



MINISTERIO DE SALUD



# Plan Operativo Anual Reprogramado 2010

OCTUBRE 2010



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# Plan Operativo Anual Reprogramado 2010

## **HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ**

### **Director General**

Dr. Julio Cano Cárdenas

### **Sub. Director General**

Dr. Augusto Amorós Cortéz

### **Director Ejecutivo de Administración**

Dr. Edy Doroteo Ortega

### **UNIDAD RESPONSABLE:**

#### **Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico**

Dra. Silvia Saravia Cahuana - Directora Ejecutiva de la OEPE

### **EQUIPO TECNICO RESPONSABLE:**

#### **Unidad de Organización y Planeamiento**

- Dr. Américo Sandoval Lara
- TAP Rocío Ortega Casique

**Lima, Octubre del 2010**

INDICE	PAG.
<b>PRESENTACION</b>	4
<b>I. GENERALIDADES</b>	5
1.1 Visión del HONADOMANI San Bartolomé	5
1.2 Visión DISA V Lima Ciudad	5
1.3 Misión del HONADOMANI San Bartolomé	5
1.4 Denominación, Naturaleza y Fines del HONADOMANI S. B	6
<b>II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b>	8
2.1 Análisis de la Demanda de Salud	8
2.2 Análisis de la Oferta del Establecimiento de Salud	20
2.3 Análisis de los Determinantes de Salud	32
2.4 Identificación de Problemas y/o Necesidades	37
<b>III. OBJETIVOS GENERALES DEL POA 2010</b>	43
3.1 Formulación de Objetivos Generales	43
<b>IV. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES</b>	45
MATRIZ N° 2-C REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS ARTICULADAS A LA EFP 2010	

## **Presentación**

En los tiempos actuales, en que la plena vigencia de la democracia, la construcción creciente de ciudadanía, la dinámica de los interesados directos, que son los ciudadanos y sus organizaciones "stakeholders" y el desarrollo humano de los funcionarios públicos son factores fundamentales, no podemos dejar de repensar en la gestión pública y en el Plan Operativo Anual como documento central articulador de la gestión por objetivos.

En relación a la planificación en los servicios públicos, Sánchez Albavera expresa que el eje de la cuestión no radica en la planificación estratégica sino en la operativa. No existe un nexo eficaz entre ambas y dicha articulación sólo es posible si se implanta una "gestión pública por objetivos".

Los nuevos enfoques en la gestión del presupuesto público para el año 2010 enfatizan el presupuesto por resultados, ello implica que la adecuada articulación entre metas operativas y metas presupuestarias, debiendo ser lo mejor formuladas.

En ese sentido, la Oficina de Planeamiento y Gestión Presupuestal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, establece en la Directiva Administrativa N° 157-2009-MINSA/OGPP-V01, DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, REPROGRAMACIÓN Y REFORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2010 DEL PLIEGO 011 - MINISTERIO DE SALUD, en la que se establecen las pautas para elaborar, gestionar y controlar las actividades operativas que las entidades del Pliego-011 y que se propone para el periodo 2010.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) San Bartolomé, se ha caracterizado en los últimos años, por estar atento a las innovaciones permanentes que ocurren no sólo en el ámbito asistencial y sanitario, sino también en la gestión administrativa. A pesar de la existencia de factores limitantes internos y externos, hemos realizado un proceso de formulación de objetivos y metas operativas que permitan una mejor articulación con el presupuesto programado.

Este trabajo participativo que ha permitido el consenso de voluntades a alcanzar en el marco de nuestro Plan Estratégico Institucional 2007 - 2011 y de Objetivos Estratégicos institucionales, sectoriales e incluso del país; recoge nuestro planteamiento de gestión para el año 2010.

Presentamos a la ciudadanía del país, nuestro PLAN OPERATIVO ANUAL 2010, que servirá como instrumento de gestión y control durante este periodo fiscal.

*Hospital San Bartolomé  
Dirección General*

### 1.1 Visión del Hospital Nacional Docente Madre Niño Í San Bartolomé

La visión del Hospital San Bartolomé fue enunciada en el proceso de planeamiento estratégico realizado por este Hospital para el periodo 2007-2011 con una actualización al año 2009, es parte de la filosofía que se pretende alcanzar en este horizonte, el cual se articula con la visión consignada en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2021 así como la de la DISA Lima V, el Sector y el Pliego 011. A continuación se presenta nuestra Visión:

#### Visión

Ser, en el año 2011 el mejor Hospital de Referencia Nacional para atención altamente especializada de las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer y de los problemas de salud de los neonatos, niños y adolescentes.

Para alcanzar ello, desarrollaremos: mejora permanente de nuestras competencias e innovación de las tecnologías y procesos, teniendo como base el respeto a los derechos de las personas que a nosotros acuden

### 1.2 Visión de la DISA V (ámbito)

En el año 2011, la DISA V Lima Ciudad, se ha consolidado como la Dirección de Salud que demuestra el mejor nivel de Atención Integral y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública en su ámbito, lo cual permite mayor y mejor accesibilidad a los servicios y contribuye al desarrollo de las políticas nacionales de salud.

### 1.3 Misión del Hospital Nacional Docente Madre Niño Í San Bartolomé

La misión del Hospital San Bartolomé expresa la naturaleza de nuestras actividades y la razón de ser de este Hospital, se corresponde con la visión enunciada, ambas misión y visión son declaraciones vigentes que se encuentran en el Plan Estratégico del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé versión actualizada 2009-2011, el cual fue aprobado con RD N° 0070-DG-HONADOMANI del 14 de mayo del año 2009.

#### Misión

Brindar Atención Altamente especializada e integral a la mujer con necesidades en su salud sexual y reproductiva, y a los neonatos, niños y adolescentes con problemas de salud que proceden de cualquier punto del país.

Nuestro servicio se sustenta en la calidad, equidad y eficacia.

Nuestro aporte a la sociedad se consolida con la Docencia e Investigación que en forma permanente realizamos.

## a y fines del HONADOMANI San Bartolomé

### Denominación de la organización

Nombre: Hospital Nacional Docente Madre Niño ~~%~~San Bartolomé+

Sigla: HONADOMANI S. B.

Ubicación: Lima Metropolitana, en el departamento de Lima, Perú

Condición: Hospital del tercer nivel de atención con Categoría III-1

### Naturaleza y fines del HONADOMANI S. B.

#### NATURALEZA

- El HONADOMANI ~~%~~San Bartolomé+ es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad del Ministerio de Salud, normalizado en el ROF aprobado con RM N° 884-2003-SA/DM.
- Es un Hospital especializado en atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la atención integral del Niño y del Adolescente.
- Para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales tiene una estructura orgánica integrada por órganos de dirección, de control, asesoramiento, apoyo y de línea.
- Es un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación altamente especializada y de enfoque integral a la Mujer con necesidades de atención en su salud sexual y reproductiva y al Neonato, Niño y Adolescente, que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.
- El HONADOMANI ~~%~~San Bartolomé+ realiza actividades de recuperación de la salud, así como de rehabilitación y control de las enfermedades, incorporando sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en el marco de los Lineamientos de Política Nacional del Sector Salud.
- Concientes que uno de los principales problemas de la Salud en el Perú es la alta tasa de morbilidad y mortalidad Materna e Infantil, el HONADOMANI ~~%~~San Bartolomé+ ha establecido su rol en la contribución a resolver la problemática asistencial, docente y de investigación en el área, desarrollando para ello Programas inherentes a la atención Asistencial del Binomio Madre - Niño en el Perú.
- La demanda de pacientes que acuden deben pertenecer al III nivel de atención, sin embargo al no existir oferta en el II nivel de atención en Lima Metropolitana absorbe al Binomio Madre Niño del ámbitos de influencia en el I y II nivel de atención.
- Actualmente tiene la categoría III-1 vigente según RD N° 615/2005-DG-DESP-DSS-DISA.V.LC, siendo un Hospital de referencia Nacional, no tiene población asignada.

## FINES

Los fines que persigue el HONADOMANI San Bartolomé, están orientados a responder a los siguientes Objetivos Funcionales:

- a. Lograr la recuperación de la salud sexual y reproductiva de la mujer y la salud integral del neonato, niño y el adolescente; y lograr la rehabilitación de las capacidades de nuestros pacientes, considerando las condiciones de calidad, oportunidad, equidad y plena accesibilidad; en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- b. Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c. Contribuir a la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud de la mujer, neonato, niño y adolescente.
- d. Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, 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 entorno familiar.
- e. Fortalecer la atención a los pacientes con la docencia e investigación como soportes de la alta especialización que se brinda.
- f. Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.
- g. Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.



Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



## II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

### 2.1 Análisis de la demanda de Salud

#### Características de la población: Indicadores sociales, demográficos, culturales y económicos

##### Indicadores Sociales

La proporción de la población de mujeres representa el 51%, en la población por grupos de edades predomina el grupo de 15 a 64 años y el 98% tiene residencia urbana, sin embargo a nivel nacional el predominio urbano desciende a 75.9%.

La densidad poblacional a nivel nacional es de 21.3 hab. por kilómetro cuadrado, siendo la población censada de 28,220,764 hab., existe claro predominio de la población en la regiones de la costa y en áreas urbanas, la edad promedio de la población es de 28.4 años, las mujeres en edad fértil a nivel nacional representan el 53.3%, siendo gestantes el 68.8% de estas mujeres y son madres adolescentes el 7.3% de las mujeres en edad fértil. La población de 0 a 14 años decrece de 37% a 30.5% para este grupo en el periodo 1993-2007.

El promedio de hijos por mujer es en zonas urbanas de 1.5 y en zonas rurales 2.5, el proceso migratorio de la población ha disminuido en 0.7% y 0.4% del total

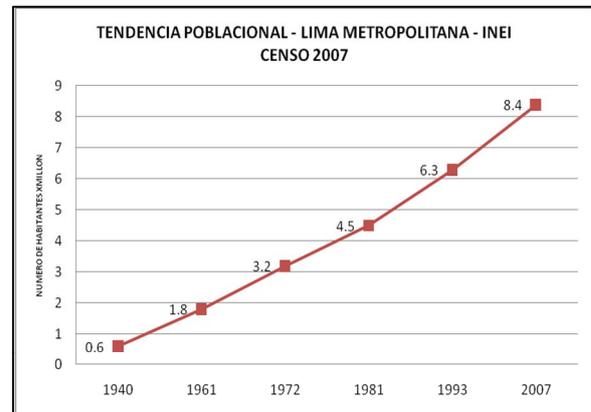
Cuadro N° 1

Variable/ Indicador	Censo 1993		Censo 2007		Crecimiento promedio anual	
	Cifras absolutas	%	Cifras absolutas	%	Absoluto	Tasa (%)
	<b>TERRITORIO</b>					
Superficie (Km <sup>2</sup> )	1 285 216	-	1 285 216	-	-	-
Densidad poblacional (Hab./Km <sup>2</sup> )	17,2	-	21,3	-	-	-
<b>POBLACIÓN</b>						
Población total 1/	22 639 443	-	28 220 764	-	398 666	1,6
Población censada	22 048 356	-	27 412 157	-	383 129	1,5
Hombre	10 956 375	49,7	13 622 640	49,7	190 448	1,5
Mujer	11 091 981	50,3	13 789 517	50,3	192 681	1,5
<b>Población por grandes grupos de edad</b>						
0-14	8 155 376	37,0	8 357 533	30,5	14 440	0,2
15-64	12 866 861	58,3	17 289 937	63,1	315 934	2,1
65 y más	1 026 119	4,7	1 764 687	6,4	52 755	3,9
<b>Población por área de residencia</b>						
Urbana	15 458 599	70,1	20 810 288	75,9	382 264	2,1
Rural	6 589 757	29,9	6 601 869	24,1	865	0,01
<b>Población por región natural</b>						
Costa	11 547 743	52,4	14 973 264	54,6	244 680	1,8
Sierra	7 668 359	34,8	8 763 601	32,0	78 232	0,9
Selva	2 832 254	12,8	3 675 292	13,4	60 217	1,8
Población adulta mayor (60 y más años)	1 543 687	7,0	2 495 643	9,1	67 997	3,4
Edad promedio	25,1	-	28,4	-	-	-
Edad mediana	21,0	-	25,0	-	-	-
Razón de dependencia demográfica 2/	71,4	-	58,5	-	-	-
Índice de envejecimiento 3/	18,9	-	29,9	-	-	-
<b>ESTADO CIVIL O CONYUGAL (12 y más años)</b>						
Conviviente	2 488 779	16,3	5 124 925	24,6	188 296	5,2
Separado	269 495	1,8	714 242	3,4	31 768	7,1
Casado	5 384 534	35,2	5 962 864	28,6	41 309	0,7
Viuado	617 750	4,0	809 707	3,9	13 711	1,9
Divorciado	65 654	0,4	114 093	0,5	3 460	3,9
Soltero	6 481 083	42,3	8 124 671	39,0	117 399	1,6
<b>FECUNDIDAD</b>						
Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	5 630 378	50,8	7 356 048	53,3	123 262	1,9
Total madres (12 y más años)	4 845 617	64,1	6 821 386	68,8	141 126	2,4
Madres solteras (12 y más años)	356 840	7,4	487 321	7,1	9 320	2,2
Madres adolescentes (12 a 19 años)	142 970	7,6	160 258	7,3	1 235	0,8
Promedio de hijos por mujer	2,2	-	1,7	-	-	-
Urbana	1,9	-	1,5	-	-	-
Rural	3,2	-	2,5	-	-	-
<b>MIGRACIÓN</b>						
Población migrante 4/ (por lugar de nacimiento)	4 921 020	22,3	5 460 296	19,9	38 520	0,7
Población migrante 4/ (por lugar de residencia 5 años antes)	1 617 536	7,5	1 537 099	5,6	- 5 746	-0,4
Hogares con algún miembro en otro país	-	-	704 746	10,4	-	-

Fuente Perfil Sociodemográfico del Perú INEI 2007

**Grafico N° 1**

El HONADOMANI %San Bartolomé+ de acuerdo con su Categoría III-1 tiene ámbito de responsabilidad nacional, sin embargo en la actualidad tiene como principal área de influencia los distritos de Lima metropolitana incluyendo a la provincia constitucional del Callao que en conjunto tienen una población estimada de 8'445211 habitantes, que representa el 30.8% de la población nacional (XI Censo de Población y VI de Vivienda 2007).



