



HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



PLAN OPERATIVO ANUAL 2011

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
DICIEMBRE 2010



DR. GAMERO QUICO ALVAREZ BASAURI

Director General

DR. JOSÉ GABRIEL SOMOCURCIO VÍLCHEZ

Sub. Director General

DR. GELBERTH JOHN REVILLA STAMP

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

DR. FREDDY OSWALDO CAMPAÑA GARAY

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración



Equipo Técnico:

Eco. GEORGETTE JANNINA ARNAO LOO

Jefe (e) de la Unidad de Planeamiento

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

**DIRECTORES ADMINISTRATIVOS:**

Lic. Adm. Daniel Olivas Ocaña
Dr. Luis Felipe Loyola García-Frías

Dra. Glicería Lavado De La Flor
Dr. Gustavo Frias Matos
Dr. Ricardo Manuel Sánchez Sevillano

Dr. Dino Cabrera Pinedo
Bach. César Jhony Carrasco Alzamora
Ing. Gary F. Ravello Arbulú

Sr. Walter Godofredo Baldeón Cruz
CPC Gladys Julia Huaytaya Ramos
Ing. Rosa Virginia Saavedra Ramírez
Bach. Ing. Julio Ruiz Burgos

Jefe de la Oficina Control Institucional
Director de la Oficina Epidemiología y Salud Ambiental
Directora de la Oficina de Gestión De La Calidad
Director de la Oficina Asesoría Jurídica
Director de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Director de la Oficina De Seguros
Director de la Oficina de Comunicaciones
Director de la Oficina de Estadística e Informática
Director de la Oficina de Personal
Directora de la Oficina de Economía
Directora de la Oficina de Logística
Director de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Departamentos Asistenciales:

Dr. Antonio Víctor Meza Salas
Dra. Victoria Reto Valiente
Dr. José Alejandro Torres Zumaeta
Dr. José Ramón Polanco Vargas
Dr. Robert Alejandro Torrejón Cachay
Dr. Rafael Chumpitaz Aguirre

Dr. Percy Delgado Rojas
Dr. Edilberto Córdova Reyes

Dra. Susana Del Carpio Ortmann

Dra. Nelly Sánchez Horman
Dra. Doris Reymer Reinoso

Lic. Hilda Elvira Parra Cabrera
Qf. Dalila Inga Tello
Lic. Gladys Nerelia Panduro Vásquez
Lic. Aurora Hinostroza Cañari
Lic. Marcelino Auccasi Rojas

Jefe del Departamento Medicina
Jefa del Departamento Pediatría
Jefe del Departamento Gineco - Obstetricia
Jefe del Departamento Cirugía
Jefe del Departamento Cirugía de Especialidades
Jefe del Departamento Emergencia y de Cuidados Críticos
Jefe del Departamento Odontología
Jefe del Departamento Anestesiología, Centro Quirúrgico
Jefa del Departamento Patología Clínica y Anatomía Patológica
Jefa del Departamento Diagnóstico por Imágenes
Jefa del Departamento Medicina De Rehabilitación
Jefa del Departamento Psicología
Jefa del Departamento Farmacia
Jefa del Departamento Nutrición
Jefa del Departamento Servicio Social
Jefa Del Departamento De Enfermería



“Cuando lo que haces te provoca dar lo mejor de ti sin esperar recompensa, haz encontrado tu vocación.”

Gustavo Estrada Luque



FORMULACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2011 DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE
INDICE

	PAGINA
PRESENTACIÓN	7
GENERALIDADES	8
1.1. Visión	8
1.2. Misión	9
1.3. Denominación, Naturaleza y Fines	10
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	11
2.1 Análisis de la Demanda de Salud	11
2.1.1 Características de la población: indicadores sociales, demográficos y económicos	11
2.1.2 Situación de salud: indicadores sanitarios de morbi-mortalidad.	12
2.1.3 Accesibilidad: factores geográficos, económicos, culturales, etc.	22
2.2 Análisis de la Oferta del Establecimiento de Salud	23
2.2.1 Gestión de los Servicios de salud	23
2.2.2 Recursos en Salud	30
2.2.2.1 Recursos Humanos	30
2.2.2.2 Recursos Financieros	31
2.2.2.3 Recursos Tecnológicos	32
2.2.2.4. Condiciones de la Infraestructura	35
2.3 Análisis de los Determinantes de la Salud	38
2.3.1 Agua y Saneamiento	38
2.3.2 Exclusión Social: Pobreza, ingreso y empleo	38
2.3.3 Medio Ambiente	38
2.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional	39
2.3.5 Situación Educativa	40
2.4 Identificación de Problemas	40
2.4.1 Problemas Identificados en la Demanda	40
2.4.2 Problemas Identificados en la Oferta	41
2.4.3 Priorización de los Problemas	41
OBJETIVOS GENERALES	42
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	45



PRESENTACION

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en cumplimiento de la Directiva Administrativa N° 170/MINSA/OGPP V.01: “Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011 - Ministerio de Salud”, aprobada por Resolución Ministerial N° 028/MINSA, con fecha 10 de Enero de 2011, presenta el Plan Operativo Anual 2011 del Hospital Nacional Hipólito Unanue; documento de gestión que sintetiza los objetivos que las Unidades Orgánicas se han propuesto alcanzar para el año 2011, asimismo está enmarcada en el Plan Estratégico Institucional vigente del Hospital, así como también en los Objetivos Estratégicos del Pliego, el Acuerdo Nacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Además están vinculados básicamente a los objetivos comunes en este último año, los cuales están definidos en el Programa Estratégico Salud materno Neonatal, el Programa Estratégico Articulado Nutricional, TBC- VIH/SIDA, Enfermedades no Trasmisibles y Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis; vinculada a la Estructura Funcional Programática y las metas SIAF.

En función a estos parámetros se presenta el Plan Operativo del Hospital, también se articula las metas físicas con las metas presupuestales, la intención es presentar progresivamente la elaboración de metas físicas en función de la oferta y la demanda a satisfacer, la cual para la jurisdicción que nos corresponde está creciendo constantemente, sobre todo si tomamos en consideración que a nivel de la DISA IV Lima Este; somos el único Hospital de nivel III - 1, por tanto la demanda a satisfacer podría aumentar la oferta actualmente disponible.

DR. GELBERTH JOHN REVILLA STAMP
DIRECTOR EJECUTIVO
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO



1. GENERALIDADES

1.1. Visión¹

Ser un complejo hospitalario sin fronteras, de alto nivel de especialización, que brinde atención integral y humanista a la población en general, desarrollándose como un Centro de Atención en Especialidades de Alta Complejidad.

1.2. Misión²

Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

Somos una organización de salud que ofrece servicios integrales y especializados para las necesidades de salud de la población del ámbito jurisdiccional y como referente nacional, contando para ello con un potencial humano en constante capacitación, que desarrolla actividades de docencia e investigación científica; disponiendo de un equipamiento adecuado y de tecnología actualizada, en condiciones de competitividad y de calidad de servicio, en el marco de un nuevo modelo de atención de la salud.

1.3. Denominación, Naturaleza y Fines³

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un Órgano Desconcentrado de la Dirección de Salud IV Lima Este. Tiene su domicilio legal en la Av. César Vallejo N° 1390, distrito de El Agustino.

Estructura Orgánica

El Hospital para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales tiene la siguiente Estructura Orgánica:

A. Órgano de Dirección

Dirección General.

B. Órgano de Control

Órgano de Control Institucional.

C. Órganos de Asesoramiento

1. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
2. Oficina de Asesoría Jurídica
3. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
4. Oficina de Gestión de la Calidad

D. Órganos de Apoyo

1. Oficina Ejecutiva de Administración.
 - Oficina de Personal.
 - Oficina de Economía.
 - Oficina de Logística.
 - Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
2. Oficina de Comunicaciones.
3. Oficina de Estadística e Informática.
4. Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.
5. Oficina de Seguros.

⁰¹¹ Reglamento de Organización y Funciones. Artículo 5°

⁰¹² Reglamento de Organización y Funciones. Artículo 6°

⁰¹³ Reglamento de Organización y Funciones. Artículo 7°, 8° y 9°

**E. Órganos de Línea****1. Departamento de Medicina**

- Servicio de Medicina Interna I
- Servicio de Medicina Interna II
- Servicio de Medicina Interna III
- Servicio de Gastroenterología
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Nefrología
- Servicio de Neumología
- Servicio de Medicina de otras Especialidades

2. Departamento de Cirugía

- Servicio de Cirugía General
- Servicio de Cirugía Pediátrica

3. Departamento de Cirugía de Especialidades

- Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular
- Servicio de Otorrinolaringología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Urología
- Servicio de Traumatología y Ortopedia
- Servicio de Neurocirugía
- Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo-Facial
- Servicio de Cirugía Plástica y Quemados

4. Departamento de Pediatría

- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología

5. Departamento de Gineco-Obstetricia

- Servicio de Ginecología
- Servicio de Obstetricia
- Servicio de Reproducción Humana

6. Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

- Servicio de Emergencia
- Servicio de Cuidados Intensivos
- Servicio de Trauma Shock

7. Departamento de Odontología

- Servicio de Odontología Clínica
- Servicio de Cirugía Maxilofacial

8. Departamento de Anestesiología, Centro Quirúrgico

- Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Servicio de Recuperación
- Servicio de Terapia del Dolor

9. Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

- Servicio de Patología Clínica
- Servicio de Anatomía Patológica
- Servicio de Hematología y Banco de Sangre.

10. Departamento de Diagnóstico por Imágenes

- Servicio de Radiología Convencional
- Servicio de Ecografía

11. Departamento de Medicina de Rehabilitación

- Servicio de Lesiones Neuromotoras



- Servicio del Desarrollo Psicomotor
- Servicio de Terapias Especializadas.

12. Departamento de Psicología

- Servicio de Psicología Clínica
- Servicio de Psicología de la Salud

13. Departamento de Nutrición y Dietética

- Servicio de Alimentación
- Servicio de Dietoterapia.
- Servicio de Servicio de Nutrición Integral

14. Departamento de Servicio Social

- Servicio de Atención Social
- Servicio de Atención de Asegurados

15. Departamento de Farmacia

- Servicio de Farmacia
- Servicio de Farmacotecnia

16. Departamento de Enfermería

- Servicio de Apoyo a Consulta Externa
- Servicio de Apoyo a Hospitalización
- Servicio de Apoyo al Centro Quirúrgico
- Servicio de Apoyo a Emergencia y Cuidados Críticos
- Servicio de Centro de Esterilización
- Servicio de Inmunizaciones
- Servicio de CRED

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1. Análisis de la Demanda de Salud

2.1.1 Características de la Población:

- Indicadores Sociales

Se considera pobre a aquellas personas cuyo gasto per cápita, valorizada monetariamente, no supera el costo de la canasta alimentaria y no alimentaria, expresada como Línea de pobreza.

Índice de desarrollo humano - IDH

Los datos muestran que el IDH de los Distritos de la DISA IV, presentan cifras similares comparativamente con el IDH del Perú, Departamento de Lima y DISA IV L.E; alcanzando según la clasificación un IDH de 0.6696 como promedio de los distritos, ubicándose en el nivel mediano. Sin embargo cuando observamos la ubicación, Cieneguilla y Lurigancho se encuentran en los puestos 66 y 54 del ranking nacional en relación al total (1834) distritos del Perú. En el otro extremo con mejor desarrollo humano y ubicado entre los diez mejores se encuentran La Molina en el puesto 4, seguido de Chaclacayo en el puesto 28.

Cuadro N° 01: Índice de Desarrollo Humano en los distritos de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Unidad de análisis	Índice de Desarrollo Humano	
	IDH	ranking
Perú	0,6234	
Dpto.Lima	0,6788	1
Lima Este	0,6696	
Ate	0,6692	49
Chaclacayo	0,6873	28
Cieneguilla	0,6609	66
El Agustino	0,6699	48
La Molina	0,7369	4
Lurigancho	0,6652	54
San Juan de Lurigancho	0,6674	52
Santa Anita	0,6770	35

Fuente: PENUD

Vida larga y saludable

La mejor esperanza de vida al nacer se encuentra en La Molina con 76,5 años de vida, el resto de distritos de la jurisdicción se encuentran en posición intermedia, el último es Lurigancho con 74,5 años de vida.

