relacionados con la salud mental, a través de la prevención y el control, priorizando a la población más vulnerable con enfoque de equidad y sostenibilidad.

OBJETIVO ESPECIFICO	COD	ACTIVIDADES OPERATIVAS	COD	META INDIC OPERATIVA		META Y CONSISTENCIA DE PROGRAMACION						META INDIC OPERATIVA - RECURSOS/HUMANIA	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	REQUISITO/INDICADOR	D.P.T	OTRO	RESPONSABILIDAD
				INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA							
Favorecer el desarrollo de la vigilancia y el control de la salud mental y del medio ambiente.	CE	Gestión de actividades de vigilancia epidemiológica	A.1.1.1	Reuniones Técnicas	Medición	1,511	287	286	288	287	287	Vigilancia y Control de Salud Mental	1,200	S/ 38 314	S/ 31 834	S/ 2 340		Oficina de Salud Ambiental y Salud Mental
			A.1.1.2	Charlas Talleres	Docencia	31	8	7	8	8	8	Vigilancia y Control de Salud Mental	1,200	S/ 38 314	S/ 31 834	S/ 2 340		Oficina de Salud Ambiental y Salud Mental
			A.1.1.3	Socialización	Documentos	34	8	9	8	9	9	Vigilancia y Control de Salud Mental	1,200	S/ 38 314	S/ 31 834	S/ 2 340		Oficina de Salud Ambiental y Salud Mental
			A.1.1.4	Asesoramiento de la población	Documentos	44	11	11	10	12	12	Vigilancia y Control de Salud Mental	1,200	S/ 38 314	S/ 31 834	S/ 2 340		Oficina de Salud Ambiental y Salud Mental
Promover un ambiente de trabajo seguro y saludable en el Hospital	CE	Mantenimiento y mejoramiento de las instalaciones físicas y ambientales de los servicios de salud	A.1.2.1	Mantenimiento y mejoramiento de las instalaciones físicas y ambientales de los servicios de salud	Acción (externo)	12	3	3	3	3	3	Acción de servicios de apoyo	12	S/ 5 315 207	S/ 5 308 827	S/ 18 380		Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
			A.1.2.2	Limpieza y mantenimiento de las instalaciones físicas y ambientales de los servicios de salud	Acción (externo)	12	3	3	3	3	3	Acción de servicios de apoyo	12	S/ 5 315 207	S/ 5 308 827	S/ 18 380		Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Apoyar el proceso de desarrollo de la salud mental en las comunidades, promoviendo la participación ciudadana y la investigación científica.	CE	Programa, cumplir y realizar las actividades de proyectos que involucran a universidades públicas y privadas, así como a la comunidad en general, a través de actividades de investigación y desarrollo científico, tecnológico y de innovación.	A.1.3.1	Convencios y Reuniones	Documento	16	4	4	4	4	4	Charlas de salud mental y actividades de investigación	15	S/ 28 840	S/ 27 100	S/ 1 340		Oficina de Atención e Investigación
			A.1.3.2	Seguimiento de proyectos de investigación	Proyectos de investigación	15	3	4	4	4	4	4	Charlas de salud mental y actividades de investigación	15	S/ 28 840	S/ 27 100	S/ 1 340	
Promover la salud mental en la población	CE	Talleres de Promoción de Salud Mental	A.1.4.1	Talleres de Promoción de Salud Mental	Proyectos de investigación	15	3	4	4	4	4	Charlas de salud mental y actividades de investigación	15	S/ 28 840	S/ 27 100	S/ 1 340		Oficina de Atención e Investigación
			A.1.4.2	Asesoramiento del Comandante en Jefe de la División de Promoción	Asesoramiento del Comandante en Jefe de la División de Promoción	15	3	4	4	4	4	Charlas de salud mental y actividades de investigación	15	S/ 28 840	S/ 27 100	S/ 1 340		Oficina de Atención e Investigación
			A.1.4.3	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	60	15	15	15	15	15	Proyectos de investigación que se realicen en coordinación con las unidades de salud mental y servicios de atención o promoción	60	S/ 128 792	S/ 128 792	S/ 22 460		Oficina de Atención e Investigación
			A.1.4.4	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	60	15	15	15	15	15	Proyectos de investigación que se realicen en coordinación con las unidades de salud mental y servicios de atención o promoción	60	S/ 128 792	S/ 128 792	S/ 22 460		Oficina de Atención e Investigación
			A.1.4.5	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	Asesoramiento de Salud Transversal y Atención Integral y Promoción de Salud	60	15	15	15	15	15	Proyectos de investigación que se realicen en coordinación con las unidades de salud mental y servicios de atención o promoción	60	S/ 128 792	S/ 128 792	S/ 22 460		Oficina de Atención e Investigación

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 157 - MINSALIOGPP V.02
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, REPROGRAMACIÓN Y REFORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL DEL PLIEGO 011 - MINISTERIO DE SALUD

MATRIZ Nº 2.A

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS ESTRATÉGICOS 2011

DENOMINACION: Hospital Especializado "Victor Larco Herrera"
 PROGRAMA ESTRATÉGICO: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

OBJETIVO GENERAL: (OG1) Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no transmisibles, fortaleciendo el sistema de vigilancia, control epidemiológico y salud ambiental relacionados con la salud mental, a través de la prevención y el control, priorizando a la población mas vulnerable con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad.

COD. OBJ. GRAL.	ACTIVIDAD PROYECTO (1)	COD. ACT. PROV.	COMPONENTE (2)	COD. COMP.	FINALIDAD (3)	COD. FIN.	UNIDAD DE MEDIDA (4)	COD.	META Y CRONOGRAMA DE				META SIAF (Sec. Fin.) (6)	REQUERIMIENTO FINANCIERO				DEPENDENCIA Y/O UNIDAD RESPONSABLE (7)		
									META	I	II	III		IV	TOTAL	RO	ROR		OTRO	
OG 1	Tamizaje y Tratamiento de Pacientes con Problemas y Trastornos de Salud Mental	1.113.781	Población que sufre a los EESS con trastornos de salud mental recibe tratamiento oportuno	3.233.798	Tamizaje y Tratamiento de pacientes con Problemas y Trastornos	43994	Persona Tratada		60	15	15	15			\$1.129.792.00	\$1.129.792.00				