Fuente: INEI 2007

### Indicadores demográficos: Población por ámbito de influencia

Según el Censo de Población del año 2007, los cinco departamentos con mayor población a nivel nacional son: Lima 8 millones 445 mil 211 habitantes, que concentra cerca de la tercera parte de la población nacional (30,8%), Piura 1 millón 676 mil 315 habitantes (6,1%), La Libertad 1 millón 617 mil 050 habitantes (5,9%), Cajamarca con 1 millón 387 mil 809 habitantes (5,1%) y Puno 1 millón 268 mil 441 habitantes (4,6%), en conjunto concentran más de la mitad de la población nacional (52,5%). En el Censo de 1993, también estos cinco departamentos tuvieron la mayor población censada.

Contrariamente, los cinco departamentos menos poblados en el año 2007, son: Madre de Dios 109 mil 555 habitantes (0,4%), Moquegua 161 mil 533 habitantes (0,6%), Tumbes 200 mil 306 habitantes (0,7%), Pasco 280 mil 449 habitantes (1,0%) y Tacna 288 mil 781 habitantes (1,1%).

La población del ámbito jurisdiccional de la DISA V Lima Ciudad a la cual pertenecemos como Hospital desconcentrado, indica que la tendencia de crecimiento de la población según distritos adscriptos se ha incrementado en los últimos años con predominio de los distritos de Lima, La Victoria y San Miguel, en la Red Lima Ciudad Puente Piedra, en la Red Puente Piedra San Martín de Porres, en la Red Rimac, Los Olivos, San Martín de Porres Comas y en la Red Tupac Amaru, en total se asigna a la DISA V Lima Ciudad 3, 488,916 hab.

Cuadro N° 2  
DISA V LC.: Tendencia Anual de Tamaño Poblacional Según Distritos:  
2002 . 2008

REDES/ DISTRITO	POB 2002	POB 2003	POB 2004	POB 2005	POB 2006	POB 2007	POB 2008
BRENA	90,713	92,267	98,305	99,940	77,909	78,415	76663
JESUS MARIA	60,866	61,911	70,520	72,073	58,062	58,440	57230
LA VICTORIA	207,656	211,219	237,568	241,845	186,536	187,750	182846
LIMA	289,120	294,076	351,154	353,548	284,889	286,739	279573
LINCE	57,871	58,863	74,302	75,889	51,031	51,364	49981
MAGDALENA	46,673	47,477	56,166	57,682	48,793	49,108	48499
PUEBLO LIBRE	66,665	67,810	83,471	84,938	72,190	72,656	71641
MIRAFLORES	88,443	89,961	98,247	100,815	76,798	77,296	75669
SAN BORJA	123,520	125,639	133,486	135,964	104,145	104,819	103858
SAN ISIDRO	60,755	61,798	73,101	75,321	54,658	55,012	53792
SAN LUIS	44,900	45,670	62,571	64,205	46,255	46,556	45806
SAN MIGUEL	136,286	138,623	135,721	137,297	127,235	128,060	127226
SURQUILLO	84,994	86,452	102,478	104,067	84,280	84,827	83502
<b>RED LIMA CIUDAD</b>	<b>1,358,462</b>	<b>1,381,766</b>	<b>1,577,090</b>	<b>1,603,584</b>	<b>1,272,781</b>	<b>1,281,042</b>	<b>1,256,286</b>
ANCON	24,727	25,154	32,400	22,926	31,658	31,862	32581
PUEENTE PIEDRA	185,742	188,930	177,974	183,076	228,583	230,067	240573
SANTA ROSA	6,018	6,121	6,232	16,751	10,902	10,974	11687
<b>RED PUEENTE PIEDRA</b>	<b>216,487</b>	<b>220,205</b>	<b>216,606</b>	<b>222,753</b>	<b>271,143</b>	<b>272,903</b>	<b>284,841</b>
LOS OLIVOS	347,681	353,645	310,415	315,083	299,703	301,649	303857
RIMAC	194,417	197,752	217,091	219,731	175,177	176,313	173156
S. M. DE PORRES	452,929	460,700	479,921	490,332	557,499	561,120	569645
<b>RED RIMAC-LO-SMP</b>	<b>995,027</b>	<b>1,012,097</b>	<b>1,007,427</b>	<b>1,025,146</b>	<b>1,032,379</b>	<b>1,039,082</b>	<b>1,046,658</b>
CARABAYLLO	154,677	157,331	153,700	156,369	208,421	209,775	217384
COMAS	474,548	482,688	502,953	506,845	479,279	482,391	482351
INDEPENDENCIA	202,418	205,895	210,807	212,841	201,263	202,570	201396
<b>RED TUPAC AMARU</b>	<b>831,643</b>	<b>845,914</b>	<b>867,460</b>	<b>876,055</b>	<b>888,963</b>	<b>894,736</b>	<b>901,131</b>
<b>DISA V LIMA CIUDAD</b>	<b>3,401,619</b>	<b>3,459,982</b>	<b>3,668,583</b>	<b>3,727,538</b>	<b>3,465,266</b>	<b>3,487,763</b>	<b>3,488,916</b>

Fuente: INEI - MINSa  
Elaborado: Oficina de Epidemiología . DISA V Lima Ciudad

El Hospital San Bartolomé al ser un Hospital de referencia nacional, de alta complejidad en el binomio Madre Niño no tiene población asignada, esta adscrito a la DISA V Lima Ciudad como órgano desconcentrado. Sin embargo la población censada en la Ciudad de Lima es de 8 millones 445 mil 211 habitantes, siendo la población referencial según cálculos de demanda como Hospital Madre Niño de 3.488.916 hab. Los distritos de mayor densidad poblacional según el XI Censo de Población y VI de Vivienda año 2007, son Lima, La Victoria y San Miguel.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

los en el país en las últimas décadas, muestran la evolución o 1940. Según los resultados del XI Censo Nacional de Población, al 21 de octubre del año 2007, la población censada fue de 27 millones 412 mil 157 habitantes<sup>1/</sup> y la población total, es decir, la población censada más la omitida, 28 millones 220 mil 764 habitantes.

La población omitida en el empadronamiento se calculó a través de la Encuesta de Evaluación Censal post empadronamiento, estimándose una tasa de omisión censal a nivel nacional de 2,87%<sup>2/</sup>, es decir, 808 mil 607 habitantes.

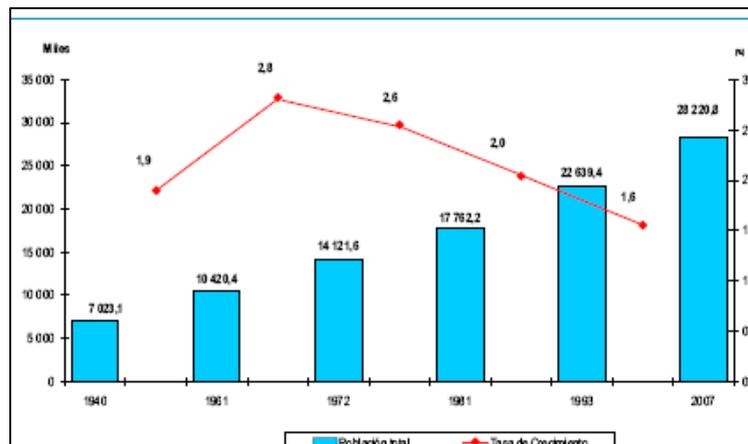
Cuadro N° 3

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

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

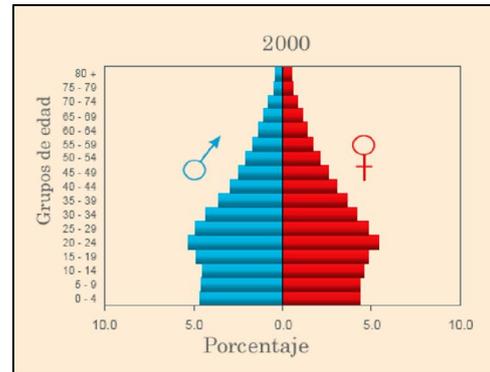
El incremento de la población medido por la tasa de crecimiento promedio anual, refiere que la población ha presentado un crecimiento promedio anual para el periodo 1993 - 2007 de 1,6%, lo cual confirma la tendencia decreciente observada en los últimos 46 años. Entre los Censos de 1981 y 1993, el crecimiento poblacional fue de 2,0% por año; este nivel fue mayor en el periodo intercensal 1972 - 1981 (2,6% anual)

Gráfico N° 2  
TENDENCIA DE TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL  
CENSO 1993-2007



Fuente: INEI 2007

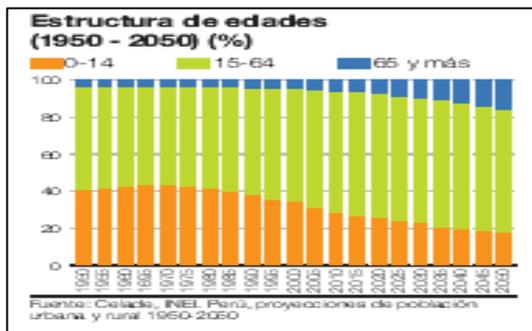
Grafico N° 3



Fuente: INEI 2007

Al revisar la pirámide poblacional de Lima y la variación del crecimiento poblacional ocurrida en los últimos 15 años (1993 - 2007), se aprecia que ha ocurrido disminución para el segmento infantil e incremento para la población adulta y adulta mayor.

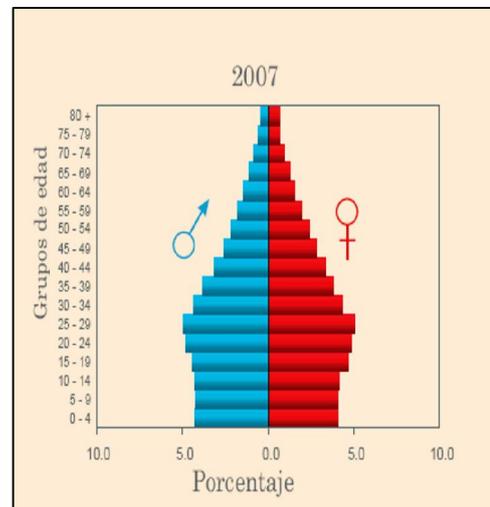
Grafico N° 4



Las proyecciones de la evolución porcentual de los grupos etáreos al 2050, revelan un incremento sostenido de las edades mayores de 65 años, con franca disminución de la población menor de 14 años, a ello se agrega un discreto incremento de la población entre 15 a 65 años.

En el año 2007, la pirámide presenta un estrechamiento de la base, producto de la disminución de la natalidad y de la tasa de crecimiento poblacional (censo nacional 2007. INEI) además de un ensanchamiento de los peldaños siguiente, resultado de la disminución de la mortalidad y mayor sobrevivencia de los niños, así mismo se observa el ensanchamiento del vértice con relación al descenso de la mortalidad general y a un mayor volumen de población adulta mayor, observándose que la población comprendida entre los 20 a 29 años de edad presenta la mayor volumen población en comparación a los demás grupos etáreos, con preponderancia del sexo femenino.

Grafico N° 5



Fuente: INEI 2007

El comportamiento poblacional evidencia que está ocurriendo un sostenido decrecimiento de menores de 5 años, mediano incremento de los jóvenes con predominio de madres adolescentes y marcadas incremento de adultos y adultos mayores y dentro del grupo adultos claro predominio de gestantes.

### ación Económicamente Activa PEA

En el año 2007 Lima metropolitana tenía aproximadamente 6 millones de personas en edad para trabajar, según nuestra legislación son aquellos mayores de 14 años.

Cuadro N° 4

#### Lima Metropolitana: Evolución de la PET y PEA, 2001 y 2007

Años	PET	PEA	Ocupados	Desocupados	Inactivos
2001	5 715 331	3 742 357	3 411 790	330 567	1 972 974
2007	6 372 491	4 045 922	3 754 280	291 642	2 326 569
Var. Absoluta	657 160	303 565	342 490	-38 925	353 595
Var. %	11,5	8,1	10,0	-11,8	17,9
Crecimiento promedio anual %	1,9	1,9	2,1	1,6	2,0

1/ Promedio aritmético simple

Fuente: Convenio MTPE-INEI, Encuesta Nacional de Hogares III Trimestre 2001; MTPE – Encuesta de Hogares Especializada en Niveles de Empleo, 2007

Elaboración: Probia

Fuente: INEI 2007

La tasa de desempleo en Lima metropolitana en el año 2007 fue de 7.9%, mientras que la tasa de subempleo llegó a 38.9 %, al año 2008 la tasa de desempleo crece a 8.4% con una variación de 7.1%

Cuadro N° 5

Sexo / grupos de edad	Jun-Jul-Ago 2007		Jun-Jul-Ago 2008		Variación (%)
	Cifras absolutas (Miles de personas)	Tasa de desempleo (%)	Cifras absolutas (Miles de personas)	Tasa de desempleo (%)	
	<b>Total</b>	<b>348,0</b>	<b>7,9</b>	<b>372,7</b>	
Hombres	156,9	6,5	160,3	6,5	2,2
Mujeres	191,1	9,7	212,5	10,7	11,2
<b>Grupos de edad</b>					
De 14 a 24 años	142,9	12,9	181,1	16,5	26,7
De 25 a 44 años	139,9	6,1	132,3	5,7	-5,5
De 45 y más años	65,2	6,5	59,4	5,7	-8,9

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

Según el último censo la mujer representa un 37.7% de la PEA y la del hombre 71.2% del total que representa el 51.1%, sin embargo la población de mujeres en edad de trabajar es de 72.4%, siendo la PEA con educación superior en la mujer 42.8% del total en esta variable y la PEA ocupada 95%.

En el último año la economía internacional se ha tornado bastante desfavorable, lo que ha afectado al país a través de diferentes canales; a pesar de ello el Perú continuará creciendo y se mantendrá como una de las economías más dinámicas del mundo y la de mayor crecimiento en la región. Sin embargo, ante dicho entorno internacional tan adverso y no visto en cerca de siete décadas, el crecimiento de la economía peruana en el 2009 y 2010 será menor al registrado en los dos años precedentes cuando superó el 9%. A medida que la economía mundial se reactive, y basado en sus sólidos fundamentos macroeconómicos, el Perú retomará tasas de crecimiento por encima del 5%; y de haber mejoras importantes de competitividad y productividad, la economía peruana podría sostener tasas de crecimiento en torno del 7% la próxima década.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

proeconómico Multianual 2010-2012, han tomado en cuenta la implementación del Plan de Estímulo Económico (PEE); así se estima un crecimiento del PBI del 3,5% y un fuerte crecimiento de la inversión pública (51,7%) para el año 2009. Para el período 2010-2012 se prevé un crecimiento promedio anual del PBI de 5,6%.