Educación

Respecto al alfabetismo el distrito de La Molina tiene mejor indicador con 99,2%, el distrito que muestra menor porcentaje en este rubro es Cieneguilla con 94,9%.

Con respecto a la escolaridad en el ranking La Molina se encuentra en el puesto 104 y en el último puesto se encuentra Santa Anita en el puesto 786.

Respecto al logro educativo existe correspondencia con IDH nacional, La Molina se presenta en el puesto 6 y Cieneguilla en el puesto 201.

Nivel de vida digno



Respecto al ingreso per cápita se encuentra La Molina tiene un ingreso de 812,2 nuevo soles per cápita encontrándose en el puesto 19 y Cieneguilla tiene 584,4 nuevos soles per cápita encontrándose en el puesto 78.

Situación Educativa

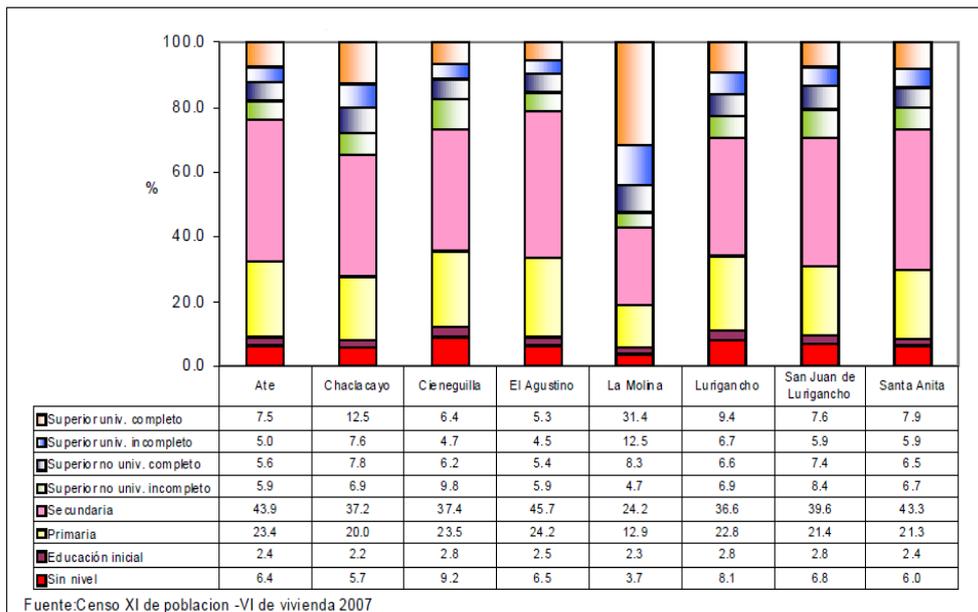
La población analfabeta (15 años y mas), es decir que no sabe leer ni escribir según datos del Censo Nacional 2007: XI de población y VI de vivienda del INEI 2007 comparativamente con 1993, muestra un mayor acceso a educación en todos los distritos que registran cifras superiores al 95% y como promedio regional el porcentaje es 97.7%; cifras ligeramente inferiores a la provincia y departamento de Lima 98.17%, 97.90% y ligeramente inferior al Perú. El comportamiento observado en la tasa de analfabetismo en la mujer también muestra que está (5%) por encima del promedio a nivel de provincia (3%) y departamento (4%).

Cuadro Nº 02: Nivel Educativo en los distritos de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue-2007.

Table with 9 columns: Nivel Educativo, Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, San Juan de Lurigancho, Santa Anita. Rows include Sin nivel, Educación inicial, Primaria, Secundaria, Superior no univ. incompleto, Superior no univ. completo, Superior univ. incompleto, Superior univ. completo, and Total.

Fuente: Censo XI de población -VI de vivienda 2007

Cuadro Nº 03: Porcentaje del Nivel Educativo en los distritos de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2007.



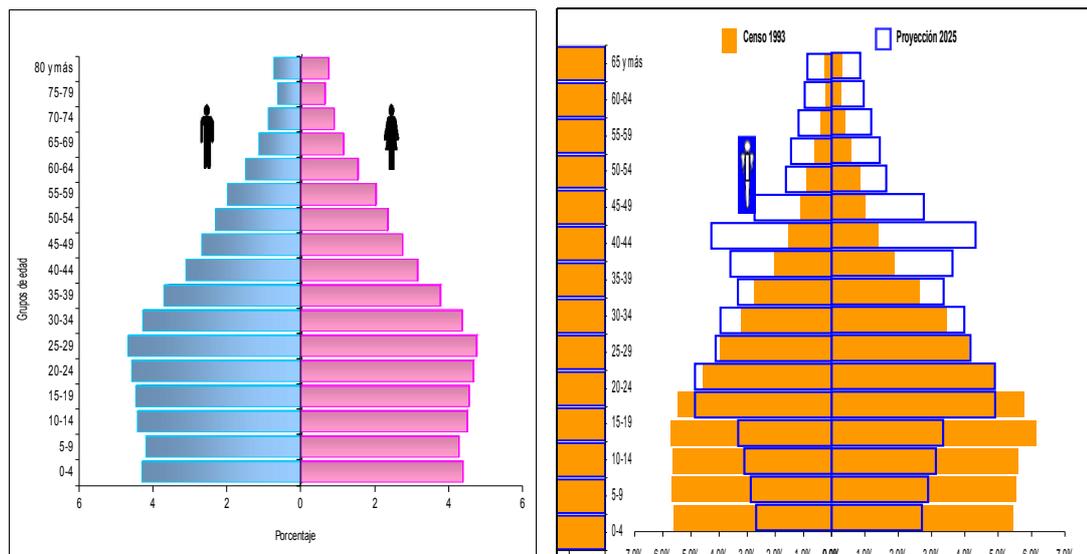
Fuente: Censo XI de población -VI de vivienda 2007

- Indicadores Demográficos

Composición y estructura de la población

Datos de los censos 1993/2007 realizados en nuestro país por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI y el estimado del 2009 al 2025, muestra cambios importantes en todos los grupos de edad de la pirámide poblacional. De una pirámide de base ancha se modifica a una base mas reducida con un incremento progresivo en el centro (población económicamente activa) y con un vértice mas amplio (adultos mayores); asimismo, la tendencia en el período censal evidencia una disminución de niños, un mayor incremento de población joven e incrementándose los adultos mayores que en un alto porcentaje es económicamente "dependiente" que más requiere de la atención médica y frecuentemente exige hospitalización con más intensidad a medida que avanza en edad. Datos que responden primero a la disminución de la natalidad y a un incremento de la esperanza de vida; así como al descenso de la fecundidad. El 2009 la población total asignada a la DISA IV Lima Este, fue 2'098,984 personas distribuidas en los ocho distritos. El 50,3% (13'792,577) son mujeres y el 49,7% (13'626,717) son varones

Gráfico N° 01: Pirámide poblacional estimada DISA IV Lima Este años 2009 y 2025



Fuente: INEI y elaborado - Oficina Epidemiología

Población por etapas del ciclo de vida

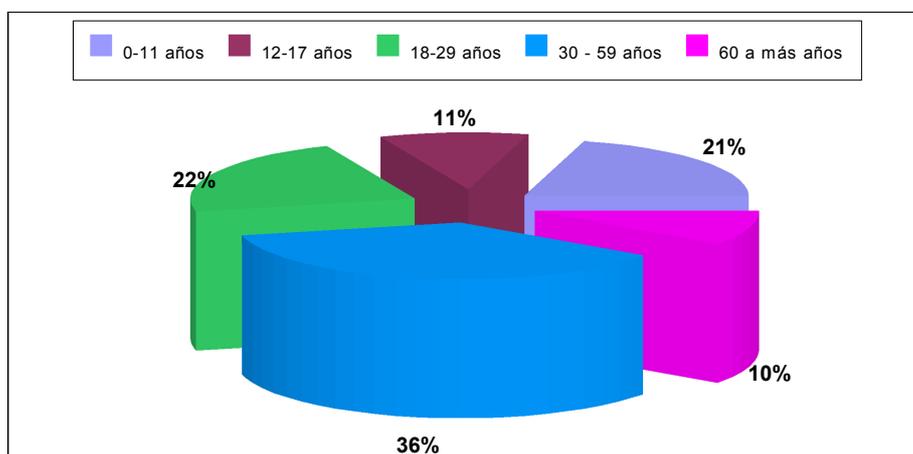
La mayor proporción de población se concentra en los grupos adulta(o) y joven con 36% y 22% respectivamente, ambos grupos objetivos acumulan 58% (1'233,563 personas) del total de la población.

En tercer lugar lo ocupan el grupo de niño(a) con 21%. En el cuarto y quinto lugar los adultos(as) mayores y adolescente con 11 y 10% respectivamente.

Cuadro N° 04: Población por etapas de ciclo de vida, grupos de interés y distritos de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2009.

Distritos	Población (Hab.)	Superficie (KM²)	%	Densidad Pob. (hab/km²)	Población por Etapas de Ciclo de vida					Pob<15 años	Pob>64 años	Pob 15-64 años	Mujeres en Edad Fértil (MEF)		Cesantes	Nacimientos	Menor 1 año
					0-11 años	12-17 años	18-29 años	30 - 59 años	60 a más años				16-20 años	15-49 años			
DISA IV Lima Este	2.098.984	810,62	100	2589	433.955	225.063	468.472	765.091	206.403	546.753	142.547	1.409.684	94.196	586.467	43.877	36.189	36.075
Ate	482.620	83,19	23,0	5801	99780	51.749	107.716	175.917	47.458	125.716	32.776	324.128	21.718	135.221	10.116	8.325	8.295
Chaclacayo	40.687	42,62	1,9	955	8414	4.362	9.080	14.830	4.001	10.600	2.763	27.324	1.875	11.672	873	702	699
Cieneguilla	18.814	225,82	0,9	83	3888	2.018	4.200	6.857	1.851	4.899	1.279	12.636	832	5.182	388	324	323
El Agustino	168.142	13,16	8,0	12777	34764	18.028	37.528	61.288	16.534	43.799	11.419	112.924	7.530	46.883	3.507	2.903	2.890
La Molina	143.697	48,32	6,8	2974	29710	15.407	32.072	52.378	14.130	37.431	9.759	96.507	6.958	43.316	3.241	2.481	2.470
Lurigancho	160.044	246,85	7,6	648	33087	17.162	35.720	58.337	15.738	41.689	10.869	107.486	7.149	44.514	3.330	2.763	2.751
San Juan de Lurigancho	898.554	139,9	42,8	6423	185771	96.348	200.548	327.529	88.358	234.060	61.021	603.473	39.761	247.547	18.521	15.473	15.443
Santa Anita	176.211	10,76	8,4	16376	36429	18.895	39.329	64.230	17.328	45.899	11.967	118.345	7.921	49.318	3.690	3.042	3.028
Parte Rimac*	10.215		0,5		2112	1.094	2.279	3.725	1.005	2.660	694	6.861	452	2.814	211	176	176

Gráfico N° 02: Porcentaje por etapas de ciclo de vida, grupos de interés y distritos de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2009.



Fuente: INEI -Dirección técnica de demografía

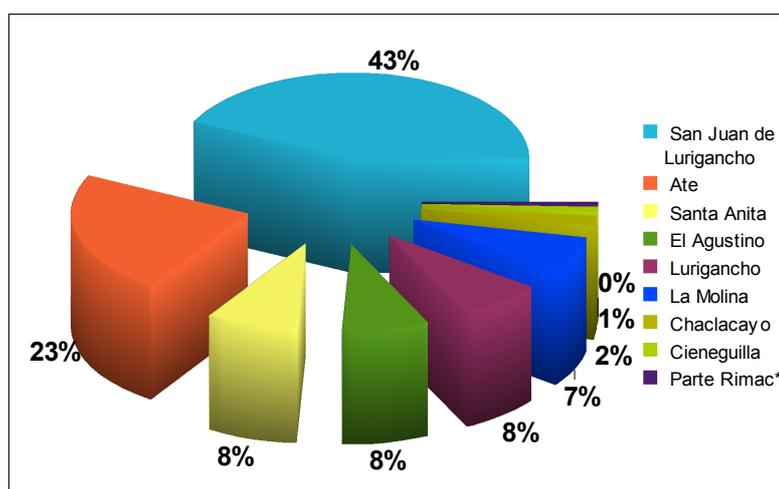
Población por distritos

La población en los últimos 35 años en cifras absolutas creció en seis veces, de 345,026 (1972) habitantes se incrementó a 2'111,289 habitantes; sin embargo, la velocidad de este crecimiento es decreciente de 7.98%, descediendo a 5.31% entre los periodos intercensales de 1972/2007 según datos del INEI. En los próximos 18 años (2007 al 2025) la población crecerá en una proporción de dos veces más, es decir de 2'111,289 a 4'219,904 habitantes expresada en una tasa de crecimiento de 4.09%.