Respecto a las Finanzas Públicas, el MMM 2010-2012, en el mediano plazo, se estima que el Sector Público No Financiero mantenga un resultado económico negativo que en promedio alcanzaría el 1% del PBI durante este periodo. Los niveles de inversión pública se incrementarían debido principalmente a que se viene trabajando en dos líneas prioritarias de acción: **la gestión de proyectos**, que garantice calidad de los estudios de pre-inversión y la consistencia entre el diseño del proyecto y su ejecución y **la Programación multianual de la inversión pública**, orientada a que la asignación de recursos sea coherente con las prioridades y objetivos sectoriales y territoriales.

En tal sentido, la implementación del PEE y el impacto de la crisis financiera internacional en los ingresos fiscales (los ingresos tributarios del Gobierno Central caerían de 15,6% del PBI en el 2008 a 14,1% del PBI en el 2009) haría que el déficit fiscal del sector público no financiero sea de 1,8% y 1,5% del PBI para los años 2009 y 2010, respectivamente, ubicándose por encima del límite de 1% del PBI establecido por la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal, LRTF. Ante dicha situación, y considerando que el artículo 5 de la LRTF señala que en casos de emergencia nacional o de crisis internacional que puedan afectar seriamente la economía nacional, a solicitud del Poder Ejecutivo, el Congreso de la República puede suspender, hasta por un máximo de tres años, la aplicación de las reglas fiscales, el Poder Ejecutivo presentó al Congreso de la República el Proyecto de Ley N° 3228/2008-PE con el objeto de introducir parámetros especiales en las reglas fiscales, el cual fue aprobado por éste.

Cuadro N° 6

Variable/ Indicador	PERÚ: PRINCIPALES VARIABLES E INDICADORES DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, CENSOS, 1993 y 2007					
	Censo 1993		Censo 2007		Crecimiento promedio anual	
	Cifras absolutas	%	Cifras absolutas	%	Absoluto	Tasa (%)
<b>PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (población de 14 y más años de edad)</b>						
<b>Población en edad de trabajar</b>	<b>14 387 303</b>	<b>65,3</b>	<b>19 646 652</b>	<b>71,7</b>	<b>375 668</b>	<b>2,2</b>
Hombre	7 065 400	64,5	9 664 355	70,9	185 640	2,2
Mujer	7 321 903	66,0	9 982 297	72,4	190 028	2,2
Urbana	10 647 888	68,2	15 379 882	73,9	345 142	2,7
Rural	3 839 415	58,3	4 266 770	64,6	30 525	0,7
<b>PEA</b>	<b>7 159 228</b>	<b>49,8</b>	<b>10 637 880</b>	<b>54,1</b>	<b>248 475</b>	<b>2,8</b>
Hombre	5 033 228	71,2	6 877 166	71,2	131 710	2,2
Mujer	2 126 000	29,0	3 760 714	37,7	116 765	4,1
Urbana	5 261 233	49,9	8 514 666	55,4	232 388	3,4
Rural	1 897 995	49,4	2 123 214	49,8	16 087	0,8
<b>PEA según grupo de edad</b>	<b>7 159 228</b>	<b>49,8</b>	<b>10 637 880</b>	<b>54,1</b>	<b>248 475</b>	<b>2,8</b>
De 14 a 29 años	2 897 385	42,7	3 739 843	45,9	60 176	1,8
De 30 a 39 años	1 806 077	63,5	2 728 019	69,1	65 853	2,9
De 40 a 49 años	1 187 476	61,9	2 075 109	68,9	63 402	4,0
De 50 a 59 años	705 015	54,6	1 256 865	61,5	39 418	4,1
De 60 y más años	563 275	36,6	838 044	33,6	19 626	2,8
<b>PEA con educación superior</b>	<b>1 742 037</b>	<b>24,7</b>	<b>3 899 393</b>	<b>36,7</b>	<b>154 097</b>	<b>5,8</b>
PEA masculina	1 058 974	21,4	2 291 548	33,3	88 041	5,6
PEA femenina	683 063	32,6	1 607 845	42,8	66 056	6,2
<b>PEA ocupada</b>	<b>6 649 649</b>	<b>92,9</b>	<b>10 163 614</b>	<b>95,5</b>	<b>250 998</b>	<b>3,0</b>
Hombre	4 683 149	93,0	6 561 246	95,4	134 150	2,4
Mujer	1 966 500	92,5	3 602 368	95,8	116 848	4,3
<b>PEA Ocupada con seguro de salud</b>	-	-	<b>3 555 678</b>	<b>35,0</b>	-	-

Fuente: INEI 2007

Las apreciaciones respecto a la situación económica del país, expresan que a pesar de un entorno internacional turbulento, actualmente, el Perú se encuentra en una posición sólida para atenuar estos riesgos. Sin embargo recientemente se han adoptado medidas de austeridad en cuanto al gasto fiscal, lo cual tendrá repercusiones en el financiamiento para recursos productivos en salud.

a la que la religión católica se profesa en un 89%, mientras que para ese año en la religión evangélica tiene un 6.8% de prevalencia; para el censo de 2007 se observa una disminución en la prevalencia de la religión católica de 7.7% teniendo como tasa de crecimiento anual de 1.5%; sin embargo la prevalencia para la religión evangélica aumentó en 12.5% y con un crecimiento promedio anual de 6.6%.

Cuadro N° 7

PERÚ: PRINCIPALES VARIABLES E INDICADORES SOCIALES, CENSOS 1993 y 2007						
Variable / Indicador	Censo 1993		Censo 2007		Crecimiento promedio anual	
	Cifras absolutas	%	Cifras absolutas	%	Absoluto	Tasa (%)
<b>RELIGION (población de 12 y más años)</b>						
Católica	13 786 001	89,0	16 956 722	81,3	226 746	1,5
Evangélica	1 042 888	6,8	2 606 055	12,5	111 697	6,6

Fuente: INEI 2007

Del total de viviendas censadas 99.8%, el 85.6% fueron casas independientes, propias 66.3%, se abastecen de agua en la vivienda 54.8%, red pública de desagüe dentro de la vivienda 48%, y red de alumbrado eléctrico 74.1%.

Cuadro N° 8

PERÚ: PRINCIPALES VARIABLES E INDICADORES DE VIVIENDA, CENSOS 1993 y 2007						
Variable/ Indicador	1993		2007		Variación anual	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Absoluto	Tasa (%)
<b>VIVIENDA</b>						
Viviendas particulares censadas	5 099 592	99,9	7 566 142	99,8	176 182	2,8
Viviendas particulares con ocupantes presentes	4 427 517	86,8	6 400 131	84,6	140 901	2,6
<b>Tipo de Vivienda</b>						
Casa independiente	4 255 277	83,4	6 477 401	85,6	158 723	3,0
Departamento en edificio	212 731	4,2	378 926	5,0	11 871	4,1
<b>Condición de Propiedad 6/</b>						
Propias totalmente pagadas	2 996 079	67,7	4 241 044	66,3	88 926	2,5
Propias pagándola a plazos	188 759	4,3	293 051	4,6	7 449	3,1
Alquiladas	486 037	11,0	979 657	15,3	35 258	5,0
<b>Material Predominante en Paredes 6/</b>						
Con paredes de ladrillo o bloque de cemento	1 581 355	35,7	2 991 627	46,7	100 734	4,6
Con paredes de adobe o tapia	1 917 885	43,3	2 229 715	34,8	22 274	1,1
<b>Material Predominante en Pisos 6/</b>						
Cemento	1 417 387	32,0	2 441 884	38,1	73 178	3,9
Tierra	2 194 037	49,6	2 779 676	43,4	41 831	1,7
<b>Viviendas con Abastecimiento de Agua 6/</b>						
Red pública dentro de la vivienda	1 910 107	43,1	3 504 658	54,8	113 897	4,3
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	157 458	3,6	568 800	8,9	29 382	9,4
Pilón de uso público	472 222	10,7	243 241	3,8	- 16 356	-4,5
<b>Viviendas con Servicios Higiéncicos 6/</b>						
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	1 580 028	35,7	3 073 327	48,0	106 664	4,8
Red pública de desagüe fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	189 607	4,3	393 506	6,1	14 564	5,2
Pozo ciego o negro / letrina	906 560	20,5	1 396 402	21,8	34 989	3,1
<b>Viviendas con Alumbrado Eléctrico 6/</b>						
Red pública	2 430 666	54,9	4 741 730	74,1	165 076	4,8

Fuente: INEI 2007

observar que las mujeres son jefes de hogares en un 28.5%, jipijos 37.5%, es la radio seguido del televisor los equipos mas utilizados. El combustible más utilizado es el gas (55.6%) seguido de la leña (30.2%).

Cuadro N° 9

PERÚ: PRINCIPALES VARIABLES E INDICADORES DE HOGAR, CENSOS 1993 y 2007						
Variable/ Indicador	1993		2007		Variación anual	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Absoluto	Tasa (%)
<b>HOGAR</b>						
Hogares en viviendas particulares con ocupantes presentes	4 762 779	100,0	6 754 074	100,0	142 235	2,5
<b>Jefatura del Hogar</b>						
Hombre	3 652 543	76,7	4 831 779	71,5	84 231	2,0
Mujer	1 110 236	23,3	1 922 295	28,5	58 004	3,9
<b>Equipamiento</b>						
Disponen de Radio	3 395 274	71,3	4 869 621	72,1	105 311	2,6
Disponen de Televisor a color	1 043 960	21,9	4 116 857	60,9	219 493	10,1
Disponen de Equipo de sonido	785 137	16,5	1 978 281	29,3	85 225	6,7
Disponen de Lavadora de ropa	372 210	7,8	957 125	14,2	41 780	6,8
Disponen de Refrigeradora o congeladora	1 297 006	27,2	2 191 585	32,4	63 899	3,7
Disponen de Computadora	68 175	1,4	998 222	14,8	66 432	20,7
Disponen de tres o más artefactos y equipos	-	-	2 529 856	37,5	-	-
<b>Servicios de Información y Comunicación</b>						
Disponen del servicio de Teléfono fijo	-	-	1 868 953	27,7	-	-
Disponen del servicio de telefonía celular	-	-	2 898 406	42,9	-	-
Disponen del servicio de conexión a internet	-	-	458 158	6,8	-	-
Disponen del servicio de conexión a TV por cable	-	-	1 045 708	15,5	-	-
<b>Combustible o energía usado para cocinar</b>						
Utiliza gas	-	-	3 751 930	55,6	-	-
Utiliza leña	-	-	2 036 901	30,2	-	-
Utiliza bosta	-	-	282 660	4,2	-	-
Utiliza kerosene	-	-	199 860	3,0	-	-
Utiliza carbón	-	-	170 643	2,5	-	-
Utiliza electricidad	-	-	103 343	1,5	-	-

1/ Incluye la población omitida en el empadronamiento.  
2/ Relación de la población de 0 a 14 años más la población de 65 y más años, entre la población de 15 a 64.  
3/ Relación de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.  
4/ Excluye a la población nacida en otro país y a la que no especificó su lugar de residencia 5 años antes.  
5/ Incluye la lengua Quechua, Aymara, Asháninka y Otra lengua nativa.  
6/ Con ocupantes presentes.  
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

Fuente: INEI 2007

**es sanitarios de morbi mortalidad**

Uno de los principales problemas sanitarios del país, es la alta razón de mortalidad materna especialmente en territorios más pobres y excluidos del país; siendo el elevado porcentaje del embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio y la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las causas que más contribuyen a ello.

Cuadro Nº 10

Indicadores de Morbi mortalidad en Lima Metropolitana	
Tasa mortalidad neonatal	3.0%
Tasa global de fecundidad	1.6%
Proporción de nacimientos por cesárea	35.6%

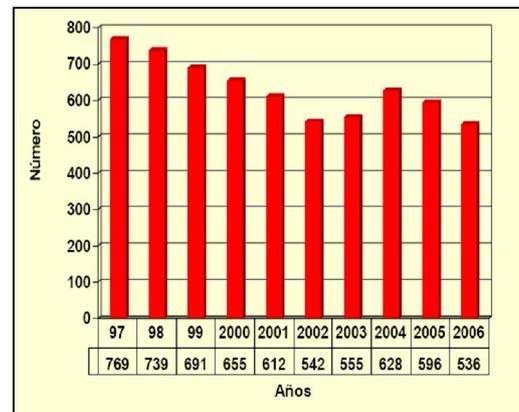
Fuente: DGE/MINSA 2007

**Numero de muertes maternas 1997-2006**

Grafico Nº 6

En los últimos años la tendencia de la tasa de mortalidad materna se ha mantenido estable en valores que todavía están por encima de 150/mil.

Según DGE . MINSA el número de muertes maternas en el decenio 1997 al 2006 revela una disminución sostenida hasta el año 2002 y un discreto incremento entre el 2003 al 2005, retomando su tendencia decreciente en el 2006. Sin embargo en los últimos años la tendencia de las tasas de mortalidad materna se ha mantenido estable



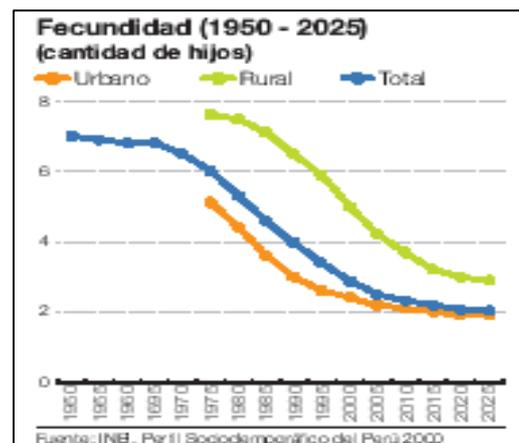
Fuente: INEI 2007

**Proyección de la fecundidad**

Grafico Nº 7

Al 2025 se proyecta una tendencia francamente decreciente para la fecundidad, tanto del ámbito urbano y rural.

En Lima ciudad, en el año 2006 nacían aproximadamente 34,412 personas, los distritos con mas nacimientos son Lima Cercado y San Martín de Porres con 5,917 y 5,145 nacidos respectivamente. La tasa bruta de natalidad TBN es 9.9 x 1,000 hab., lo que significa que nacen 10 personas por cada 1,000 habitantes. Los distritos con mayor natalidad son Lima Cercado y la Victoria con 21 y 17 nacimientos por mil habitantes, respectivamente.



Asimismo, la tasa de fecundidad general TFG 34.1 x 1,000 mujeres en edad reproductiva, lo que nos indica que el año 2006 nacieron 34 niños por cada mil mujeres en edad reproductiva, los distritos que presentaron mayor fecundidad general fueron Lima Cercado y la Victoria con 73 y 60 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva, respectivamente. Finalmente, la tasa

a 1.1 hijos/mujer, los distritos con mayor tasa global de Victoria, Breña, San Luís, Surquillo y Rímac, con 2 hijos/mujer.