El comportamiento del crecimiento por distritos muestra al interior de cada uno de ellos diferencias significativas. El distrito de San Juan de Lurigancho, uno de los más jóvenes después de Santa Anita, tenía 13% seguido de Ate y La Molina ambas con cifras similares del 10% mostrando la mayor tasa de crecimiento en los setenta, sin embargo la velocidad de crecimiento de los tres es decreciente. En el otro extremo, con un crecimiento en ascenso se encuentra el distrito de Cieneguilla que pasó de 6.74% a 6.97% según datos del periodo intercensal 1992/2007. Si observamos la población proyectada al 2015 y 2025 sigue decreciente excepto para Cieneguilla y Lurigancho que expresan crecimiento.

Cuadro N° 05: Población por distrito 2009.

Distritos	Población (Hab.)	Superficie (KM2)	%	Densidad Pob.(hab / km2)
DISA IV Lima Este	2.098.984	810,62	100	2589
San Juan de Lurigancho	898554	139,9	42,8	6423
Ate	482620	83,2	23,0	5801
Santa Anita	176211	10,8	8,4	16376
El Agustino	168142	13,2	8,0	12777
Lurigancho	160044	246,9	7,6	648
La Molina	143697	48,3	6,8	2974
Chaclacayo	40687	42,6	1,9	955
Cieneguilla	18814	225,8	0,9	83
Parte Rimac*	10215	0,0	0,5	0

Gráfico N° 03: Porcentaje de Población por Distrito de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue


Fuente: INEI y elaborado por la Dirección técnica de demografía y MINSa- O.G.E
*Población asignada al Centro de Salud Piedra Liza

Tasa bruta de natalidad

En los últimos años este indicador muestra una reducción mínima de 13.6 a 10.6 nacimientos por cada mil habitantes; cifras inferiores al promedio nacional (22.6) y el promedio de Lima (17.7) del 2005. Las mayores TBN según distritos corresponden a cuatro distritos de los ocho. En primer lugar se encuentra Santa Anita (16) el distrito más joven que presentó una tendencia ascendente. Le siguen los distritos de Ate, Cieneguilla y El Agustino que registraron cifras similares, es decir 14 nacimientos por cada mil habitantes.

En tanto los otros cuatro distritos que presentan las TBN menores al resto son los distritos de San Juan de Lurigancho, Lurigancho y Chaclacayo que presentan cifras similares (11), en este grupo los dos últimos presentan un incremento acelerado, y el distrito que presenta la TBN más baja es La Molina que muestra una tendencia descendente de 12.6 a 5.8 nacimientos por cada mil habitantes en estos últimos años

Cuadro Nº 06: Tasa Bruta de Natalidad por distritos de Lima Este, 1999 - 2005.

Total Población 1999-2005	Tasa Bruta Natalidad Según Años							TBN 1999-2005
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
12.437.381	13,62	14,10	14,15	12,72	11,92	12,58	10,63	12,79
2.809.997	14,88	13,93	14,43	12,46	14,73	18,88	14,02	14,69
295.106	10,97	10,64	11,06	10,54	11,67	12,04	11,54	11,21
93.393	14,14	13,68	15,49	11,95	15,34	16,25	15,08	14,62
1.165.011	15,15	14,00	13,76	12,84	13,54	16,47	13,55	14,19
883.234	12,63	12,51	12,50	10,36	10,40	11,93	5,80	10,87
831.296	10,07	9,31	11,46	10,47	11,19	12,45	18,03	11,64
1.059.851	14,66	15,02	16,17	14,71	15,95	19,62	15,69	16,02
5.299.493	13,27	15,28	14,55	13,35	9,55	7,39	7,06	11,39

Fuente: 1999-2002(INEI),2003-2004(MINSA -Dirección Estadística -Nacimientos);2005 Oficina Estadística de Lima Este

Migración

La población migrante de un lugar a otro obedece generalmente, al interés por alcanzar mejores condiciones de vida y que afecta la dinámica de crecimiento y la composición de la población, también produce cambios sociales y económicos. La medición y cuantificación de las migraciones internas es por lugar de nacimiento y empadronamiento (migración de toda la vida); y por lugar de residencia de los últimos 5 años (migración reciente).

La población migrante de toda la vida en el Perú y departamento de Lima es 20.2 y 34 % respectivamente; es decir, que nació en otros departamentos del país en el 2007. En comparación al 1993 disminuyó de 36.7% a 34% en Lima. La migración reciente, es decir por lugar de residencia de los últimos 5 años antes del censo muestra que 94% de 5 y más años de edad viven en la misma localidad que hace cinco años y que expresa el 6.5% de la población y se evidencia una ligera disminución en comparación al censo 1993 que presentó el 7.5%. Para el tercer indicador es 10.4% es decir hogares con algún miembro de la familia en otro país; según datos de periodo intercensal 1993/2007 - INEI.

Cuadro Nº 07: Migración por distrito de la DISA IV Lima Este, 2009

Distritos	Población	Pob.migrante(p or lugar de nacimiento)	Pob.migrante(l ugar de nacimiento)	Pob. migrante(lugar de residencia 5 años antes)	Pob. migrante(por lugar de residencia 5 años antes)	Hogares con algún miembro en otro país	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
PERU	28220764	5460296	19,9	1537099	6,2	704746	10,4
Dpto. de LIMA	8445211	2781145	32,9	614648	8,0	323137	15,6
Provincia LIMA	7605742	2873525	37,8	661082	9,5	294631	15,8
Lima Este	2111289	1173782	53,5	350695	20,2	70484	14,1
S.J.de Lurigancho	898443	491786	54,7	128327	15,7	27101	12,9
Ate	478278	275190	57,5	83597	19,3	15374	13,2
Santa Anita	184614	111807	60,6	36738	21,9	5617	12,8
La Molina	132498	97477	73,6	34295	27,6	6725	19,8
Lurigancho	169359	86524	51,1	32386	21,1	6812	16,3
El Agustino	180262	76864	42,6	23777	14,5	6090	15
Chaclacayo	41110	20151	49,0	6286	16,6	2220	22,2
Cieneguilla	26725	13983	52,3	5289	21,8	545	11,4

3/ Excluye a la población nacida en otro país y la que no especificó su lugar de residencia 5 años antes.

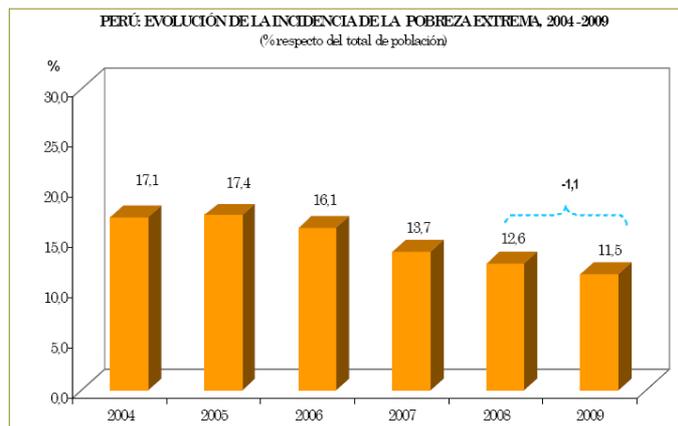
Fuente : INEI - Censos Nacionales 2007 : XI de Población y VI de Vivienda- Elaborado Oficina de Epidemiología

- Indicadores Económicos

Mapa de pobreza

Los mapas de pobreza provincial y distrital 2007 en su elaboración combinó variables del XI Censo de Población y VI de Vivienda 2007-INEI, la Encuesta Nacional de Hogares 2007 (ENAHO) y otras fuentes de datos como el Registro Nacional de Municipalidades RENAMU 2007, Censo de Talla en Escolares 2005, entre otras; con la finalidad de reflejar la realidad socioeconómica y demográfica del Perú al nivel más desagregado y por ende es un importante instrumento e insumo para focalizar ámbitos de intervención y rediseño de estrategias de los programas sociales según Decreto Supremo N° 080-2007, contribuyendo a mejorar la capacidad de desarrollo de las personas y puedan llevar una mejor calidad de vida. (Nota de prensa N° 021, febrero 2009 INEI).

Gráfico N°04: Evolución de la Pobreza 2009



Fuente: INEI – Informe Técnico: Evolución de la Pobreza 2009

Ingresos

Los ingresos insuficientes para cubrir el gasto per cápita valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo necesario para adquirir una canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos

Los distritos con mayor proporción de población pobre (Con al menos un NBI) son, Cieneguilla (34.1%, Lurigancho (32.6%), San Juan de Lurigancho (31.8%), Ate (31.4%). Distritos según medición de FONCODES se ubican en los quintiles III y IV. Asimismo los distritos con mayor proporción de población en extrema pobreza (con 2 o más NBI) son Ate (8.5%), Cieneguilla (8%), S.J.Lurigancho (7.6%), y Lurigancho con 7.5%.

Resultados de la medición de la pobreza monetaria (línea de pobreza) tiene una incidencia de pobreza total de 21.7% y el 1.1% incidencia de pobreza extrema del total de la población de la DISA IV LE. De los 8 distritos, Lurigancho (27.2%) y Cieneguilla (26.9%) presentan mayor incidencia de pobreza total en el ámbito jurisdiccional, mientras que con incidencia de pobreza extrema el distrito de mayor porcentaje también son Lurigancho (2%) y Cieneguilla (1.8%).



2.1.2 Situación de salud: indicadores sanitarios de morbi-mortalidad.

– MORBILIDAD HOSPITALARIA

La causa principal de morbilidad hospitalaria se encuentra el aborto incompleto, sin complicaciones con un 6.1% , seguida por apendicitis aguda, no especificada con un 3.7%; en el cuadro se puede apreciar que el cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis se encuentra como tercera causa de morbilidad hospitalaria, las otras siete restantes son en un menor porcentaje.

Cuadro Nº 08: Primeras diez causas de morbilidad hospitalaria.

Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL				
1	O06.4	ABORTO N/E INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	1.409	6,1
2	K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	852	3,7
3	K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	557	2,4
4	P36.9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	521	2,3
5	P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	401	1,7
6	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	283	1,2
7	K40.9	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION	255	1,1
8	O02.1	ABORTO RETENIDO	188	0,8
9	O23.3	INFECCION DEOTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS, EN EL EMBARAZO	187	0,8
10	K80.2	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	181	0,8
		TODAS LAS DEMAS CAUSAS	18.143	79,0

FUENTE: COMPENDIO ESTADISTICO 2009

– MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

La hipertensión esencial (primaria) sigue siendo la causa principal de la morbilidad en consulta externa con un 4%, en el cuadro se observa, que gran parte de los daños o causas pudieron haberse atendidos en establecimientos de menor complejidad

Cuadro Nº 09: Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa

Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL				
1	I10.X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	7580	4,0
2	H52.7	TRANSTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	3604	1,9
3	N40.X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	3252	1,7
4	M19.9	ARTROSIS NO ESPECIFICADA	3189	1,7
5	J98.0	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUEOS	3005	1,6
6	J02.9X	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2785	1,5
7	E14.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	2639	1,4
8	E11.9	DIABETES MELLITUS, NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	2579	1,3
9	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2528	1,3
10	N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2509	1,3
		TODAS LAS DEMAS CAUSAS	157912	82,4

FUENTE: COMPENDIO ESTADISTICO 2009

- **MORBILIDAD EMERGENCIA**

Como primera causa de morbilidad en emergencia tenemos el trabajo de parto con un 10.6%, seguida de otros dolores abdominales y los no especificados con un 6.5% y otras causas con menores porcentajes como se muestra en el cuadro

Cuadro Nº 10: Primeras diez causas de morbilidad en los distintos servicios de Emergencia