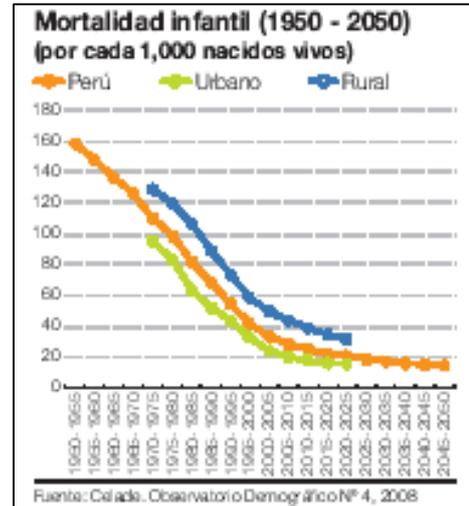
Grafico N° 8

### Proyección de la mortalidad infantil

La mortalidad Infantil proyectada al año 2050, revela una tendencia decreciente que debe alcanzar valores por debajo de 20 por mil a partir del año 2030.

Se mantienen las tasas mas altas de mortalidad infantil en las regiones de la sierra y selva, encontrando que solo algunas regiones de la costa alcanzan valores bajos de mortalidad infantil.

Otros factores como la desnutrición crónica, anemia y el bajo peso al nacer, contribuyen a la mortalidad infantil, especialmente en las regiones con menores niveles de desarrollo y elevados niveles de pobreza. Nuestro país mantiene niveles altos de estos problemas en relación a otros países de la región.



La alta razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil especialmente en los territorios más pobres y excluidos, continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias del país; siendo el elevado porcentaje de embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio, la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, desnutrición crónica, EDA e IRA; las causas que más contribuyen a ello.

Dentro de los problemas podemos encontrar que la desnutrición crónica y el bajo peso al nacer ocupan en Perú un segundo lugar entre los países de la Región y un tercer lugar la anemia en menores de 5 años.

Cuadro N° 11

Países	Desnutrición crónica	Bajo peso al nacer	Anemia < 5 años
Bolivia	27	7	56
Chile	2	5	1.5
Colombia	14	9	33.2
Ecuador	26	16	57.2
Perú	25	11	46.2
Venezuela	13	9	36.0

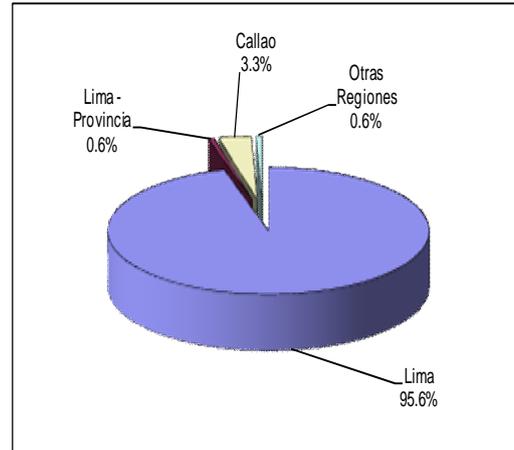
Fuente: INEI 2007

Para el año 2007, las enfermedades trasmisibles, maternas y perinatales representan la segunda causa (27.6%) de perdida de AVISA en el Perú

**icos, económicos, culturales, etc.**

Grafico N° 9

En cuanto a la accesibilidad desde el ámbito nacional, existen barreras administrativas y culturales importantes. Un aspecto a considerar es la realidad cultural y socioeconómica en muchas ciudades del interior del país que limitan el acceso a servicios de alta especialidad por negativa del paciente o sus familiares a ser referidos a Hospitales de Lima. **La ubicación de este Hospital permite el fácil acceso a los pacientes que proceden del cono norte, este y sobre todo de Lima cercado, se encuentra en proceso la nueva Obra El Metropolitano, esto permitirá disminuir los tiempos de llegada e intercomunicara las redes asistenciales existentes.**

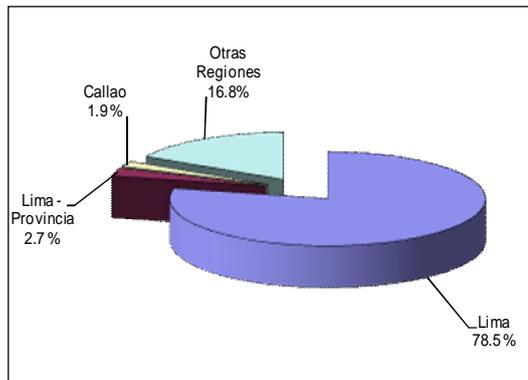


Fuente: INEI 2007

El porcentaje de pacientes que proceden de las regiones del país es variable según el tipo de atención solicitado, siendo durante el 2009 San Martín (28%), Huánuco (14%), Piura (14%), Junín (10%) e Iquitos (7%) son las regiones de mayor procedencia de pacientes; por otro lado tenemos que las emergencias más frecuentemente atendidas se encuentran en los servicios de: Gineco-obstetricia (15.6%), Pediatría (13%) y Cirugía Pediátrica (2.5%). En resumen el número de pacientes que proceden de las regiones es mayor en Gineco-Obstetricia, seguido de Pediatría y el menor número corresponde a Cirugía Pediátrica.

Gráfico N°. 10

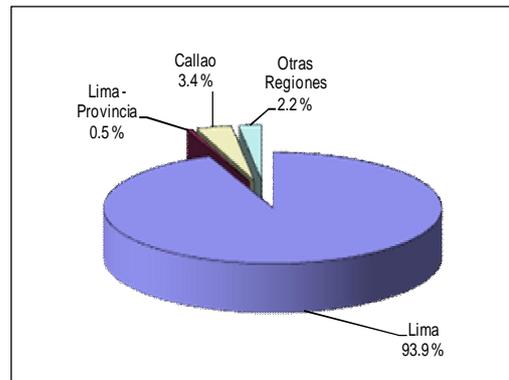
PROCEDENCIA DE PAC DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA



Fuente: INEI 2007

Gráfico N°. 11

PROCEDENCIA DE PAC DE PEDIATRIA



Fuente: INEI 2007

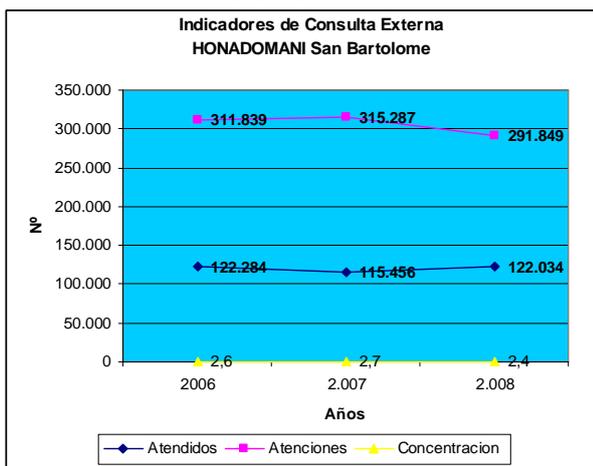
La mayor proporción de los usuarios del Hospital continúan siendo de Lima metropolitana y solo un pequeño porcentaje son pacientes referidos de las regiones. Sin embargo en el año 2008 la procedencia y porcentaje de la referencia de pacientes fue de 30.4% y sólo en el I semestre del año 2009 se tuvo un 22.71% de referencias, si proyectamos este dato a Diciembre se obtiene 45.14%, con lo cual habremos superado grandemente la meta alcanzada en el año 2008. Además se contará con la nueva obra del Metropolitano permitirá disminuir tiempos de llegada e intercomunicar las redes asistenciales.

## establecimiento de salud

Gestión de los servicios de salud: Servicios ofrecidos, producción de servicios, vigilancia epidemiológica, etc.

La producción de los servicios finales de consulta externa, emergencia y hospitalización se mide a través de los indicadores de gestión asistencial encontrando que la concentración de consulta externa ha descendido con respecto a los años anteriores, situación que escapa a nuestras acciones en la medida de que los pacientes son contrareferidos a sus establecimientos de origen.

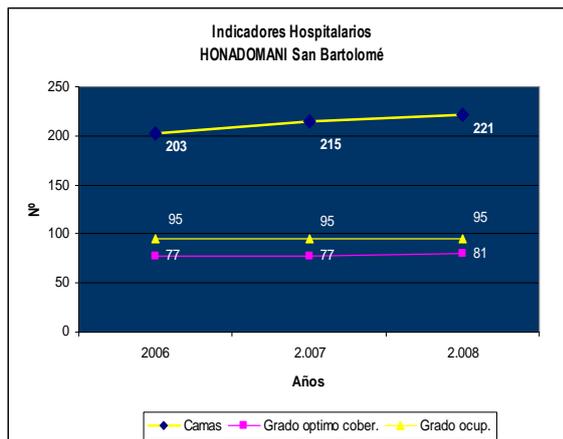
Grafico N° 12



Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

El comportamiento hospitalario demuestra que en los últimos años se ha producido un incremento de camas, incrementándose en promedio el grado de uso de las mismas, la proporción de camas ocupadas es mayor en el Departamento de Ginecoobstetricia, le sigue Pediatría y Cirugía Pediátrica en tercer lugar.

Grafico N° 13

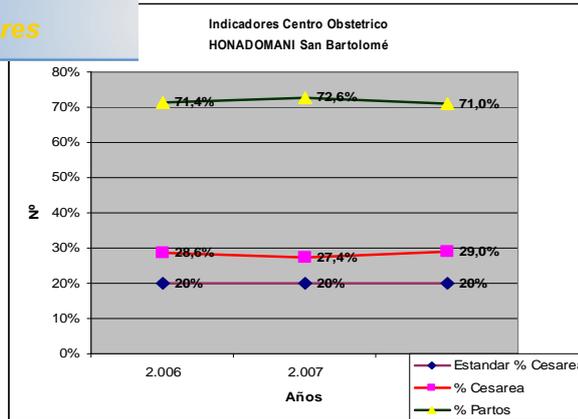


Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

El porcentaje de cesáreas es alto superior al estándar, se encuentra en 29% del total de partos, que representan el 71% de las gestantes atendidas en nuestro Hospital.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

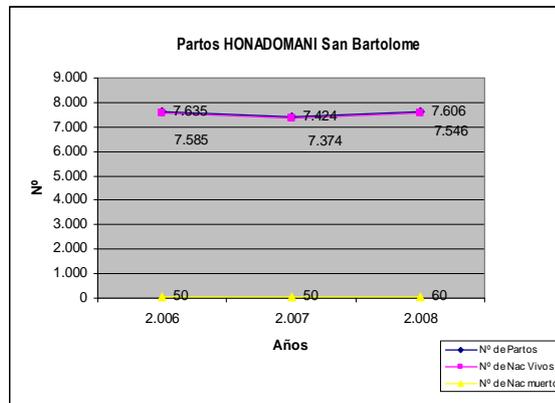
Grafico Nº 14



Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

En el año 2008 se ha registrado 7,546 partos habiéndose incrementado con respecto al año 2007, en total en el año 2008 se produjeron 7,606 nacidos vivos.

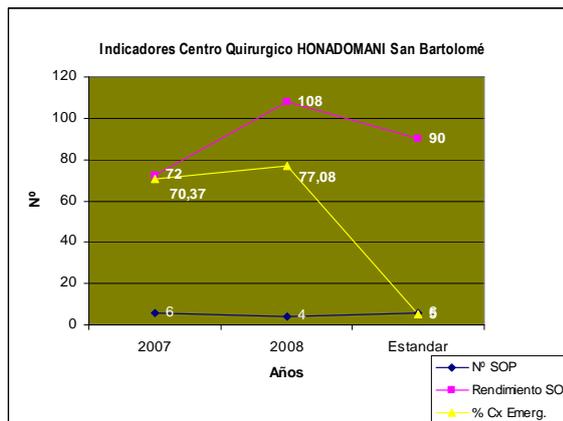
Grafico Nº 15



Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

El rendimiento de sala de operaciones en los años 2007 y 2008 que se observó en la SOP es de 72 a 108 cirugías por quirófano, siendo en promedio el porcentaje de intervenciones de emergencia de 77.08% del total de intervenciones.

Grafico Nº 16



Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

**Medicamentos**

- Estructura:

Se cuenta con Químicos Farmacéutico responsables del suministro de medicamentos, materiales médicos, reactivos de laboratorio y oxígeno medicinal; distribuidos entre los almacenes especializados de medicamentos y material médico quirúrgico y reactivos de

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

de medicamentos y materiales médicos quirúrgicos para la  
ambulatorios quirúrgicos, de emergencia y hospitalizados.

El promedio de los indicadores de cumplimiento de meta para el año 2008 para el stock de medicamento estuvo en 96.8% y el avance para el año 2009 está en 97.8%.

**La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2008, sin embargo se debe hacer mayor hincapié en el año 2010 en el uso racional de medicamentos.**

### Acreditación

La acreditación comprende las fases de autoevaluación y evaluación interna, realizada en base a estándares previamente definidos denominado listado de estándares; éste junto con la guía del evaluador y el aplicativo para el registro de resultados, son considerados instrumentos para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad

- Estructura:

Está referido al nivel de desempeño deseado y definido sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitada de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.

- Procesos:

El nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se debe realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de la gestión.

Actualmente el Proceso de la segunda autoevaluación 2008 se encuentra en la etapa de la difusión de los resultados; se ha elaborado un listado de propuestas para ser alcanzado a las áreas involucradas.

- Resultados:

La meta a alcanzar es del 85%; en el año 2008(primer autoevaluación) se obtuvo una meta del 41% y en el año 2009 (segunda autoevaluación) se obtuvo una meta del 54% de cumplimiento con los estándares.

**En la garantía de los servicios que ofrecemos la acreditación es el proceso que permite asegurar la calidad de los servicios que brindamos siendo la meta a alcanzar como mínimo de 85%; en el año 2008(primer auto evaluación) se obtuvo una meta del 41% y en el año 2009 (primera medición auto evaluación) se obtuvo una meta del 54% de cumplimiento con los estándares, sin embargo en la segunda medición de este año no se ha alcanzado la meta mínima que es del 85%.**

### Referencia y Contrarreferencia

El HONADOMANI %San Bartolomé+, es un establecimiento categorizado III-1, en el tercer nivel de atención que no tiene población asignada, siendo su población de referencia a nivel nacional y regional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad en este nivel.

- Estructura:

La Unidad de Referencia y Contrarreferencia ha sido formalizada en el MOF de la Oficina de Seguros, se cuenta con personal exclusivo y con perfil adecuado para realizar las funciones que la unidad requiere.

- Procesos:

Se cuenta con el procedimiento de atención definido y se tiene los fluxogramas de atención de referencias; se está implementando el registro de datos de las contrarreferencias de pacientes.

- Resultados

En el año 2008 la **procedencia y porcentaje de la referencia fue de 30.4%** y en el I semestre del año 2009 se tuvo un 22.71% de referencias de las cuales las más frecuentes fueron de: CS San Sebastian, CS Villamaría Perpetuo Socorro, CS Mirones, CS Unidad

o Loayza, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Sergio  
a, Hospital María Auxiliadora. No se cuentan con datos de  
contrarreferencia.

La cartera de servicios que el Hospital ofrece se presenta según unidades productoras de servicio (UPS), en el marco de la norma técnica de categorización de establecimientos del sector salud.

Cuadro Nº 12  
**UPS HOSPITAL SAN BARTOLOME**  
**SEGÚN NORMA TÉCNICA**  
**Í CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUDÍ**

UNIDADES PRODUCTORAS	CARACTERISTICAS	CONDICION	CARACTERISTICAS
<b>CARACTERISTICAS GENERALES DE LA CATEGORIA</b>			
ESPECIALIDAD	Medicina General. Medicina Interna, Pediatria, Gineco- Obstetricia, Cirugia General, Anestesiología Además: TODAS LAS SUB ESPECIALIDADES	SI	Especialidades de acuerdo a la misión y visión: Gineco-Obstetricia, Pediatria, Anestesiología SUB ESPECIALIDADES relacionadas a la misión y visión: NEONATOLOGIA, CIRUGIA PEDIATRICA, OTORRINOARINGOLOGIA, OFTALMOLOGIA, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA PEDIATRICA, NEUMOLOGIA PEDIATRICA, ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA, GASTROENTEROLOGÍA PEDIATRICA.
<b>UPS ESPECIFICADAS EN LA NORMA</b>			
1 CONSULTA EXTERNA MEDICA	12 Hrs.	SI	Funcionamiento predominantemente 6 horas.
2 EMERGENCIA	SI	SI	Emergencia de Gineco- Obstetricia, Pediatria y Cirugia Pediátrica.
3 HOSPITALIZACION	SI	SI	GINECO-OBSTETRICIA, PEDIATRÍA, NEONATOLOGIA, CIRUGIA PEDIATRICA
4 EPIDEMIOLOGIA	SI	SI	Cumple funciones de Saneamiento Ambiental Hospitalario
5 CENTRO QUIRURGICO	SI	SI	5 salas para Interv. quirúrgicas Gineco- obstétricas y Cirugía Pediátrica
6 CENTRO OBSTETRICO	SI	SI	Con 4 salas de parto.
7 ESTERILIZACION	SI	SI	
8 FARMACIA	SI	SI	
9 MEDICINA DE REHABILITACION	SI	SI	
10 DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	SI	SI	Ecografía y Radiografías
11 PATOLOGIA CLINICA (Laboratorio)	SI	SI	Laboratorio de exámenes bioquímicos y especializados
12 HEMOTERAPIA	SI	SI	Actualmente se tiene autorizado el Banco de Sangre tipo I
13 ANATOMIA PATOLOGICA	SI	SI	Papanicolau y otros exámenes anatomopatológicos según

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

			especialidades
	ESPECIALIZADA	SI	UCI neonatal, UCI materna, UCI Pediátrica
15 NEONATOLOGIA	SI	SI	Brinda atención a través de dos unid org. diferentes Neo y UCIN
16 NUTRICION Y DIETETICA	SI	SI	
17 TRABAJO SOCIAL	SI	SI	
18 HEMODIALISIS	SI	NA	NO APLICA de acuerdo a su misión y visión
19 DIRECCION	SI	SI	
20 ADMINIST Y SERVIGENERALES	SI	SI	
21 PLANIFICACION	SI	SI	
22 REG. MEDICOS E INFORMACION	SI	SI	
23 SERV GENER. Y MANTENIMIENTO	SI	SI	
OTRAS UPS SUGERIDAS			
RADIOTERAPIA	SI	NA	NO APLICA de acuerdo a la misión y visión
MEDICINA NUCLEAR	SI	NA	NO APLICA de acuerdo a la misión y visión
TRANSPLANTE DE ORGANOS	SI	NA	NO APLICA de acuerdo a la misión y visión
INVESTIGACION, DOCENCIA INTERV DE SUB ESPECIALIDAD	SI	SI	Se tiene Oficina de Docencia e Investigación acorde con la denominación, misión y visión del Hospital.

Fuente: ASIS 2007

En hospitalización se han atendido 7,663 egresos, habiendo tenido disponibles para ello 36,743 días cama y alcanzado un grado de uso de 85.03 %, cifra por debajo del estándar que es de 90%

#### Cuadro Nº 1

#### EGRESOS SEGÚN ESPECIALIDADES ENERO Æ JUNIO 2010

SERVICIOS	EGRESOS	Nº CAMAS	GRADO DE USO	DIA/CAMA	PACIENTE DIA
<b>TOTAL</b>	<b>7,633</b>	<b>203</b>	<b>85.03</b>	<b>36,743</b>	<b>31,242</b>
OBSTETRICIA	5,287	95	86.63	17,195	14,896
CIRUGIA PEDIATRICA	550	35	77.46	6,335	4,907
PEDIATRIA	701	40	70.50	7,240	5,104
NEONATOLOGIA	660	12	82.27	2,172	1,787
EMERG. Y CUID. CRITICOS	435	21	343	3,801	4,548
NEO. UCI	112	9	91.28	1,629	1,487
NEO. UCI - INTERMEDIOS	53	4	91.57	724	663
PED. UTI	46	6	94.84	1,086	1,030
OBST. UCI MUJER	60	2	65.19	362	236
EMERGENCIA	164	0	0.00	0	1,132

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-HONADOMANI- 2010

En atención ambulatoria, se han realizado 154,509 atenciones que fueron dadas a 65,489 pacientes atendidos, con una concentración por paciente de 2.4 en promedio para este I Semestre.

**Cuadro Nº 2**

**INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA ENERO Æ JUNIO 2010**

SERVICIOS	ATENDIDOS		ATENCIONES		CONCENTRACION
OBSTETRICIA (Médicos)	19,914	27,576	39,632	55,951	2.0
OBSTETRICIA (Otros Profesionales)	7,662		16,319		
CIRUGIA PEDIATRICA	5,667	5,567	11,188	11,188	2.0
PEDIATRIA (Médicos)	11,459	13,052	32,415	45,339	3.5
PEDIATRIA (Otros Profesionales)	1,593		12,924		
NEONATOLOGIA	3,187	3,187	5,743	5,743	1.8
OTROS SERVICIOS (Médicos)	891	16,107	1,046	36,288	2.3
OTROS SERVICIOS (Otros Profesionales)	15,216		35,242		
<b>TOTAL</b>	<b>65,489</b>	<b>65,489</b>	<b>154,509</b>	<b>154,509</b>	<b>2.4</b>

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-HONADOMANI- 2010

El mayor número de atenciones fueron de Gineco-obstetricia (36.2%), seguidas de las atenciones de Pediatría (29.3%), Cirugía pediátrica (7.2%) y Neonatología (3.7%). El grupo de otras atenciones médicas y de profesionales de salud en conjunto representa el 23.5 % del total de atenciones.

La concentración de atenciones ambulatorias general del hospital fue de 2.4 atenciones por atendidos, siendo variable según especialidad, así en Gineco-obstetricia alcanza 2.0, pero en Pediatría es de 3.5 y en Cirugía Pediátrica es 2.0, en todos los casos la concentración es baja respecto a los estándares establecidos para los hospitales de alta especialización.

En general la producción de los servicios, mantiene un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad.

**Departamento de Gineco-obstetricia**

Las atenciones de alta complejidad en el Departamento de Gineco-obstetricia han tenido un comportamiento diferente según si se trata de patologías Ginecológicas o de Medicina Materno fetal.

**Ginecología**

Durante el año 2008, los egresos que corresponden a patologías Ginecológicas comprenden un total de 795 siendo el 65% de alta y mediana complejidad y solo 35 % de baja complejidad, observándose un predominio en los diagnósticos de mediana y alta complejidad.

Grafico Nº 17

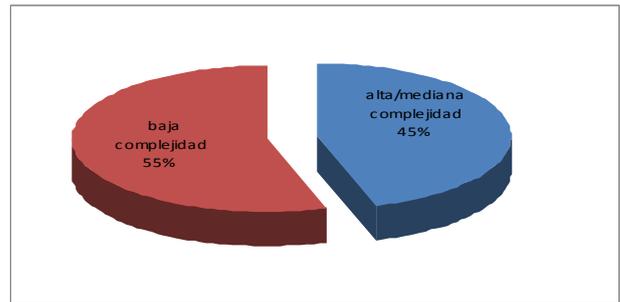


Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

ricia)

En el año 2009, se puede observar que los egresos que corresponden a patologías obstétricas comprenden un total de 12,033 alcanzando 45% alta y mediana complejidad y 55% de baja complejidad.

Gráfico N°18

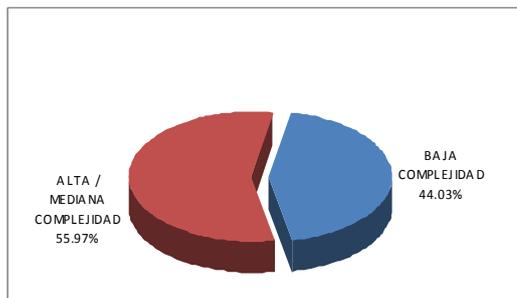


Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

En general la producción de los servicios de Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica, mantiene un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad. En hospitalización se han atendido 17,613 egresos, habiendo tenido disponibles para ello 79,923 días cama, 64,449 paciente día y alcanzó un grado de uso en promedio de 80.6%.

**Medicina Pediátrica**

Gráfico N°. 19

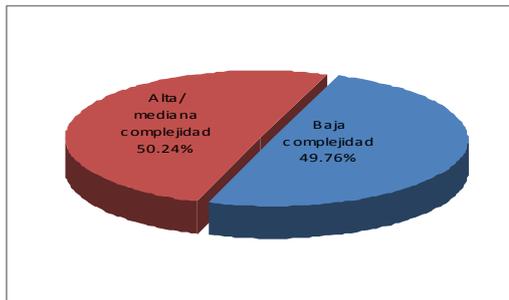


Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

En el Departamento de Pediatría durante el año 2008 los egresos fueron de 1,882 siendo las patologías de mediana y alta complejidad las que alcanzan un 55%.

Se trata especialmente de patologías atendidas por sub-especialidades pediátricas como Neumología, Neurología, Endocrinología, Infectología y Gastroenterología,

Gráfico N°. 20



En el año 2008, los egresos fueron de 994, las patologías tributarias de Cirugía pediátrica, presentan un comportamiento similar para problemas de alta y mediana especialidad respecto a los de baja complejidad. En ambos casos alcanzan el 50%.

Fuente: OEI-HONADOMANI 2009

Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria, con énfasis a desarrollar proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a minimizar los riesgos, considerando acciones de control que cuenten con el debido financiamiento.

**Recursos en Salud: Recurso Humanos, financieros, infraestructura, equipamiento, materiales e insumos, etc.**

Se cuenta con equipos de profesionales y técnicos que tienen especialización, en la mayoría de unidades clave. Sin embargo los recursos humanos requieren desarrollar y actualizar sus competencias acordes con la categoría III-1 que ha alcanzado el Hospital.

El desarrollo del recurso humano, especialmente las capacitaciones, suelen programarse en función a los requerimientos individuales o del Servicio, pero muchas veces estas no se corresponden con los objetivos institucionales, esta situación contribuye poco a mejorar las competencias que se requieren como hospital de categoría III-1.

Según el Cuadro de Asignación de personal (CAP), el Hospital cuenta con 909 cargos de los cuales son ocupados 825 cargos nombrados y 83 son previstos.

Cuadro N° 15  
RESUMEN CUANTITATIVO DE CARGOS CLASIFICADOS

ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS	CLASIFICACION					TOTAL
	Direc.	Prof	Tec. Esp.	Téc.	Aux.	
ORGANO DE DIRECCION	2	1	0	9	0	12
ORGANO DE CONTROL	0	2	0	0	0	2
ORGANOS DE ASESORAMIENTO	4	15	0	8	0	27
ORGANOS DE APOYO	9	26	0	103	15	153
ORGANOS DE LINEA	51	348	9	252	55	715
<b>TOTAL OCUPADOS</b>	<b>66</b>	<b>392</b>	<b>9</b>	<b>372</b>	<b>70</b>	<b>909</b>
<b>RESUMEN</b>						
TOTAL OCUPADOS						<b>826</b>
TOTAL PREVISTOS						<b>83</b>
TOTAL GENERAL						<b>909</b>

Fuente: CAP reordenado 2009

Los cargos directivos representan el 7.3% de todos, los cargos profesionales el 43%, los cargos técnicos representan el 41.9% y el grupo de auxiliares representa el 70%.

El número de personal contratado corresponde a 357 personas encontrándose la mayor proporción en los órganos de línea.

Cuadro N° 16  
ACCIÓN DE SERVICIOS CON PERSONAS NATURALES

Órganos o Unidades Orgánicas	Número de Contratos
ORGANO DE DIRECCION	5
ORGANO DE CONTROL	6
ORGANOS DE ASESORAMIENTO	8
ORGANOS DE APOYO	66
ORGANOS DE LINEA	272
<b>TOTAL</b>	<b>357</b>

Fuente: CAP reordenado 2009

El desarrollo del recurso humano mantiene un esquema tradicional que no contribuye de manera importante al logro de los objetivos institucionales y la innovación hospitalaria que el HSB se ha propuesto. Sin embargo se ha iniciado la implementación del Plan Táctico para el Desarrollo del Recurso Humano basado en competencias lo cual pretende contribuir en el mediano plazo al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados en el largo plazo.

### Recursos Financieros

En los últimos años se ha mejorado progresivamente el presupuesto por todas las fuentes y se ha tenido mayor disponibilidad de recursos financieros, lo que nos ha permitido realizar gastos de inversión. Respecto a la gestión presupuestaria, esta se desarrolla de manera eficaz pero mantiene un enfoque tradicional basado en presupuestos históricos. Desde el año 2006 se viene avanzando en la articulación de las metas operativas y metas presupuestarias. Se realiza costeo de actividades que permiten conocer las particularidades de cada producto ofertado en los diferentes servicios, sin embargo no se tienen aun costeados todos los servicios para que sirvan como base a la Programación presupuestal.

El Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) para el año 2010 asciende a S/. 52.711.274 nuevos soles, la distribución por fuentes de financiamiento es para los Recursos Ordinarios de S/ 47.617.275 nuevos soles y para los Recursos Directamente Recaudados de S/ 5.093.999 nuevos soles que representan un 90% y 10% respectivamente en el presupuesto.

Para el periodo 2010 se han considerado 5 objetivos generales encontrando una asignación presupuestal de S/. 33.330.920 nuevos soles, S/. 1.919.132 nuevos soles, S/. 2.602.653 nuevos soles, S/. 1.762.653 nuevos soles, S/ 13.095.916 nuevos soles respectivamente, podemos informar que se asigna mayor porcentaje presupuestal al objetivo general 1 y 5, le siguen el 3, 2 y 4 sucesivamente con 63,23%, 24,84%, 4,94%, 3,64% y 3,34%.

Los Recursos Ordinarios según objetivos generales se han asignado con la siguiente relación porcentual 66%, 1%, 5%, 3% y 25%, prevalece con esta fuente la asignación presupuestal mayor para el objetivo general 1 y 5. En el caso de la fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados (RDR) la distribución porcentual ha sido la siguiente: 38%, 24%, 7%, 3% y 28% respectivamente, observando que para esta fuente el objetivo general N°2 cobra importancia en su financiamiento.

### Infraestructura

Las limitaciones de la infraestructura sigue siendo uno de los problemas más resaltantes entre las prioridades del Hospital, se caracteriza por la tugurización de los servicios y reducidos espacios físicos para la atención del usuario. En la actualidad el HONADOMANI San Bartolomé cuenta con un área de terreno total de 5,906.00 m2 y con un área construida de 11,726.80 m2 y tiene una antigüedad de más de 65 años; además se cuenta con área anexa de 1152 m2 en la cual se encuentran consultorios, playa de estacionamiento, oficinas. A la fecha la Gestión se ha aprobado el Plan Maestro del HONADOMANI San Bartolomé; en esencia el Plan Maestro constituye la propuesta de la zonificación y ubicación física de cada unidad de servicio en un contexto de Hospital Ideal funcional condicionado a las edificaciones existentes y a la normatividad del sector. En este contexto el Hospital ha desarrollado cuatro proyectos de inversión en el marco de este planteamiento que será el inicio de una secuencia

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

según marco normativo del Sistema Nacional de Inversión

En el presente ejercicio se ha adquirido equipamiento biomédico mediante reposición en mayor proporción que años anteriores, sin embargo la capacidad estructural del Hospital continúa siendo insuficiente a costa de problemas de infraestructura, se continúa con limitaciones de ambientes que afectan de manera importante la atención especializada.

## Equipamiento

En el año 2008 el HONADOMANI San Bartolomé adquirió equipos para los diferentes órganos institucionales, los cuales se detallan a continuación:

Cuadro Nº 17  
**EQUIPOS ADQUIRIDOS EN EL AÑO 2008**

DEPENDENCIA	DESCRIPCION
Órgano de Dirección	MONITOR A COLOR
	TECLADO
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
Órgano de Apoyo	MONITOR A COLOR DE 17"
	TECLADO
	TECLADO
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU
	SILLA DE RUEDAS ADULTO
	SILLA DE RUEDAS ADULTO
	SILLA DE RUEDAS ADULTO
	MESA DE MADERA PARA COMPUTADORA
	MONITOR A COLOR DE 17"
	AMPLIFICADOR (OTROS)
	TRANSFORMADOR TRIFASICO
	REGULADOR DE OXIGENO
	EQUIPO PARA AIRE ACONDICIONADO TIPO VENTANA
EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO DE 60,000 BTU/HR SPLIT UCTO	
EQUIPO PARA AIRE ACONDICIONADO TIPO DOMESTICO DE 18000 BTU TIPO SPLIT	
Órgano de Línea	COCHE METALICO PARA CURACIONES
	CINTA DE CORRER MOTORIZADA - TROTADORA
	CAMA CAMILLA METALICA TIPO UCI
	CAMA CAMILLA METALICA TIPO UCI
	SILLA DE RUEDAS ADULTO
	SILLA DE RUEDAS CON PORTA SUERO
	SILLA DE RUEDAS CON PORTA SUERO
	SILLA DE RUEDAS CON PORTA SUERO
	SILLA DE RUEDAS METALICA
	CAMA CLINICA C/ BARANDAS
	SILLON RECLINABLE CON BRAZOS PARA DONANTE DE SANGRE
	RACK (OTROS)
RACK (OTROS)	
HUMIDIFICADOR	
CUNA DE CALOR RADIANTE	
EQUIPO DE FOTOTERAPIA	
INCUBADORA PARA BEBES - INCUBADORA PARA NEONATOS	
INCUBADORA PARA BEBES - INCUBADORA PARA NEONATOS	
RESUCITADOR NEONATAL	
ANALIZADOR DE OXIGENO	

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

MICROSCOPIO QUIRURGICO
MONITOR DE PRESION ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA
EQUIPO P/AIRE ACONDICIONADO DE 12000 BTU SPLIT PARED
ECOGRAFO MULTIPROPOSITO DE MULTIFRECUENCIA ALTA RESOLUCION
UNIDAD DE CALENTAMIENTO CORPORAL
ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTATIL DE MESA
REFRIGERADORA ELECTRICA DOMESTICA
CUNA DE CALOR RADIANTE
BALANZA DIGITAL DE PIE CON TALLIMETRO
BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO
UNIDAD DENTAL
ECOGRAFO A COLOR
PELADORA DE PAPAS INDUSTRIAL
EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO DE 36,000 BTU/HR TIPO DUCTO
EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO 36 000 BTU SPLIT DECORATIVO
EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO DE 60,000 BTU/HR SPLIT DUCTO
RESUCITADOR MANUAL ADULTO
LARINGOSCOPIO PEDRIATICO
LARINGOSCOPIO PEDRIATICO
LARINGOSCOPIO NEONATAL
MONITOR MULTI PARAMETRO DE 7 PARAMETROS
VENTILADOR VOLUMETRICO MECANICO
BALANZA NEONATAL DIGITAL
EQUIPO DE AIRE FILTRADO
ESTABILIZADOR
EQUIPO NEBULIZADOR ULTRASONICO
VENTILADOR MECANICO ADULTO - PEDIATRICO
BOMBA DE INFUSION
EQUIPO DE FOTOTERAPIA
RESUCITADOR NEONATAL
VENTILADOR NEONATAL

Fuente: Oficina de Logística 2009

El número de equipos adquiridos en el año 2008 fue de 408, que representa S/. 2, 076,275.74 nuevos soles, siendo los órganos de línea los que presentan la mayor proporción de equipos adquiridos (71.78%).

Cuadro Nº 18  
RESUMEN DE ADQUISICIONES EN EL AÑO 2008

Dependencia	Valor Inicial Unitario(S/)	Cantidad de Equipos	%
Órgano de Dirección	4,889	15	3.7
Órgano de Apoyo	25'1939,4	99	24.5
Órgano de Línea	1819447.34	290	71.78
<b>TOTAL</b>	<b>207'6275.74</b>	<b>404</b>	<b>100</b>

Fuente: Oficina de Logística 2009

### Docencia e Investigación

El Sistema de Gestión Docente del Hospital San Bartolomé presenta limitaciones que no le permite resolver de manera efectiva la organización, el control y la evaluación de la docencia en el pre y post grado, así como de la Capacitación en servicio (pasantías). De otro lado, la aun débil CULTURA DE INVESTIGACIÓN en el Hospital San Bartolomé trasciende a cada unidad orgánica y no permite la transferencia de tecnologías en salud para su nivel. En el presente año se aprueba y se implementa el Plan Táctico de Docencia e Investigación lo cual pretende contribuir al componente asistencial en el campo de la alta especialización.

A esto se sigue agregando que los RECURSOS asignados son insuficientes para desarrollar las funciones para la Docencia e Investigación, que deben estar orientadas al cumplimiento de los Objetivos Funcionales Generales del Hospital en el marco de una visión estratégica.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Implementación de las acciones tácticas de Docencia e Hospital a través del Plan Táctico respectivo, de manera que contribuya al componente asistencial sobre todo de alta especialización.

### Procesos de Gestión de la Calidad

Los documentos de gestión como el ROF, CAP y el MOF están aprobados. Nos encontramos en proceso de actualización del ROF, lo cual dilata la actualización de los documentos restantes. Ello ocasiona discordancias entre los procesos tradicionales y los que se incorporan como nuevos importantes.

La Oficina de Calidad realiza en forma permanente medición de los tiempos de espera y de atención en los procesos asistenciales y administrativos. Se encuentra que a pesar de haber intervenido en algunos procesos y que se ha mejorado los tiempos de espera, en algunos servicios aun no se alcanzan los estándares establecidos.

Se da énfasis a los proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a la seguridad del paciente.

### Procesos de Gestión administrativa (Personal, Logística, Economía)

El sistema de gestión administrativa requiere adecuaciones que respondan mejor a las necesidades de atención como Hospital de categoría III-1. La gestión administrativa de recursos humanos mantiene procesos tradicionales, la gestión logística evidencia dificultades estructurales y operativas

Se requiere más énfasis en la especialización de algunas áreas Logísticas de manera que se complemente eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas. Sin embargo se ha incrementado la capacidad logística actual, a través de la dotación de recursos profesionales.

La Cultura organizacional expresa características que no contribuyen al trabajo en equipo y afectan la gestión, lo que repercute principalmente en la oportunidad de respuesta del componente asistencial y sanitario ante las necesidades de la población usuaria. Se encuentra deficiencias en la comunicación entre niveles directivos y operativos que afecta la continuidad de la atención asistencial y administrativa.

Se requiere completar la actualización de la estructura normativa (ROF) de manera que se refleje la actual organización en la cual se desarrollan los procesos asistenciales y administrativos del Hospital.

## Indicadores de la salud

### Agua y Saneamiento

Según la última información censal, se puede apreciar que el promedio de viviendas con red pública dentro de la vivienda es del 54.8% a diferencia de Lima donde este indicador sube a 73.5%, sin embargo en la ciudad de Lima es menor la red pública fuera de la vivienda en la misma edificación en 7.4% y es mayor el uso de pilón público en 3.9%, siendo el promedio nacional menor.

Cuadro N° 19  
VIVIENDAS CON SERVICIOS PUBLICOS LIMA Y A NIVEL NACIONAL

VARIABLE / INDICADOR	PERÚ		Dpto. de LIMA	
	Cifras Absolutas	%	Cifras Absolutas	%
<b>Viviendas con abastecimiento de agua</b>				
Red pública dentro de la vivienda	3504658	54,8	1412156	73,5
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	568800	8,9	142583	7,4
Pilón de uso público	243241	3,8	74108	3,9
<b>Viviendas con servicios higiénicos</b>				
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	3073327	48	1393858	72,5
Red pública de desagüe fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	393506	6,1	142661	7,4
Pozo ciego o negro / letrina	1396402	21,8	169856	8,8
<b>Viviendas con alumbrado eléctrico</b>				
Red pública	4741730	74,1	1787542	93

Fuente INEI 2007

Asimismo con respecto a los servicios de saneamiento se puede apreciar que la Red Pública de desagüe dentro de la vivienda se comporta casi de manera muy similar a la situación del abastecimiento de agua. Cabe resaltar que la condición de pozo ciego o negro y letrina es del 21.8% del total de viviendas encuestadas.

### Excusión social: pobreza, ingreso y empleo

#### **Pobreza**

El Instituto Nacional de Estadística e Informática desde el año 1997 mide la incidencia de la pobreza. Para ello, utiliza el enfoque monetario absoluto y objetivo de la pobreza. Según esta noción de pobreza, se considera pobre a todas las personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto per cápita valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza.

Se dice que es pobreza monetaria, porque no considera las otras dimensiones no monetarias de la pobreza, como desnutrición, necesidades básicas insatisfechas, exclusión social, capacidades, etc.; y no en el sentido de que los elementos considerados provienen exclusivamente del gasto o de los ingresos monetarios. Se incluyen otros modos de adquisición como son: el auto suministro y autoconsumo, el pago en especie y las donaciones públicas y privadas.

Es pobreza objetiva porque el estándar con el que se mide la pobreza no resulta de la percepción subjetiva de los individuos, sino que se deduce de un conjunto de procedimientos, las cuales determinan si un individuo se encuentra o no debajo del umbral que lo clasifica como pobre o no.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

nide respecto a un valor de la línea que no depende de la de los hogares (como sería una línea de pobreza basada en la mitad de la mediana del gasto o del ingreso). Se utilizan dos tipos de líneas: Pobreza Extrema y Pobreza total. La línea de Pobreza Extrema, es un valor monetario necesario para la adquisición de una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades nutricionales de las personas. La línea de Pobreza total, es el valor de la línea de Pobreza Extrema más el valor monetario necesario para satisfacer un conjunto de necesidades no alimentarias consideradas esenciales (vestido y calzado, alquiler de la vivienda, combustible, muebles y enseres, cuidado de la salud, transportes y comunicaciones, esparcimiento, educación y cultura y otros gastos).

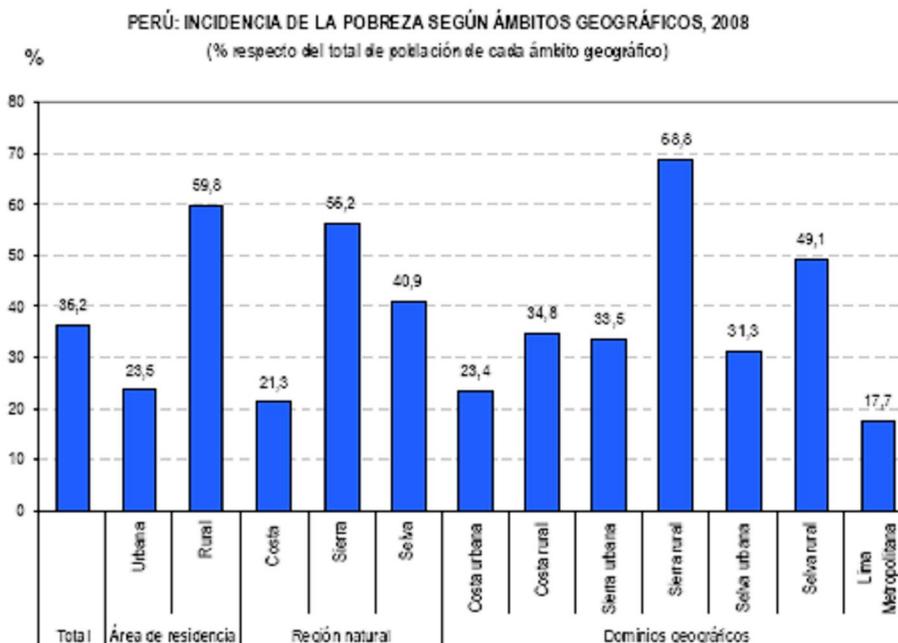
El conjunto de pobres que tiene el país, está conformado por 12,6% de pobres extremos, es decir, por personas que tienen un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos y por 23,6% de personas pobres no extremos, que se caracterizan por tener un gasto per cápita superior al costo de la canasta de alimentos pero inferior al valor de la canasta básica de consumo (Línea de Pobreza Total).