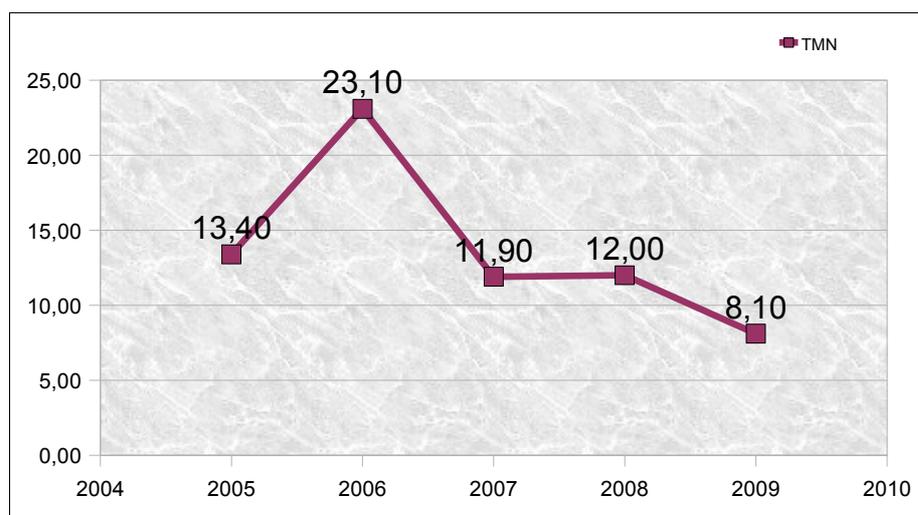
Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL				
1	O62.3	TRABAJO DE PARTO	6820	10,6
2	R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	4179	6,5
3	O47.9	AMENAZA DE PARTO (FALSO TRABAJO DE PARTO) SIN ESPECIFICAR	2643	4,1
4	A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2580	4,0
5	J00.X	RINOFARINGITIS AGUDA, RENITIS AGUDA	1698	2,6
6	T00.9	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES NO ESPECIFICADOS	1698	2,4
7	N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1568	2,2
8	S06.8	OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1392	2,2
9	R50.9	FIEBRE NO ESPECIFICADA	1286	2,0
10	O06.4	ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	1301	2,0
		TODAS LAS DEMAS CAUSAS	39655	61,4

FUENTE: COMPENDIO ESTADISTICO 2009

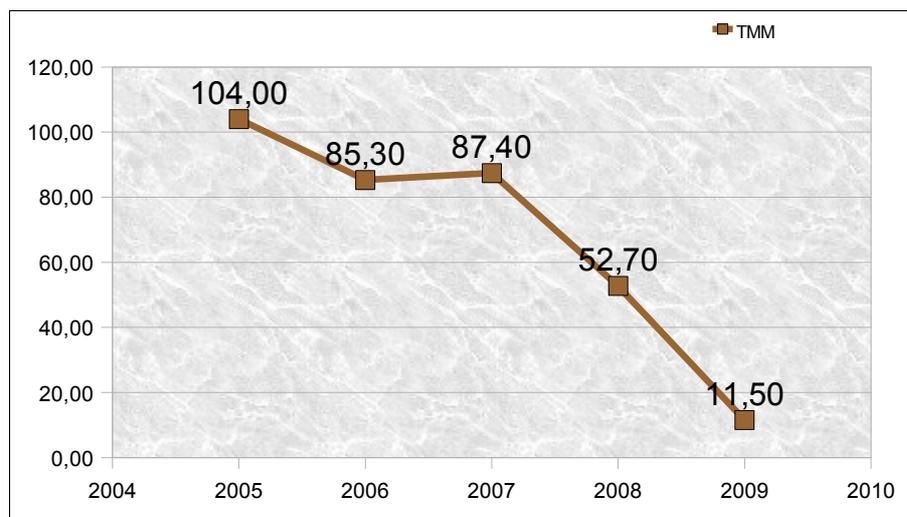
- **INDICADORES DE MORBI - MORTALIDAD MATERNA PERINATAL**

En la tasa de mortalidad neonatal precoz, se puede observar un incremento el año 2006, cabe señalar que en este año se invirtió en el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento del servicio de UCI Neonatal, reflejandose a partir del año 2007 una disminución marcada como se aprecia en el año 2009.

Gráfico Nº 05. Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz. Años 2005-2009

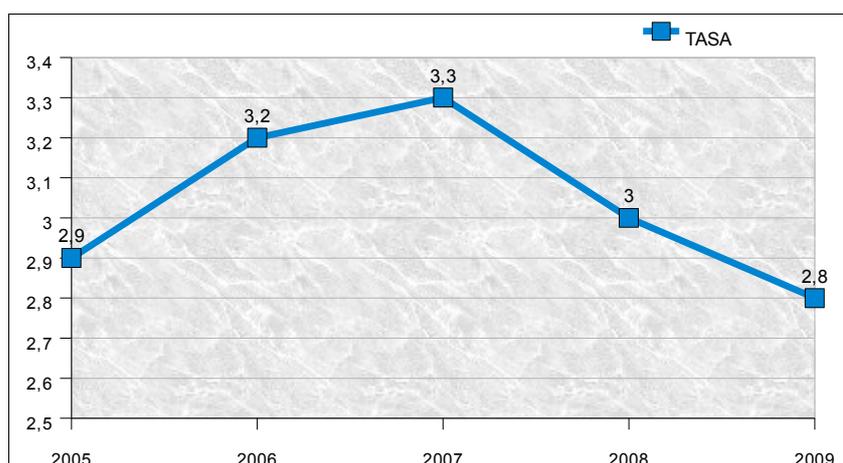


Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU.

Gráfico N° 06. Tasa de Mortalidad Materna. Años 2005-2009


Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU.

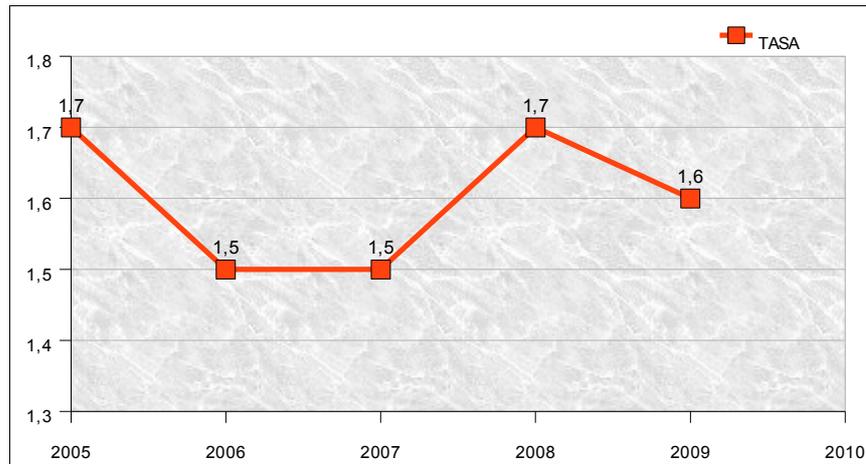
En la Tasa de Mortalidad Materna se observa un elevado porcentaje de muertes maternas con patologías que no pudieron ser tratadas a tiempo ya que llegaron por referencia (establecimientos ubicados en San Juan de Lurigancho, Vitarte y del AAHH de Huaycán), a partir del 2008 se puede notar una disminución muy marcada ya que se da inicio a los programas estratégicos de Salud Materno Neonatal implementándose con equipamiento e insumos médicos el servicio de ginecología y obstetricia

Gráfico N° 07. Tasa de Mortalidad Bruta. Años 2005-2009


Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU.

Se observa que en el año 2007, la tasa de mortalidad bruta alcanza un nivel muy alto de 3,3%; empezando a mostrar una disminución a partir del año 2008 con un 3% y 2009 con 2.8% por debajo del estándar (4.0).

Gráfico N° 08. Tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias 2005-2009.



Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU

Se observa una disminución de las infecciones intrahospitalarias desde el año 2005, en el año 2008 se aprecia un ligero aumento pero con el trabajo coordinado y oportuno entre el personal de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y el personal profesional y técnico se logra una disminución en el año 2009 adoptándose medidas de bioseguridad, principalmente en los servicios que pueden presentar mayor riesgo para los pacientes.

En relación al manejo de residuos sólidos ha sido observado el centro de acopio de estos en el hospital. Para lo cual se ha programado la ejecución de este proyecto de inversión.

– **MORTALIDAD HOSPITALARIA**

El cuadro nos muestra que las causas de muertes es de origen infeccioso, predominando la neumonía, no especificada alcanza un 10%, otros recién nacidos pretermino 7,4% y TBC de pulmón sin mención de confirmación bacteriológica.

Cuadro N° 11: Primeras diez causas identificadas de mortalidad hospitalaria.

N°	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			648	100
1	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	65	10,0
2	P07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	48	7,4
3	A16.2	TBC DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HC	22	3,4
4	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	22	3,4
5	P07.2	INMATURIDAD EXTREMA	20	3,1
6	B20.0	ENF. POR VIH, RESULTANTE EN INFECCIONES POR MICROBACTERIAS	18	2,7
7	A15.3	TBC DE PULMON, CONFIRMADA POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	13	2,0
8	Q24.9	MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	13	2,0
9	C34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE N/E	12	1,9
10	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	10	1,5
		TODAS LAS DEMAS CAUSAS	405	62,5

FUENTE: COMPENDIO ESTADISTICO 2009-HNHU

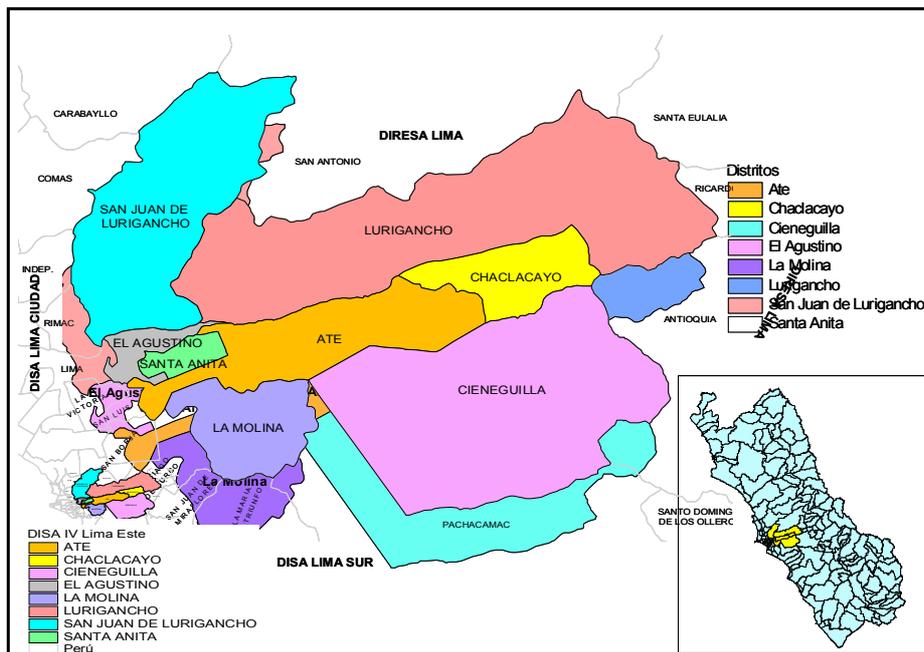
2.1.3 Accesibilidad: factores geográficos, económicos, culturales.

2.1.3.1 Características Geográficas

Ubicación: El Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra ubicado en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino, su área de influencia está circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Salud Lima-Este (DISA IV), el que abarca los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho., en una extensión territorial de 814 kilómetros cuadrados .

Limites: Por el Sur con los distritos Pachacamac, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Santiago de Surco, por el Oeste con Comas, Independencia, Rímac, La Victoria, Lima Cercado, San Luís y San Borja. Por el Norte con Comas, Carabayllo, San Antonio y Santa Eulalia. Por el Este con Ricardo Palma, Santa Eulalia y Antioquia de la provincia de Huarochirí.

MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA



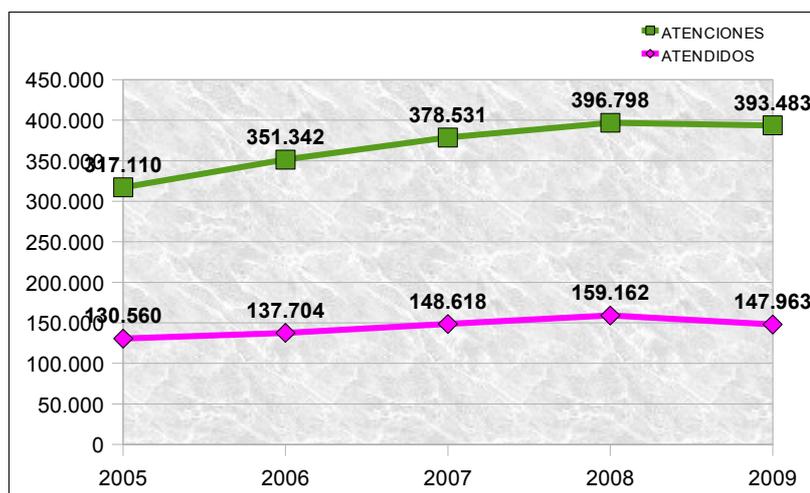
2.2. Análisis de la Oferta del Establecimiento de Salud

2.2.1 Gestión de los servicios de Salud:

Consulta Externa

Gráfico 09. N° de Atenciones y Atendidos por

Consulta externa - HHU - 2005-2009

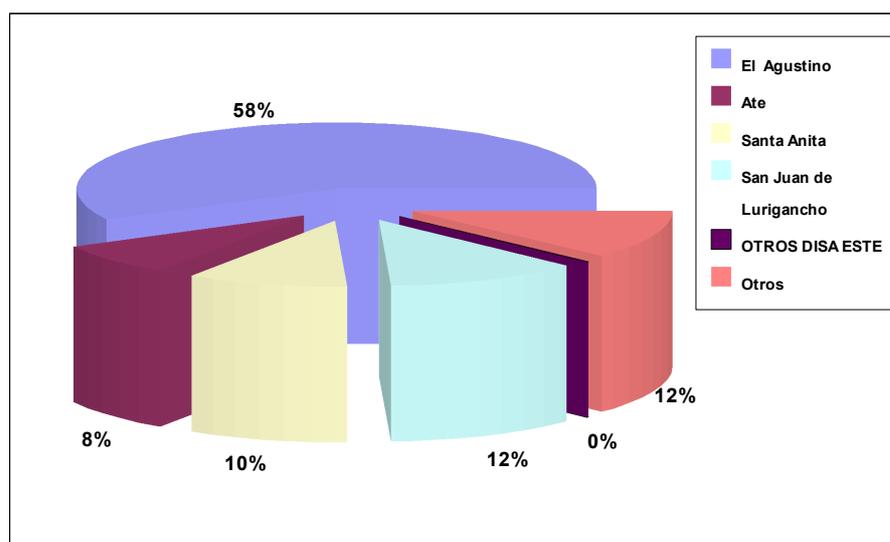


Fuente Of. de Estadística e Informática HHU - 2009

El gráfico nos muestra un crecimiento de la demanda de atenciones de pacientes en consultorios externos a partir del año 2005 esto influido por el aumento de coberturas Seguro Integral de Salud, así como el aumento de la población de la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este a través de la Red de San Juan de Lurigancho.

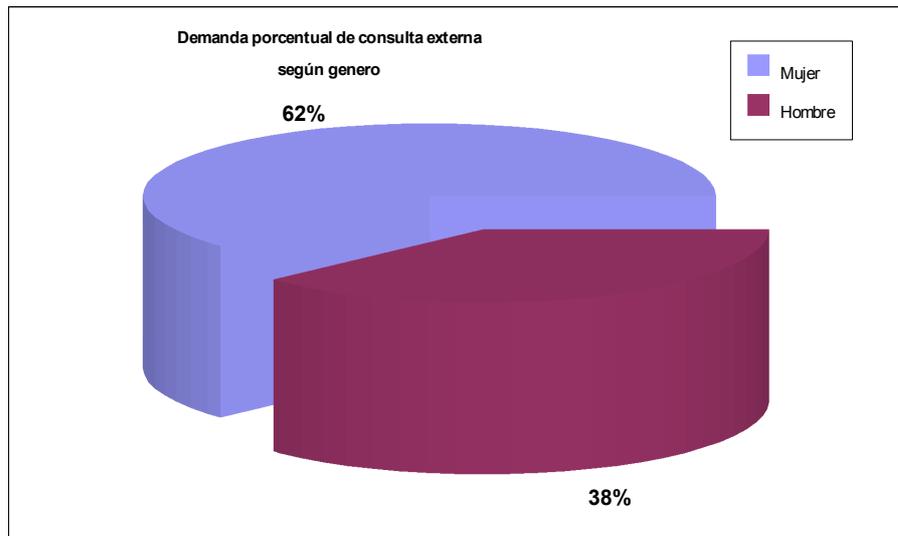
Gráfico Nº 10. Demanda porcentual de consulta externa

por distrito de procedencia



Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HHU.

El gráfico representa las características de la demanda, según la procedencia por distritos, como podemos observar, la demanda se concentra en los distritos de El Agustino con una participación porcentual de 58%, San Juan de Lurigancho con 12%, Santa Anita con 10%.

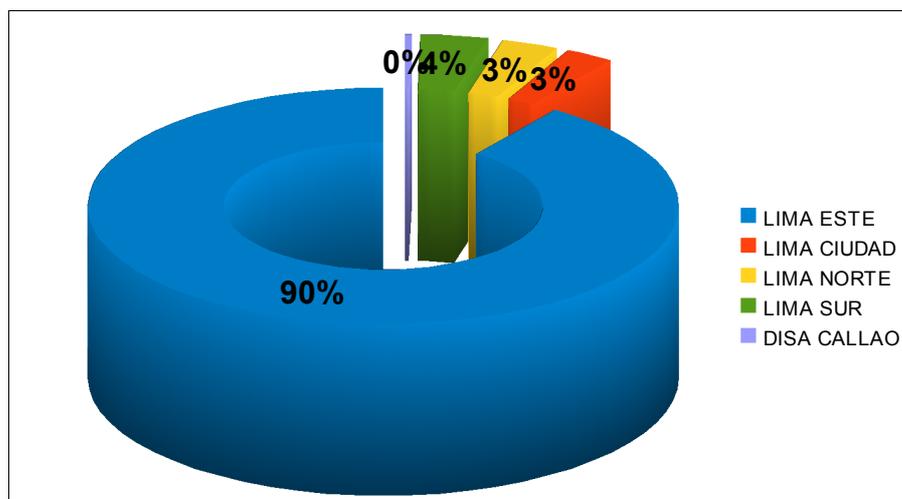
Gráfico N° 11: Demanda porcentual de consulta externa según género.

Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU

La demanda porcentual de consulta externa según género se concentra en el sexo femenino como se parecía en el gráfico con un porcentaje del 62% y el sexo masculino con un 38%.

Hospitalización

La población que recibió atenciones por hospitalización tiene como procedencia en mayor número a los de la jurisdicción sanitaria a Lima Este con un porcentaje del 90%, seguido de Lima Sur con un 4%, contando también con población de Lima ciudad y Lima Norte con un 3%

Gráfico 12. Demanda porcentual de Hospitalización por Dirección de Salud

Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU

Cuadro Nº 12: Egresos según Procedencia 2006 al 2009

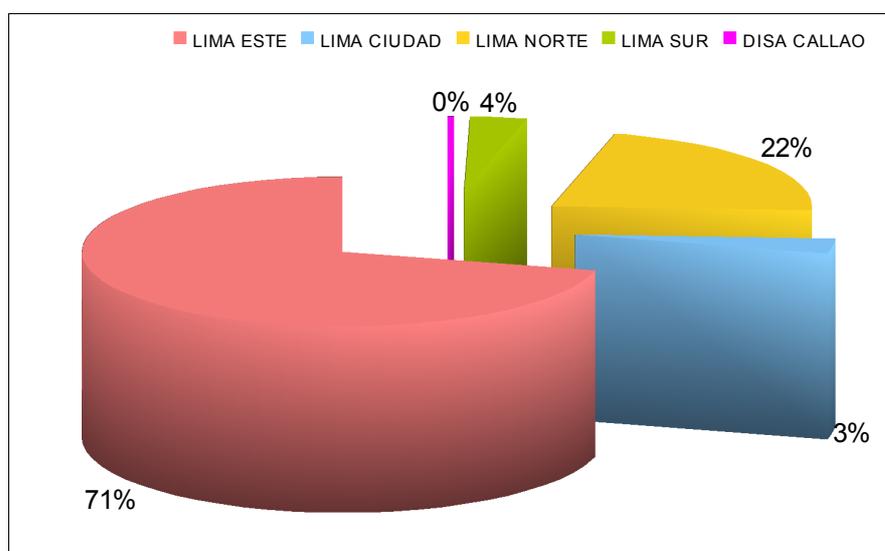
DISTRITO	2006	2007	2008	2009
TOTAL	22359	22727	23291	22977
EL AGUSTINO	6086	6061	6290	6193
ATE	3822	3625	3560	3391
SANTA ANITA	3461	3516	3739	3935
SAN JUAN DE LURIGANCHO	4366	4854	5111	4918
LURIGANCHO	951	926	983	1014
LA MOLINA	547	555	558	554
LIMA	279	319	342	196
LA VICTORIA	274	240	239	216
CHACLACAYO	167	147	175	194
CIENEGUILLA	322	286	299	294
OTROS-DISA ESTE	184	165	149	191
otros	1900	2033	1846	1881

Fuente: Área de Planificación/OEPE/HNHU.

Como muestra el cuadro, evaluando la demanda de los años 2006, 2007, 2008 y 2009, observamos que la atención de pacientes procedentes del distrito de Santa Anita en las distintas áreas mencionadas ha sufrido un incremento; lo que hace necesario mayor número de recursos humanos, consumo de medicamentos, insumos, raciones alimenticias, ropa de cama y materiales para una atención de calidad a los pacientes.

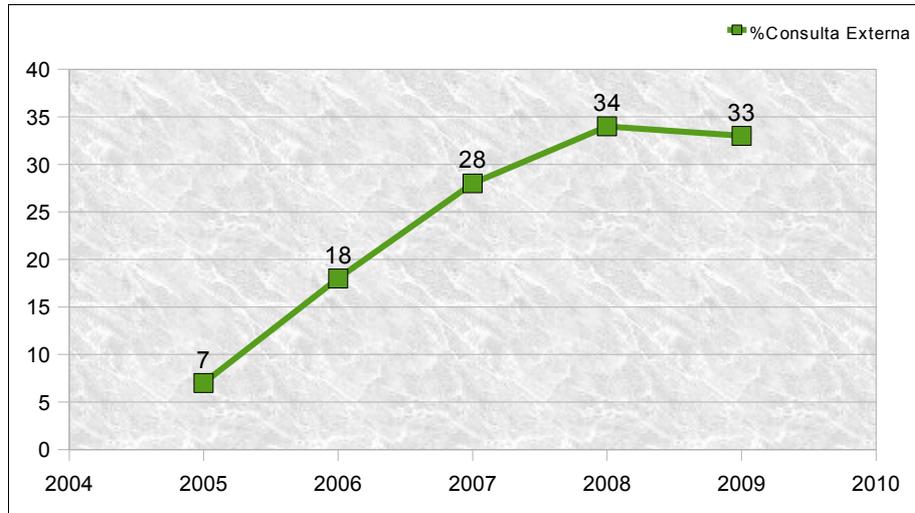
Emergencia

El gráfico muestra que la demanda en el servicio de emergencia proviene de las siguientes jurisdicciones sanitarias: Lima Este 71%, Lima Norte 22%, Lima Sur 4%, Lima Ciudad 3%,

Gráfico 13. Demanda porcentual de Emergencia por Dirección de Salud


Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU

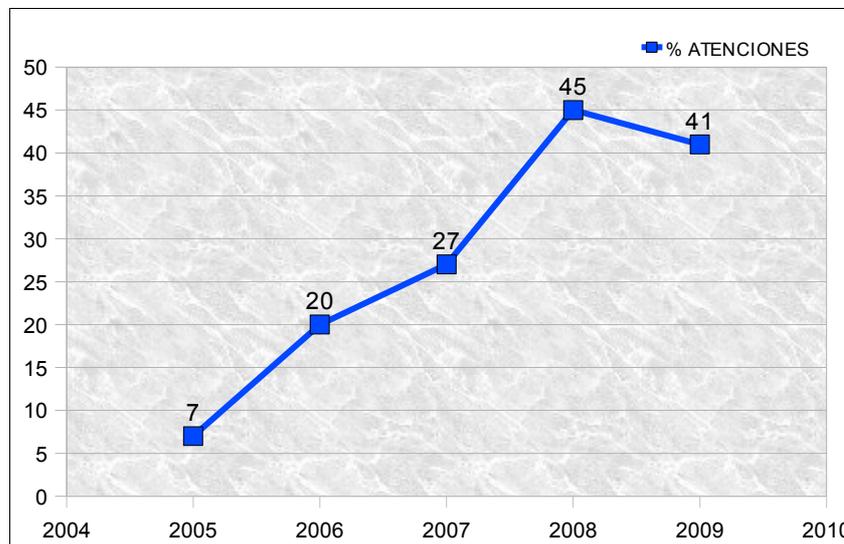
Gráfico N° 14. Porcentaje de incremento de Atenciones en Consulta Externa 2005-2009



Fuente: Resumen Estadístico 2009. Oficina de Estadística e Informática-HNHU

El porcentaje de incremento de atenciones en consulta externa desde el año 2005 tiene una tendencia de aumento siendo en el año 2009 de 33% de atenciones.

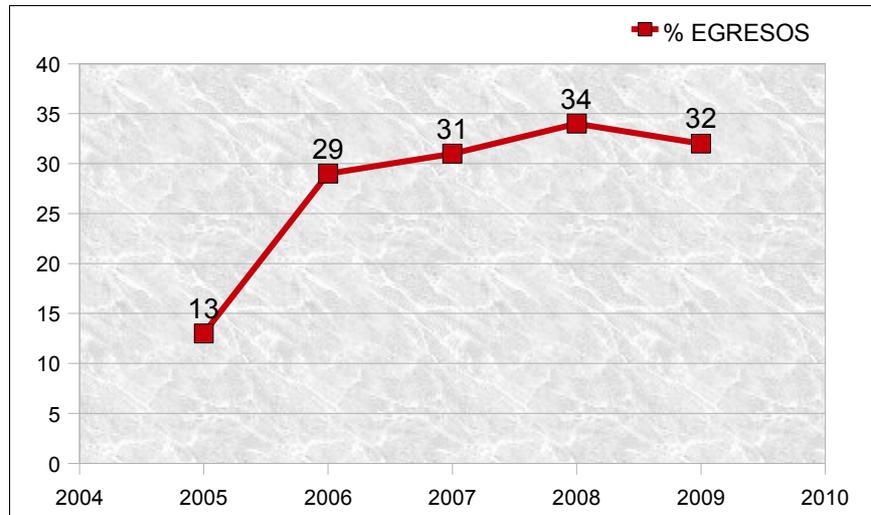
Gráfico N° 15. Porcentaje de Crecimiento de las Atenciones de Emergencia 2005-2009



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-HNHU

El porcentaje de crecimiento acumulado desde el año 2005 al año 2009 de atenciones en Emergencia es de 41% como se observa en el gráfico.

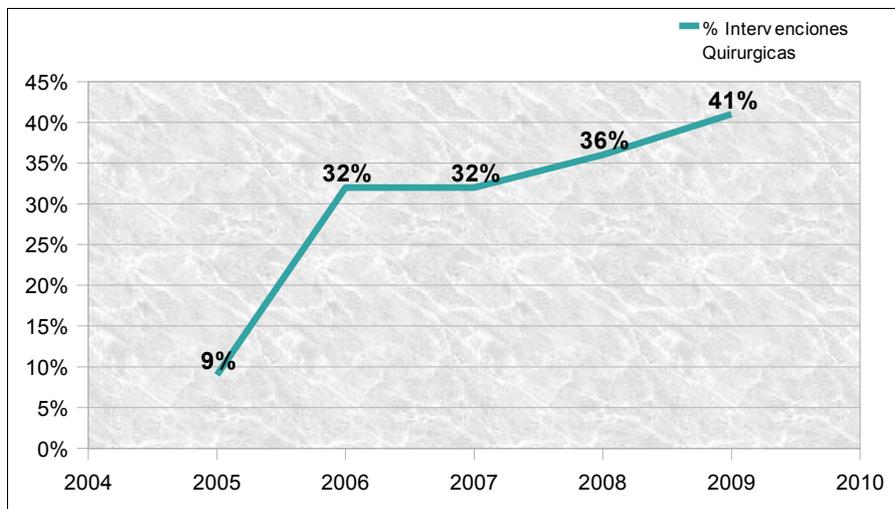
Gráfico N° 16. Porcentaje de Crecimiento de los Egresos de Hospitalización 2005-2009



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-HNHU

El gráfico nos muestra que el porcentaje de crecimiento de los egresos hospitalarios desde el año 2005 de un 13% tiene un aumento considerable hasta el año 2009 con 32%.

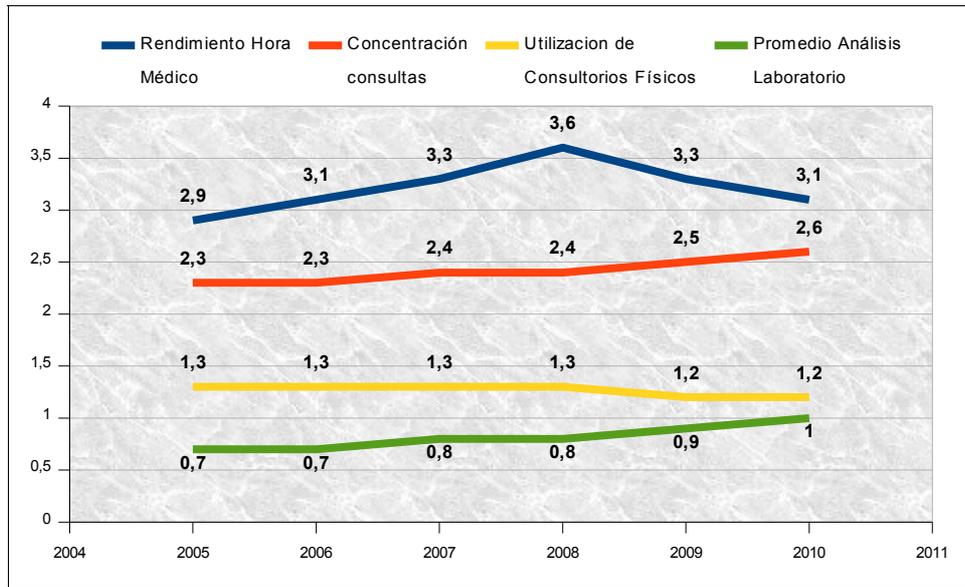
Gráfico N° 17. Porcentaje de Crecimiento por el Servicio de Centro Quirúrgico



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-HNHU

El gráfico nos muestra que el crecimiento porcentual en las intervenciones quirúrgicas del Servicio de Centro Quirúrgico tiene un aumento desde 2005 al 2009 es de 41%

Gráfico N° 18. Indicadores de Gestión Hospitalaria I Semestre 2005 - 2010

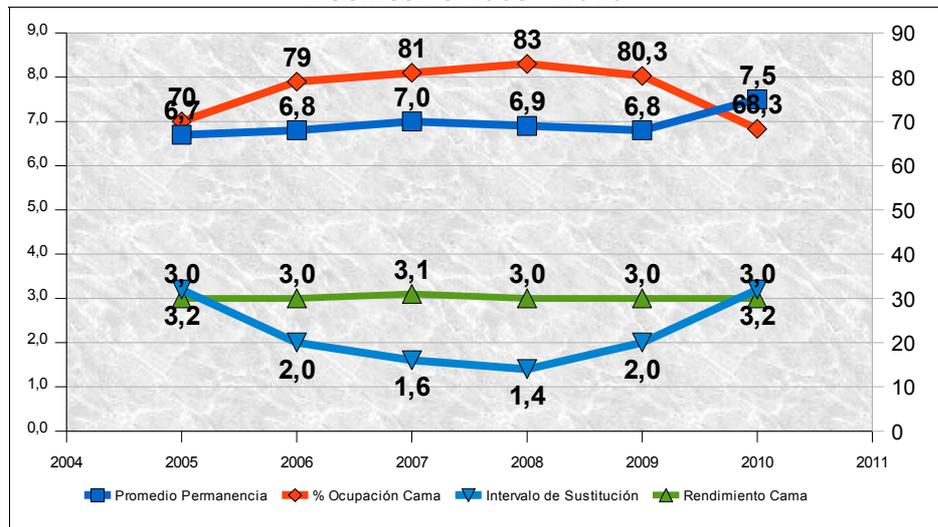


Fuente Of. de Estadística e Informática HNHU-2010

En el gráfico se puede observar un aumento progresivo del Rendimiento Hora Médico llegando al I semestre 2008 de 3.6, para luego descender al I semestre 2010 con un porcentaje de 3,1 siendo el estándar 4.0.

La Concentración de Consultas, Utilización se aprecia un ligero aumento llegando al 2010 a un 2,6, la utilización de Consultorios Físicos en un 1.2 y el Promedio de Análisis de Laboratorio 1%.

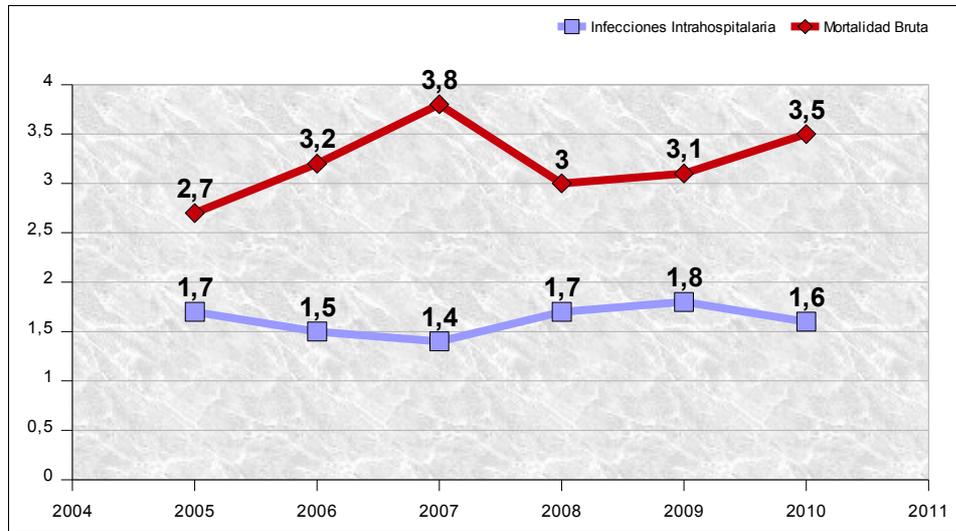
Gráfico N° 19. Indicadores de Gestión Hospitalaria I Semestre 2005 - 2010



Fuente Of. de Estadística e Informática HNHU-2010

En el gráfico se observa que el promedio de permanencia desde el año 2005 hasta el 2008 se ha mantenido constante teniendo un aumento en el año 2010 de 7.5%, el porcentaje de ocupación de cama alcanzó en el año 2008 un 83% descendiendo en el año 2009 y 2010 con un 80.3% y 68.3% respectivamente; en el intervalo de sustitución se aprecia un aumento en el año 2009 de 2% y 3,2 en el 2010

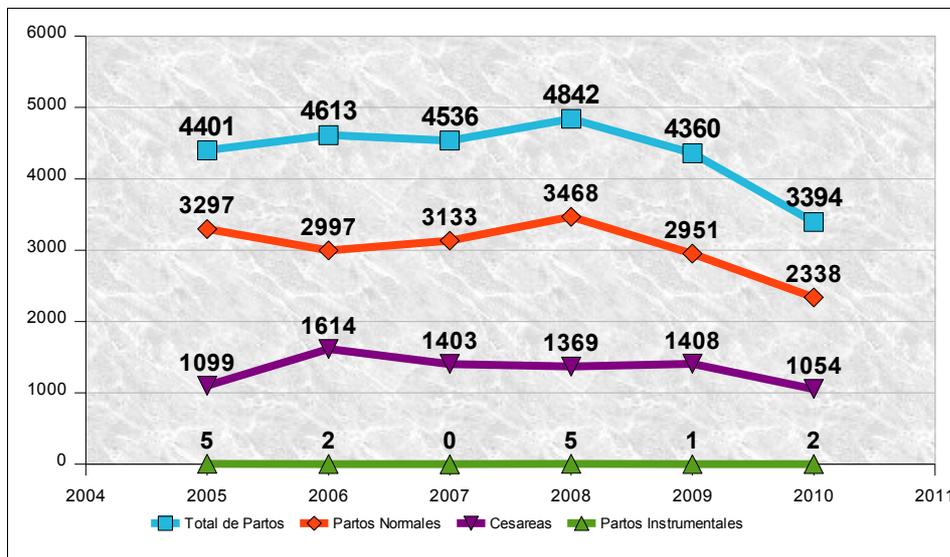
Gráfico N° 20. Indicadores de Gestión Hospitalaria I Semestre 2005 - 2010



Fuente Of. de Estadística e Informática HNHU-2010

En el gráfico podemos informar que la tasa de infecciones intrahospitalarias tuvo una disminución en el año 2007 con 1,4%, generandose un aumento en el año 2009 de 1,8%, en el año 2010 se observa una disminución de 1.6% siendo el estandar 7.0%, en cuanto a la tasa de mortalidad bruta en el año 2008 fue de 3% observandose un aumento en el año 2010 llegando alcanzar a un 3,5%

Gráfico N° 21. Indicadores de Gestión Hospitalaria I Semestre 2005 -2010



Fuente Of. de Estadística e Informática HNHU-2010

Se observa una disminución progresiva del número de partos normales y de cesarias, por lo que se debe de mejorar el registro de los partos complicados no quirurgicos que se encuentran incluidos en los partos normales.