Al analizar la incidencia de la pobreza por área de residencia, se observa un fuerte contraste en la incidencia de la pobreza entre los residentes del área urbana con los del área rural. Mientras que los primeros tienen un nivel de pobreza de 23,5%, en el caso de los residentes del área rural esta cifra es 2,5 veces superior (59,8%).

Por región natural, en la Sierra la pobreza afectó al 56,2% de su población, principalmente a los residentes de la Sierra rural (68,8%), donde alrededor de siete de cada diez son pobres, mientras que en la población urbana de dicho ámbito incidió en el 33,5%. En la Selva, el 40,9% de los residentes son pobres, en el área rural de está región la pobreza afecta al 49,1% de su población, siendo 17,8 puntos porcentuales más que en la Selva urbana (31,3%). En la Costa, la pobreza afectó al 21,3% de su población, al igual que en la Sierra y en la Selva, la pobreza incidió más en la Costa rural, donde más de la tercera parte (34,8%) de su población se encontraba en situación de pobreza, mientras que en la Costa urbana afectó al 23,4%.

Lima Metropolitana, presenta una incidencia de pobreza de 17,7%, si bien porcentualmente es menor la incidencia, en términos absolutos representan una proporción significativa del conjunto de pobres del país, debido a su peso demográfico que viene a constituir un poco más de un tercio de la población del país.

Grafico N° 21



per cápita real mensual, ascendió a S/. 452,5 nuevos soles  
nto un incremento de 2,8 por ciento, respecto al ingreso  
obtenido en el 2007. En Lima Metropolitana, los ingresos reales per cápita aumentaron en  
0,3%, en el Resto Urbano 1,8%, en tanto que en el área Rural fue 13,1%.

Las variaciones registradas en los ingresos reales per cápita en el 2008 respecto al 2007,  
según dominios geográficos, significó un cambio cualitativo en la pauta de la evolución  
positiva de los ingresos seguida desde el año 2006. En efecto, las mayores variaciones en el  
ingreso per cápita real, en el 2006, así como, en el 2007 se registraron en el área urbana,  
tanto en Lima Metropolitana (11,1%) como en el Resto Urbano (14,7%), respectivamente. A  
diferencia de la evolución de los ingresos en el 2008, donde el área rural mostró una variación  
que representó casi cinco veces más que la anotada para el ámbito nacional (13,1% en el  
área rural y 2,8 en nacional).

## Empleo

La tasa de actividad de la PEA ocupada es de 58% en Lima y de 54.1% a nivel nacional, en  
tanto que la PEA Ocupada de mujeres es de 96.3% en Lima y 95.8% a nivel nacional.

Cuadro N° 20  
PEA TASA DE ACTIVIDAD Y PEA OCUPADA LIMA Y A NIVEL NACIONAL

VARIABLE / INDICADOR	PERÚ		Dpto. de LIMA	
	Cifras Absolutas	%	Cifras Absolutas	%
<b>PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD ECONOMICA( 14 y más años)</b>				
<b>Población Económicamente Activa(PEA)</b>	<b>10637880</b>		<b>3744947</b>	
<b>Tasa de actividad de la PEA</b>		<b>54,1</b>		<b>58</b>
Hombres		71,2		71,8
Mujeres		37,7		45,2
<b>PEA ocupada</b>	<b>10163614</b>	<b>95,5</b>	<b>3611300</b>	<b>96,4</b>
Hombres	6561246	95,4	2163393	96,5
Mujeres	3602368	95,8	1447907	96,3

Fuente: INEI 2007

El Trabajo calif.serv.,peón, vend.,amb., y afines presenta el mayor porcentaje de PEA  
ocupada en Lima con 20%, seguido de Profes., científicos e intelectuales con 12.5% y en  
tercer lugar Obreros y oper.minas, cant.,ind.manuf.y otros con 12.3%

Cuadro N° 21  
PEA SEGÚN OCUPACIÓN PRINCIPAL EN LIMA Y A NIVEL NACIONAL

VARIABLE / INDICADOR	PERÚ		Dpto. de LIMA	
	Cifras Absolutas	%	Cifras Absolutas	%
<b>PEA ocupada según ocupación principal</b>	<b>10163614</b>	<b>100</b>	<b>3611300</b>	<b>100</b>
Miembros p.ejec.y leg.direct., adm.púb.y emp	26941	0,3	11636	0,3
<b>Profes., científicos e intelectuales</b>	<b>1055223</b>	<b>10,4</b>	<b>451986</b>	<b>12,5</b>
Técnicos de nivel medio y trab. asimilados	655316	6,4	355731	9,9
Jefes y empleados de oficina	524744	5,2	273364	7,6
Trab.de serv.pers.y vend.del comerc.y mcdo	1575018	15,5	686413	19
Agricult.trabaj.calif.agrop.y pesqueros	1311748	12,9	60080	1,7
<b>Obreros y oper.minas,cant.,ind.manuf.y otros</b>	<b>995165</b>	<b>9,8</b>	<b>444422</b>	<b>12,3</b>
Obreros construc.,conf.,papel, fab., instr	1041408	10,2	427459	11,8
<b>Trabaj.no calif.serv.,peón,vend.,amb., y afines</b>	<b>2590430</b>	<b>25,5</b>	<b>732414</b>	<b>20,3</b>
Otra	98230	1	49492	1,4
Ocupación no especificada	289391	2,8	118303	3,3

Fuente: INEI 2007

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

en los meses de verano es caluroso y en los meses de invierno, otoño y primavera son generalmente fríos, esto es modificado por la presencia de la corriente del niño y los friajes que se presentan; pudiendo presentar garúas esporádicas en los meses de invierno. La temperatura promedio varía según los meses siendo el promedio 25 °C en el verano y entre 10°C y 15°C en invierno, siendo estos los meses de mayor humedad: entre 80 y 100 %.

Un aspecto importante respecto al medio ambiente, constituye las variaciones estacionales que aunadas a la contaminación ambiental de Lima ciudad se constituyen en un factor determinante de enfermedades respiratorias que afectan principalmente a la población infantil, especialmente en las temporadas de invierno, donde la humedad ambiental llega a ser superior al 90%.

Otros problemas relacionados con los determinantes de la salud, especialmente en lo relacionado con estilos de vida y medio ambiente, lo constituyen las ITS, VIH/SIDA. El incremento de la violencia y la delincuencia, el comercio de drogas y la prostitución masculina y femenina, constituyen problemas socio económico culturales que cada vez son mayores en el ámbito de Lima metropolitana y de las ciudades con mayor concentración urbana del país. Esta problemática repercute sobre todo en la población adolescente y adulta joven.

El 70% del transporte urbano de Lima se concentra en Lima ciudad. Su configuración de viviendas antiguas, hacinamiento, transporte público excesivo y antiguo, configuran un escenario propicio para la contaminación y ello repercute en la salud de la gran población concentrada en el entorno inmediato a nuestro hospital.

**La persistencia de elevadas tasas de ITS, VIH/SIDA, Tuberculosis, a lo que se adiciona las adicciones, violencia y daños ocasionados por accidentes son problemas que repercuten principalmente en la población adolescente y adulta joven.**

## Educación

Al analizar según área de residencia, se observa que los residentes del área urbana logran mejores niveles educativos. Así, el 37,9% (18,1% superior no universitaria y el 19,8% educación universitaria) de la población de este ámbito geográfico logró estudiar educación superior, mientras que en el área rural sólo el 6,2% (3,9% superior no universitaria y 2,3% universitaria) alcanza este nivel educativo.

Cuadro N° 22

PERÚ: POBLACIÓN CENSADA DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2007

Departamento	Total	Nivel de educación (%)				
		Sin nivel	Inicial	Primaria	Secundaria	Superior
<b>Total</b>	<b>19 054 624</b>	<b>7,4</b>	<b>0,1</b>	<b>23,2</b>	<b>38,2</b>	<b>31,1</b>
Amazonas	233 763	10,8	0,1	47,2	29,3	12,5
Áncash	728 419	13,8	0,2	26,1	33,0	27,0
Apuímac	252 506	20,5	0,1	29,9	33,1	16,3
Arequipa	847 534	5,4	0,1	14,4	34,2	45,9
Ayacucho	390 645	16,8	0,2	30,8	32,8	19,4
Cajamarca	902 905	16,2	0,1	44,7	25,6	13,5
Prov. Const. del Callao	641 596	2,3	0,1	11,6	42,9	43,1
Cusco	768 706	12,8	0,1	27,7	35,5	23,8
Huancavelica	274 219	18,9	0,1	35,4	33,4	12,2
Huánuco	476 754	15,4	0,1	37,1	31,0	16,3
Ica	507 022	2,7	0,1	17,4	45,3	34,6
Junín	821 111	7,7	0,1	25,3	40,2	26,7
La Libertad	1 114 712	10,1	0,1	27,4	31,6	30,7
Lambayeque	772 573	7,2	0,1	25,4	37,8	29,4
Lima	6 299 389	2,5	0,1	12,9	43,1	41,4
Loreto	547 385	5,0	0,1	34,0	43,1	17,8
Madre de Dios	75 132	4,6	0,2	18,5	44,2	32,6
Moquegua	120 636	5,9	0,1	16,3	34,5	43,1
Passco	187 853	8,0	0,1	26,5	41,3	24,1
Piura	1 123 449	10,8	0,1	31,3	32,6	25,1
Puno	864 383	11,6	0,1	29,5	38,9	19,9
San Martín	476 927	6,9	0,1	43,5	34,4	15,0
Tacna	211 900	4,5	0,1	15,7	40,1	39,6
Tumbes	139 530	3,0	0,1	27,0	43,8	26,1
Ucayali	275 573	4,5	0,2	28,0	46,2	21,1
Lima Metropolitana 1/	6 344 239	2,3	0,1	11,8	42,9	43,0
Lima provincias 2/	596 746	5,3	0,1	23,3	44,2	27,2

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.  
2/ Comprende el departamento de Lima, excepto la provincia de Lima.  
Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

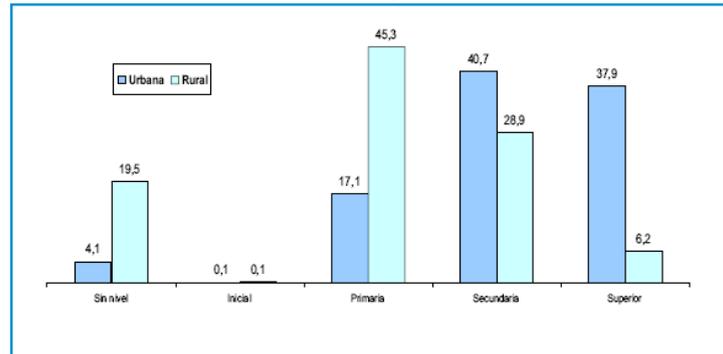
Los departamentos que registran el mayor porcentaje de población con educación superior son: Arequipa (45,9%), la Provincia Constitucional del Callao (43,1%), Moquegua (43,1%),

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ica (34,6%). Los departamentos de Ucayali (46,2%), Ica, Tumbes (43,8%), Lima (43,1%), Loreto (43,1%), Provincia, Pasco (41,3%), Junín (40,2%) y Tacna (40,1%), muestran los porcentajes más altos con población que ha cursado algún año de educación secundaria. En los departamentos de Amazonas (47,2%), Cajamarca (44,7%) y San Martín (43,6%), la mayor proporción de su población logró estudiar algún año de educación primaria. En Apurímac (20,5%), Huancavelica (18,9%), Ayacucho (16,8%), Cajamarca (16,2%) y Huánuco (15,4%), se encontró la mayor proporción de población que no tiene nivel de educación.

Grafico N° 22

PERÚ: POBLACIÓN CENSADA DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2007 (Porcentaje)



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

**El 40,7% de la población del área urbana tiene educación secundaria; en el área rural el 28,9% tiene este nivel. La población que no tiene nivel alguno de educación alcanza al 19,5% de la población del área rural y al 4,1% del área urbana.**

## Problemas y/o necesidades

### Identificados proponer problemas y /o necesidades de demanda, oferta y determinantes

Los problemas detectados se plantean en base al diagnóstico situacional y su relación con la misión y las prioridades (objetivos estratégicos) definidos en Plan Estratégico 2007 - 2011, que cuenta el Hospital:

#### Identificación de problemas

##### Problemas de Demanda

- El Hospital San Bartolomé al ser un Hospital de referencia nacional, de alta complejidad en el binomio Madre Niño no tiene población asignada, esta adscrito a la DISA V Lima Ciudad como órgano desconcentrado. Sin embargo la población censada en la Ciudad de Lima es de 8 millones 445 mil 211 habitantes, siendo la población referencial según cálculos de demanda como Hospital Madre Niño de 3.488.916 hab. Los distritos de mayor densidad poblacional son Lima, La Victoria y San Miguel.
- El comportamiento poblacional evidencia que está ocurriendo un sostenido decrecimiento de menores de 5 años, mediano incremento de los jóvenes con predominio de madres adolescentes y marcadas incrementos de adultos y adultos mayores y dentro del grupo adultos claro predominio de gestantes.
- Las apreciaciones respecto a la situación económica del país, expresan que a pesar de un entorno internacional turbulento, actualmente, el Perú se encuentra en una posición sólida para atenuar estos riesgos. Sin embargo recientemente se han adoptado medidas de austeridad en cuanto al gasto fiscal, lo cual tendrá repercusiones en el financiamiento para recursos productivos en salud.
- La alta razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil especialmente en los territorios más pobres y excluidos, continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias del país; siendo el elevado porcentaje de embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio, la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, la EDA e IRA; las causas que más contribuyen a ello.
- Para el año 2007, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales representan la segunda causa (27.6%) de pérdida de AVISA en el Perú.
- Uno de los principales problemas sanitarios del país, es la alta razón de mortalidad materna especialmente en territorios más pobres y excluidos del país; siendo el elevado porcentaje del embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio y la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las causas que más contribuyen a ello.
- La persistencia de elevadas tasas de ITS, VIH/SIDA, Tuberculosis, a lo que se adiciona las adicciones, violencia y daños ocasionados por accidentes son problemas que repercuten principalmente en la población adolescente y adulta joven.
- Asimismo, la tasa de fecundidad general TFG 34.1 x 1,000 mujeres en edad reproductiva, lo que nos indica que el año 2006 nacieron 34 niños por cada mil mujeres en edad reproductiva.