Si bien es cierto que de acuerdo al nivel de complejidad del hospital no se debería atender partos normales, pero la gran demanda existente amerita su atención.

2.2.2 Recursos en Salud:

Recursos Humanos

Cuadro Nº 13: Distribución del recurso humano según grupos laborales

RECURSO HUMANO	NOMBRADO	CAS	TOTAL
Directivos	13		13
Profesionales Medicos	189	73	262
Profesionales No Medicos	256	209	465
Profesionales otros.	48	14	62
Técnicos Administrativos	98	74	172
Técnicos Asistenciales	460	213	673
Auxiliares Administrativos	14	15	29
Auxiliares Asistenciales	101	31	132
TOTAL	1179	629	1808

Fuente: Oficina de Personal-HNHU -2010

Se observa en el cuadro que el hospital cuenta a noviembre del 2010 con un total de 1808 trabajadores: 1179 nombrados y 629 por la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio (CAS)

Del total del recurso humano, 13 son directivos, 262 son Profesionales Médicos, 465 Profesionales no Médicos, 62 otros profesionales, 172 Técnicos Administrativos, 673 técnicos asistenciales, 29 Auxiliares administrativos y 132 Auxiliars Asistenciales.

Cuadro Nº 14: Distribución del grupo profesional, según situación del cargo

PROFESIONALES DE LA SALUD	NOMBRADO	CONTRATADO	TOTAL
Médicos	189	73	262
Enfermeras	149	155	304
Tecnólogos	32	23	55
Obstetras	29	12	41
Cirujanos Dentistas	11		11
Nutricionistas	10	4	14
Psicólogos	7		7
Asistentas Sociales	14	6	20
Químicos Farmacéuticos	4	9	13
Otros Profesionales	48	14	62
TOTAL	493	296	789

Fuente: Oficina de Personal - HNHU- 2010

En el hospital atienden 262 médicos de 32 especialidades, de los cuales 73 de estos profesionales están contratados bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio (CAS)

Se observa que el número de profesionales de enfermería es de 304, siendo nombrados 149 y 155 por la modalidad (CAS), en el caso de los tecnólogos médicos existe un total de 55 profesionales de los cuales 23 corresponden a la modalidad de (CAS). En los profesionales de cirujano dentista y psicólogos, solo se cuenta con personal nombrado, se ha incrementado el número de químicos farmacéuticos a 13.

Recursos Financieros y Tecnológicos

Recursos Financieros

Cuadro Nº 15: Variación PIA PIM - GGG 5 1 Personal y Obligaciones Sociales

AÑO	PIA	PIM	% Variación PIA	% Variación PIM
2003.	20.340.444,00	28.787.593,00		
2004.	23.231.745,00	28.597.784,00	12	-1
2005.	31.914.725,00	32.789.020,00	27	13
2006.	34.638.352,00	34.610.376,00	8	5
2007	36.762.364,00	36.084.068,00	6	4
2008.	37.714.490,00	38.728.590,00	3	7
2009.	38.028.590,00	41.340.929,00	1	6
2010.	40.827.473,00	41.740.965,00	7	1

Fuente: SIAF-SP

No se cuenta con asignación presupuestal para implementar las jefaturas de departamentos y servicios médicos es decir no nos permiten implementar el tercer nivel de gestión de los órganos de línea (la razón de ser del hospital)

Cuadro Nº 16: Variación PIA PIM – GGG 5 3 Bienes y Servicios

AÑO	PIA	PIM	% Variación PIA	% Variación PIM
2003.	5.974.443,00	5.988.289,00		
2004.	6.012.522,00	5.866.738,00	1	-2
2005.	5.849.432,00	6.400.971,00	-3	8
2006.	6.370.834,00	7.389.649,00	8	13
2007	6.557.968,00	10.382.608,00	3	29
2008.	8.148.248,00	14.181.087,00	20	27
2009.	13.700.000,00	16.232.958,00	41	13
2010.	18.062.002,00	21.704.360,00	24	25

Fuente: SIAF-SP

Si comparamos los PIAs 2008 AL 2009 Y 2009 AL 2010 comparado al PIM (presupuesto con que termina el ejercicio presupuestal) es evidente que la asignación ha sido: PIM 2008 vs PIA 2009 de -4% ,PIM 2009 vs PIA 2010 de +10% lo cual resultado deficitario



Cuadro Nº 17: Variación PIA PIM – GGG 5 6 Adquisición de Activos no Financieros

AÑO	PIA	PIM	% Variación PIA	% Variación PIM
2003.	0,00	0,00		
2004.	0,00	0,00		
2005.	250.996,00	250.996,00	100	100
2006.	109.160,00	1.427.810,00	-130	82
2007.	2.462.918,00	3.781.568,00	96	62
2008.	4.876.000,00	5.434.815,00	49	30
2009.	6.330.000,00	4.722.000,00	23	-15
2010.	3.386.608,00	3.800.608,00	-87	-24

Fuente: SIAF-SP

No contempla asignación para reemplazo de equipos biomédicos nutrición y servicios generales obsoletos por tiempo de vida y/o mantenimiento correctivo oneroso.

El hospital requiere 16'000,000 (dieciseis millones de soles) aproximadamente para reemplazar equipos biomédicos, servicio de nutrición y servicios generales, se ha requerido en la solicitud de demanda global 2011

Recursos Tecnológicos

Bienes del HNHU:

Cuadro Nº 18. Bienes del HNHU

TIPO DE BIEN	ESTADO	TOTAL
Equipo Biomédico	Bueno	301
	Regular	159
	Malo	36
	Nuevo	34
Equipo Informático	Bueno	835
	Regular	432
	Malo	44
	Nuevo	110
Equipo no Biomédico	Bueno	2039
	Regular	3493
	Malo	300
	Nuevo	234
Mobiliario	Bueno	1534
	Regular	4288
	Malo	80
	Nuevo	67
Vehículos	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	10
	Nuevo	0

Fuente: Patrimonio - Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. HNHU.

Los equipos biomédicos que se encuentran en buen estado son 301, regular 159, en estado de malo 36 equipos; contando en la actualidad con 34 nuevos. Para el mantenimiento de dichos equipos aún esta pendiente la implementación de un programa de mantenimiento preventivo-correctivo, así como del área de servicios generales que se dedique sólo a esto. Actualmente, se brinda sólo mantenimiento correctivo "a demanda", según las necesidades presentadas, siendo la mayoría de veces servicios cubiertos por terceros o por las casas en las que se realizó la compra de los equipo; se viene implementando al hospital con equipo informático teniendo un total de 110 nuevos y 835 en estado de bueno, así



también tenemos 2039 equipos no biomédicos en buen estado y 234 nuevos; en lo respecta a mobiliario se adquirió 67 y se tiene en estado de bueno 1534; se tiene 4 vehículos en buen estado, 3 regular y 10 en mal estado.

Cuadro Nº 19. Equipos Biomédicos

EQUIPOS BIOMEDICOS	ESTADO DEL BIEN				TOTAL
	NUEVO	BUENO	REGULAR	MALO	
ARTROSCOPIO			1		1
AUDIMETRO - AUDIOMETRO		2	1		3
AUTOREFRACTOMETRO		1			1
BOMBA DE INFUSION	15	61	15		91
BRONCOSCOPIO			5		5
CALENTADOR DE SANGRE		2			2
CALENTADOR INFRARROJO		2			2
CAMPIMETRO		2			2
CARDIO MONITOR - MONITOR CARDIACO		1			1
CISTOSCOPIO	1	1			2
COLONOFIBROSCOPIO			1		1
COLONOSCOPIO		1	2		3
CUNA DE CALOR RADIANTE		3			3
DEFIBRILADOR	2	12	1	2	17
DETECTOR DE LATIDOS	4	6	9		19
DUODENOVIDEOSCOPIO		1			1
ECOCARDIOGRAFO COMPUTARIZADO		1	1		2
ELECTROBISTURI	1	4	1		6
ELECTROCARDIOGRAFO	2	7	6	3	18
ELECTROCAUTERIO		8	9	1	18
ELECTROENCEFALOGRAFO			1		1
ENDOSCOPIO		2			2
EQUIPO DE ANESTESIA		4	8	1	13
EQUIPO DE CIRUGIA POR ARTROSCOPIA			1		1
EQUIPO DE CRIOTERAPIA		1			2
EQUIPO DE ELECTROTERAPIA DE CORRIENTES MULTIPLES	2	9	4	1	16
EQUIPO DE ENDOSCOPIA	1	1			2
EQUIPO DE ERGOMETRIA		1			1
EQUIPO DE FISIOTERAPIA		1	2		3
EQUIPO DE FOTOTERAPIA		4			4
EQUIPO DE HEMODIALISIS		6	5	3	14
EQUIPO DE LAPAROSCOPIA		2	2		4
EQUIPO DE MAGNETOTERAPIA		2			2
EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA		4	2		6
EQUIPO DE RADIODIAGNOSTICO			1		1
EQUIPO DE RAYOS X		3	7		10
EQUIPO DE RAYOS X DENTAL			2		2
EQUIPO DE SUCCION E IRRIGACION		2			2
EQUIPO ECOGRAFO - ULTRASONIDO		7	2	1	10
EQUIPO ESTIMULANTE - ELECTROSHOCK			1		1
EQUIPO NEBULIZADOR	3	18	3		24
EQUIPO ODONTOGRAFICO			2		2
EQUIPO OFTALMOLOGIA		2			2
EQUIPO PARA DIAGNOSTICO DENTAL		1			1
EQUIPO PARA RESPIRACION ARTIFICIAL		1	1		2
EQUIPO URETROTOMO			1		1
ESPIROMETRO		2	3	1	6
EXOFTALMOMETRO			1		1
FACOEMULSIFICADOR		1			1
FIBROMETRO		1		1	2
FIBROSCOPIO - BRONCOFIBROSCOPIO		6	1	1	8
GASTROFIBROSCOPIO		1			1
GASTROSCOPIO	1	2	1	2	6
HEMOGLOBINOMETRO		5	4		9
HISTEROMETRO			1		1
INCUBADORA PARA BEBES - INCUBADORA PARA NEONATOS		10	12	6	28
LAMPARA DE HENDIDURA		4	3	1	8
LAPAROSCOPIO		1	1		2
MONITOR CARDIACO PARA NEONATO		1			1
MONITOR DE ACTIVIDAD CEREBRAL	1	1			2
MONITOR DE GASTOCARDIACO		2			2
MONITOR DE PRESION ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA		1	5	1	7
MONITOR FETAL		3	1		4
MONITOR MULTI PARAMETRO	1	35	4		40
OFTALMOSCOPIO		5	7	1	13
PANENDOSCOPIO			1		1
PANTOSCOPIO		8	5	2	15
QUERATOMETRO			1		1
REFRACTOMETRO				1	1
RESECTOSCOPIO		1	1		2
RETINOSCOPIO			2	5	7
TORACOSCOPIO			1		1
ULTRASONIDO PARA TERAPIA		3			3
UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA		3			3
VENTILADOR DE ANESTESIA			1		1
VENTILADOR DE ANESTESIA PARA NEONATO PEDIATRICO			2		2
VENTILADOR VOLUMETRICO		18	3	2	23
VIDEOENDOSCOPIO		1			1
Total de Equipos Biomédicos	34	301	159	36	529

Fuente: Patrimonio - Oficina de Logística - HHNU



Por otro lado, existen servicios como los de Emergencia y Cuidados Críticos, cuyas actividades se ven limitada debido a la falta de equipos y mobiliario suficiente, sobretodo por el aumento de la demanda y el ser el único hospital de referencia III-1 de la DISA IV Lima Este.