Los usuarios del Hospital continúan siendo de Lima metropolitana y solo un pequeño porcentaje son pacientes referidos de las regiones. Sin embargo en el año 2008 la procedencia y porcentaje de la referencia de pacientes fue de 30.4% y sólo en el I semestre del año 2009 se tuvo un 22.71% de referencias, si proyectamos este dato a Diciembre se obtiene 45.14%, con lo cual habremos superado grandemente la meta alcanzada en el año 2008. Además se contará con la nueva obra del Metropolitano permitirá disminuir tiempos de llegada e intercomunicar las redes asistenciales.

- La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2008, sin embargo se debe hacer mayor hincapié en el año 2010 en el uso racional de medicamentos.
- En la garantía de los servicios que ofrecemos la acreditación es el proceso que permite asegurar la calidad de los servicios que brindamos siendo la meta a alcanzar como mínimo de 85%; en el año 2008(primer autoevaluación) se obtuvo una meta del 41% y en el año 2009 (primera medición autoevaluación) se obtuvo una meta del 54% de cumplimiento con los estándares, sin embargo en la segunda medición de este año no se ha alcanzado la meta mínima que es del 85%.
- En general la producción de los servicios de Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica, mantiene un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad. En hospitalización se han atendido 17,613 egresos, habiendo tenido disponibles para ello 79,923 días cama, 64,449 paciente día y alcanzó un grado de uso en promedio de 80.6%.
- Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria, con énfasis a desarrollar proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a minimizar los riesgos, considerando acciones de control que cuenten con el debido financiamiento.
- El desarrollo del recurso humano mantiene un esquema tradicional que no contribuye de manera importante al logro de los objetivos institucionales y la innovación hospitalaria que el HSB se ha propuesto. Sin embargo se ha iniciado la implementación del Plan Táctico para el Desarrollo del Recurso Humano basado en competencias lo cual pretende contribuir en el mediano plazo al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados en el largo plazo.
- En el presente ejercicio se ha adquirido equipamiento biomédico mediante reposición en mayor proporción que años anteriores, sin embargo la capacidad estructural del Hospital continúa siendo insuficiente a costa de problemas de infraestructura, se continúa con limitaciones de ambientes que afectan de manera importante la atención especializada.
- Se requiere continuar la implementación de las acciones tácticas de Docencia e Investigación que realiza el Hospital a través del Plan Táctico respectivo, de manera que contribuya al componente asistencial sobre todo de alta especialización.
- Se da énfasis a los proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a la seguridad del paciente.
- Se requiere completar la actualización de la estructura normativa (ROF) de manera que se refleje la actual organización en la cual se desarrollan los procesos asistenciales y administrativos del Hospital.
- Se requiere más énfasis en la especialización de algunas áreas Logísticas de manera que se complemente eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas. Sin embargo se ha incrementado la capacidad logística actual, a través de la dotación de recursos profesionales.

## PROBLEMAS Y/O NECESIDADES DE DEMANDA

- El Hospital San Bartolomé al ser un Hospital de referencia nacional, de alta complejidad en el binomio Madre Niño no tiene población asignada, esta adscrito a la DISA V Lima Ciudad como órgano desconcentrado. Sin embargo la población censada en la Ciudad de Lima es de 8 millones 445 mil 211 habitantes, siendo la población referencial según cálculos de demanda como Hospital Madre Niño de 3.488.916 hab. Los distritos de mayor densidad poblacional son Lima, La Victoria y San Miguel.
- El comportamiento poblacional evidencia que esta ocurriendo un sostenido decrecimiento de menores de 5 años, mediano incremento de los jóvenes con predominio de madres adolescentes y marcadas incremento de adultos y adultos mayores y dentro del grupo adultos claro predominio de gestantes.
- Las apreciaciones respecto a la situación económica del país, expresan que a pesar de un entorno internacional turbulento, actualmente, el Perú se encuentra en una posición sólida para atenuar estos riesgos. Sin embargo recientemente se han adoptado medidas de austeridad en cuanto al gasto fiscal, lo cual tendrá repercusiones en el financiamiento para recursos productivos en salud.
- La alta razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil especialmente en los territorios más pobres y excluidos, continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias del país; siendo el elevado porcentaje de embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio, la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, la EDA e IRA; las causas que más contribuyen a ello.
- Para el año 2007, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales representan la segunda causa (27.6%) de pérdida de AVISA en el Perú.
- Uno de los principales problemas sanitarios del país, es la alta razón de mortalidad materna especialmente en territorios más pobres y excluidos del país; siendo el elevado porcentaje del embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo parto y puerperio y la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar, las causas que más contribuyen a ello.
- La persistencia de elevadas tasas de ITS, VIH/SIDA, Tuberculosis, a lo que se adiciona las adicciones, violencia y daños ocasionados por accidentes son problemas que repercuten principalmente en la población adolescente y adulta joven.
- Asimismo, la tasa de fecundidad general TFG 34.1 x 1,000 mujeres en edad reproductiva, lo que nos indica que el año 2006 nacieron 34 niños por cada mil mujeres en edad reproductiva.

## PROBLEMAS Y/O NECESIDADES DE OFERTA

- La mayor proporción de los usuarios del Hospital continúan siendo de Lima metropolitana y solo un pequeño porcentaje son pacientes referidos de las regiones. Sin embargo en el año 2008 la procedencia y porcentaje de la referencia de pacientes fue de 30.4% y sólo en el I semestre del año 2009 se tuvo un 22.71% de referencias, si proyectamos este dato a Diciembre se obtiene 45.14%, con lo cual habremos superado grandemente la meta alcanzada en el año 2008. Además se contará con la nueva obra del Metropolitano permitirá disminuir tiempos de llegada e intercomunicar las redes asistenciales.
- La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2008, sin embargo se debe hacer mayor hincapié en el año 2010 en el uso racional de medicamentos.
- En la garantía de los servicios que ofrecemos la acreditación es el proceso que permite asegurar la calidad de los servicios que brindamos siendo la meta a alcanzar como mínimo de 85%; en el año 2008 (primera auto evaluación) se obtuvo una meta del 41% y en el año 2009 (primera medición auto evaluación) se obtuvo una meta del 54% de cumplimiento con los estándares, sin embargo en la segunda medición de este año no se ha alcanzado la meta mínima que es del 85%.
- En general la producción de los servicios de Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica, mantiene un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad. En hospitalización se han atendido 17,613 egresos, habiendo tenido disponibles para ello 79,923 días cama, 64,449 paciente día y alcanzó un grado de uso en promedio de 80.6%.
- Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria, con énfasis a desarrollar proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a minimizar los riesgos, considerando acciones de control que cuenten con el debido financiamiento.
- El desarrollo del recurso humano mantiene un esquema tradicional que no contribuye de manera importante al logro de los objetivos institucionales y la innovación hospitalaria que el HSB se ha propuesto. Sin embargo se ha iniciado la implementación del Plan Táctico para el Desarrollo del Recurso Humano basado en competencias lo cual pretende contribuir en el mediano plazo al cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados en el largo plazo.
- En el presente ejercicio se ha adquirido equipamiento biomédico mediante reposición en mayor proporción que años anteriores, sin embargo la capacidad estructural del Hospital continúa siendo insuficiente a costa de problemas de infraestructura, se continúa con limitaciones de ambientes que afectan de manera importante la atención especializada.
- Se requiere continuar la implementación de las acciones tácticas de Docencia e Investigación que realiza el Hospital a través del Plan Táctico respectivo, de manera que contribuya al componente asistencial sobre todo de alta especialización.
- Se da énfasis a los proyectos de mejora continua (PMC) que contribuyan a la seguridad del paciente.
- Se requiere completar la actualización de la estructura normativa (ROF) de manera que se refleje la actual organización en la cual se desarrollan los procesos asistenciales y administrativos del Hospital.
- Se requiere más énfasis en la especialización de algunas áreas Logísticas de manera que se complemente eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas. Sin embargo se ha

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

#### **PROBLEMA PRIORIZADO 1**

Los servicios asistenciales que brindamos mantienen un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad, alcanzando un grado de uso en promedio de 80.6%, lo cual no contribuye de gran manera a la disminución de la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil, que continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias especialmente en los territorios más pobres y excluidos del País; entre otras condiciones la accesibilidad geográfica se ha incrementado ya que el porcentaje de referencias de pacientes es mayor con respecto al año 2008 apreciando embarazo en adolescentes, complicaciones del embarazo parto y puerperio, accesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, desnutrición crónica, EDA e IRA.

#### **PROBLEMA PRIORIZADO 2**

La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2009, se hace hincapié en el uso racional de medicamentos para el año 2010.

#### **PROBLEMA PRIORIZADO 3**

Existen necesidades de innovación en el desarrollo del recurso humano, docencia e investigación y de tecnologías en salud, que no contribuye de manera importante a brindar atenciones de alta especialidad que la población demanda cada vez en mayor número.

#### **PROBLEMA PRIORIZADO 4**

Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria debido a que no se han alcanzado aun los estándares mínimos que se exigen para la acreditación de nuestro Hospital.

#### **PROBLEMA PRIORIZADO 5**

Se han implementando acciones para mejorar la gestión administrativa, sin embargo se requiere más énfasis en algunas áreas como el sistema logístico, de manera que se apoye eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas

La priorización nos ha permitido determinar los cinco problemas que serán abordados con énfasis durante el año fiscal 2010, los mismos que están articulados a las Prioridades 2007 . 2011.

**según componentes de gestión hospitalaria**

El planeamiento operativo los 5 problemas priorizados para el periodo 2010 tienen similar jerarquía por lo tanto pueden ordenarse en relación a los 3 componentes de gestión establecidos en el Plan Estratégico.

Esta sistematización busca que la programación de objetivos y actividades se presente de manera más ordenada, de acuerdo a la estructura lógica de operatividad de las entidades de salud:

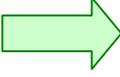
**PROBLEMAS PRIORIZADOS SEGÚN COMPONENTES DE GESTION**

COMPONENTE	PROBLEMA PRIORIZADO
Gestión Asistencial	<i>Los servicios asistenciales que brindamos mantienen un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad, alcanzando un grado de uso en promedio de 80.6%, lo cual no contribuye de gran manera a la disminución de la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil, que continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias especialmente en los territorios más pobres y excluidos del País; entre otras condiciones la accesibilidad geográfica se ha incrementado ya que el porcentaje de referencias de pacientes es mayor con respecto al año 2008 apreciando embarazo en adolescentes, complicaciones del embarazo parto y puerperio, accesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, desnutrición crónica, EDA e IRA.</i>
	<i>La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2009, se hace hincapié en el uso racional de medicamentos para el año 2010.</i>
Gestión Sanitaria	<i>Existen necesidades de innovación en el desarrollo del recurso humano, docencia e investigación y de tecnologías en salud, que no contribuye de manera importante a brindar atenciones de alta especialidad que la población demanda cada vez en mayor número.</i>
	<i>Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria debido a que no se han alcanzado aun los estándares mínimos que se exigen para la acreditación de nuestro Hospital.</i>
Gestión Administrativa	<i>Se han implementando acciones para mejorar la gestión administrativa, sin embargo se requiere más énfasis en algunas áreas como el sistema logístico, de manera que se apoye eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas</i>

La sistematización ha permitido correlacionar los componentes de gestión con los 5 problemas priorizados de la siguiente manera: 02 problemas en el componente gestión asistencial, 02 en el componente gestión sanitaria y 01 de gestión administrativa.

## OBJETIVOS DEL POA 2010

### Objetivos generales

Problema Priorizado		Objetivo General
<p>1 Los servicios asistenciales que brindamos mantienen un predominio de atenciones de mediana y baja complejidad, con discreto incremento de las atenciones de alta complejidad, alcanzando un grado de uso en promedio de 80.6%, lo cual no contribuye de gran manera a la disminución de la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil, que continúan siendo las dos principales situaciones sanitarias especialmente en los territorios más pobres y excluidos del País; entre otras condiciones la accesibilidad geográfica se ha incrementado ya que el porcentaje de referencias de pacientes es mayor con respecto al año 2008 apreciando embarazo en adolescentes, complicaciones del embarazo parto y puerperio, accesibilidad a métodos de planificación familiar, las afecciones perinatales, desnutrición crónica, EDA e IRA.</p>		<p>OG1 Desarrollar servicios con predominio de la alta especialización que atiendan la salud sexual y reproductiva de la mujer y la salud integral de los niños y adolescentes que acuden, según perfil epidemiológico del ámbito nacional.</p>
<p>2 La disponibilidad y acceso a medicamentos ha tenido importantes iniciativas de mejora que se han consolidado en el año 2009, se hace hincapié en el uso racional de medicamentos para el año 2010.</p>		<p>OG2 Lograr la disponibilidad de medicamentos para la atención hospitalaria e implementar las acciones que mejoren el uso racional de los mismos</p>
<p>3 Existen necesidades de innovación en el desarrollo del recurso humano, docencia e investigación y de tecnologías en salud, que no contribuye de manera importante a brindar atenciones de alta especialidad que la población demanda cada vez en mayor número.</p>		<p>OG3 Desarrollar la innovación de la oferta de servicios que permita la mejor atención de las necesidades de salud que requieren alta especialización.</p>
<p>4 Los riesgos en la seguridad del paciente se convierten en una prioridad hospitalaria debido a que no se han alcanzado aun los estándares mínimos que se exigen para la acreditación de nuestro Hospital.</p>		<p>OG4 Alcanzar niveles aceptables de calidad, focalizando la mejora en los procesos que permita fortalecer la oferta en función de los requerimientos de atención de la demanda.</p>
<p>5 Se han implementando acciones para mejorar la gestión administrativa, sin embargo se requiere más énfasis en algunas áreas como el sistema logístico, de manera que se apoye eficazmente a las necesidades asistenciales y administrativas.</p>		<p>OG5 Incrementar la eficiencia y eficacia de los procesos del sistema de gestión administrativa con énfasis en los procesos logísticos que contribuya al cumplimiento de la misión institucional.</p>

PROGRAMA ESTRATÉGICO: SALUD MATERNO NEONATAL

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la Morbimortalidad Materno Neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

POBLACION CON CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y QUE  
ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

REDUCCION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL

PROGRAMA ESTRATÉGICO: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES

REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

*Plan Operativo Anual 2010*

---

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

#### **IV. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**

MATRIZ Nº 2-C  
REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS ARTICULADAS A LA EFP 2010