Asimismo, en relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el sistema de transporte asistido es insuficiente, sólo se poseen 2 ambulancias escasamente equipadas, no cumpliendo ninguna con los estándares de traslados de pacientes (Según NT 2004). En general, el hospital cuenta con 7 vehículos operativos 4 en buen estado y 3 regulares.

Finalmente, en relación a la Resolución Ministerial N° 588 donde se señala la lista de los equipos básicos con los que debería contar un establecimiento de la categoría III-1 como el Hipólito Unanue, de la comparación con la lista enviada por patrimonio podemos observar que muchos de las unidades orgánicas asistenciales no cuentan con el equipamiento básico dispuesto.

Equipos y Red Informática

El Hospital cuenta con un total de 389 equipos de cómputo, distribuidos entre todas sus unidades orgánicas, en las áreas administrativas y en jefaturas asistenciales. El 46, son Pentium III o IV, siendo un 54% de los equipos Pentium IV.

Cuadro N° 20 : Computadoras Personales

MICROPROCESADOR	CANTIDAD	%
AMD Sempron	1	0,26
AMD Athlon	2	0,51
Pentium IV Celeron	15	3,86
Core 2 Duo	128	32,9
Core 13	1	0,26
Core 17	1	0,26
Dual Core	30	7,71
Pentium II	10	2,57
Pentium III	20	5,14
Pentium IV	179	46,02
Quad Core	2	0,51
TOTAL	389	100

Fuente: OEI - Unidad Informática - HNHU-Setiembre 2010

Por otro lado, de las 389 computadoras aproximadamente el 45% se encuentran en red, estando conectados la Oficina de Logística, Almacén central, Farmacia central, Admisión, Servicio de Emergencia, Oficina de Estadística, Oficina de Economía, Oficina de Seguros, Jefatura de laboratorio, Asesoría Jurídica, Liquidaciones, Oficina de Comunicaciones, Oficina de Apoyo a la docencia e investigación, Oficina de Planeamiento Estratégico, y Control de Asistencia.



Debido al crecimiento de muchas de las oficinas y/o servicios, se ha incrementado el número de computadoras.

El sostenimiento de la red informática se hace en base a 5 servidores de bases de datos. Sobre los problemas actuales de la red, las instalaciones de red tienen aproximadamente 5 años, no se ha realizado una instalación de cableado estructurado sino un tendido de cables.

Actualmente existen problemas de velocidad, instalaciones de cableado mal efectuadas.

La Unidad de Informática ha desarrollado un Software para poder consultar información sobre Admisión de Pacientes, todos estos servicios y otros, son posibles gracias a la Red de Datos Institucional. Además de éste, se tienen en funcionamiento otros 18 softwares, los cuales se encuentran distribuidos en las áreas administrativas.

Cuadro Nº 21: Softwares implementados

SOFTWARE	UBICACIÓN
SIGA (Sistema Integral de Gestión Administrativa)	Oficina de Logística
SIAF (Sistema Integral de Administración Financiera)	Oficina de Economía
Emisión Comprobantes de Pago	Oficina de Economía
Control de Ordenes	Oficina de Economía
ADMIS	Admisión de pacientes
EMORB	Admisión de Emergencia
ARFSIS (Aplicativo de Registro de Formatos de Seguro Integral de Salud)	Oficina de Economía
SECE (Sistema de Evaluación Socioeconómica)	Oficina de Seguros
SISMED (Sistema Integrado de Medicamentos y Suministros Médicos)	Farmacia Central
SIFA (Sistema Integral Farmacéutico)	Farmacia Central
VADEMÉCUM	Farmacia Central
SAGU (Sistema De Auditoria Gubernamental)	Órgano de Control Institucional
PLH	Oficina de Personal
HIS	Oficina de Estadística e Informática
SISVAN (Sistema de Información para la Vigilancia Alimentaria y Nutricional)	Oficina de Estadística e Informática
REHABILITACIÓN (Gestión de Atenciones para Rehabilitación)	Oficina de Estadística e Informática
SISNAC	Oficina de Estadística e Informática
SIMI (Software Inventario Mobiliario Institucional)	Unidad de Patrimonio (Oficina de Logística)

Fuente: Oficina de Estadística e Informática- HNHU-2010

2.2.3. Condiciones de la Infraestructura

La infraestructura hospitalaria tiene una antigüedad de 61 años, siendo su área total actual 40,178.04 m²

El Hospital Hipólito Unánue fue construido con el enfoque preventivo-recuperativo para personas con TBC, por lo que la posterior redistribución de los servicios en razón de la demanda y la especialización generó la necesidad de modificaciones, remodelaciones y

mantenimiento arquitectónico que favorezca un crecimiento organizado del hospital.

Con respecto a las condiciones de infraestructura de los ambientes, encontró los siguientes problemas:

- Distribución inadecuada de ambientes que generan aglomeración de pacientes en pasadizos estrechos, de difícil tránsito, pérdida de la ventilación e iluminación natural en la consulta externa.
- Distribución inadecuada de ambientes de internamiento u hospitalización que genera hacinamiento de camas, inclusión de aulas de docencia en los “solarios” (lugar de descanso de las personas internadas por TBC en la etapa pre hospitalaria) perjudicando la ventilación e iluminación natural.

Asimismo, no se dispone de una relación físico-funcional entre la demanda en las unidades de atención a pacientes y las áreas destinadas a dicho fin. Es así, por ejemplo que la ubicación de consultorios de cardiología y geriatría en el segundo piso no ha considerado la comodidad de las personas que reciben atención

Actualmente se cuenta con un servicio de Emergencia construido entre los años 2003 y 2004, y que ha sido paulatinamente equipado, siendo la unidad de Trauma Shock recientemente equipada. Además, se cuenta con unidades de terapia intensiva, hemodiálisis, y un pabellón Materno Perinatal, que incluye los servicios de Neonatología, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico Obstétrico.

Cuadro N° 22: Camas físicas y funcionales por Departamentos asistenciales que brindan servicios finales - 2010

ESPECIALIDAD	CAMAS FÍSICAS	CAMAS FUNCIONALES
TOTAL	619	607
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	153	153
MEDICINA INTERNA	98	98
NEUMOLOGÍA	55	55
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	81	78
CIRUGÍA GENERAL	81	78
DEPARTAMENTO CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES	160	152
TRAUMATOLOGÍA	44	44
NEUROCIRUGÍA	11	11
UROLOGÍA	12	12
CIRUGÍA PLÁSTICA	12	12
CABEZA Y CUELLO	9	9
CIRUGÍA TORÁCICA	65	57
AISLADOS	2	2
INTERMEDIOS	5	5
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA	53	52
PEDIATRÍA	47	46
UCPTD	6	6

Fuente: Oficina de Estadística e Informática- HHNU

Por otro lado, actualmente contamos con 120 consultorios físicos, 138 funcionales (109 mañana, 29 tarde) para la atención ambulatoria en todas las especialidades que brinda el HHNU, existe una subutilización de los mismos. La razón fundamental es la escasa



disponibilidad de recurso humano (médicos especialistas, enfermeras, técnicos de enfermería) que no permiten hacer un uso eficiente de dichas UPS en las horas de atención vespertina. El porcentaje de utilización de los consultorios funcionales según departamentos asistenciales, presenta un rango, cuyo valor mínimo es de 50 % (consultorios externos de Ginecología, Obstetricia y los de Odontología), pasando por los consultorios de otros servicios: 60% (Psicología, Nutrición, Epidemiología y Anestesiología); siguen los consultorios de los servicios del Departamento de Pediatría, con 63%; los consultorios de los servicios de Medicina (63,33%); los consultorios de los servicios de Cirugía de Especialidades 66%; siendo los consultorio del servicio de Cirugía y los de Medicina Física y Rehabilitación, los que alcanzan mayor porcentaje.

Cuadro Nº 23: Consultorios Físicos y Funcionales Hospital Nacional “Hipólito Unanue” - 2010

SERVICIO	FISICOS	FUNCIONALES	MAÑANA	TARDE
TOTAL GENERAL	120	138	109	29
DEPARTAMENTO MEDICINA	42	47	35	12
MEDICINA GENERAL	4	4	3	1
CARDIOLOGIA	6	5	4	1
GASTROENTEROLOGIA	5	6	5	1
NEUROLOGIA	3	3	2	1
DERMATOLOGIA	3	3	2	1
NEFROLOGIA	2	3	2	1
ENDOCRINOLOGIA	3	3	3	0
HEMATOLOGIA	1	1	1	0
PSIQUIATRIA	4	3	2	1
INFECTOLOGIA	2	3	2	1
REUMATOLOGIA	2	3	2	1
ONCOLOGIA	1	2	1	1
GERIATRIA	2	3	2	1
NEUMOLOGIA	3	4	3	1
ASMA	1	1	1	0
DEPARTAMENTO CIRUGIA	4	5	4	1
CIRUGIA GENERAL	3	4	3	1
CIRUGIA PEDIATRICA	1	1	1	0
DEPARTAMENTO CIRUGIA Y ESPECIALIDAD	25	30	24	6
TRAUMATOLOGIA	3	4	3	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	6	5	1
OFTALMOLOGIA	6	7	6	1
UROLOGIA	4	4	3	1
CABEZA Y CUELLO	4	5	4	1
CIRUGIA PLASTICA	1	1	1	0
NEUROCIROLOGIA	1	2	1	1
CIRUGIA DEL TORAX	1	1	1	0
DEPARTAMENTO PEDIATRIA	8	8	6	2
PEDIATRIA	7	6	5	1
NEONATOLOGIA	1	2	1	1
DEPARTAMENTO GINECO-OBS	9	11	9	2
GINECOLOGIA	4	5	4	1
OBSTETRICIA	4	5	4	1
PSICOPROFILAXIS	1	1	1	0
ONCOLOGICA GINECOLOGICA	0	0	0	0
DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA	12	12	10	2
ODONTOLOGIA	10	9	8	1
CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL	2	3	2	1
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	2	4	2	2
MEDICINA FISICA	2	4	2	2
OTROS SERVICIOS	14	13	11	2
PSICOLOGIA	10	8	7	1
NUTRICION	2	3	2	1
EPIDEMIOLOGIA	1	1	1	0
ANESTESIOLOGIA	1	1	1	0
AREAS INTEGRALES DE SALUD	8	8	8	0
PCT	2	2	2	0
CRED	1	1	1	0
PROCETSS	4	4	4	0
MALARIA	0	0	0	0
INMUNIZACIONES	1	1	1	0

FUENTE: HNHU/VOE



2.3 Análisis de los Determinantes de la salud:

El abastecimiento de agua potable debe ser optimizado, para disponer de mayores reservas físicas y proponer un tratamiento de las aguas, conducente al buen uso de este crítico recurso.

La ausencia de un centro de acopio para almacenar los residuos sólidos hospitalarios, limita aplicar plenamente todos los aspectos de bioseguridad necesarios para el hospital hará reducir los riesgos de contraer enfermedades intra hospitalarias. Por el momento está en revisión el documento sobre el manejo adecuado de los residuos hospitalarios, por lo que para el año 2011 se cuenta con la aprobación del Proyecto de Manejo de Residuos Sólidos lo que permitirá mejorar y reducir riesgos intrahospitalarios.

2.3.1 Agua y Saneamiento

El sistema de recursos hídricos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, esta constituida por parte del recorrido de la cuenca del río Rímac (cuenca media) que incluye la quebrada de Huaycoloro y Cuenca del río Lurín que recorre parte del distrito de Cieneguilla. En ambas cuencas se ubican estaciones de vigilancia y monitoreo para medir la calidad del agua desde el aspecto fisicoquímico y microbiológico.

Asimismo, se cuenta con tres plantas de tratamiento de aguas residuales ubicadas en los distritos de Ate, Lurigancho y El Agustino, los cuales presentan tipos de tratamiento diversos, así como caudales diferenciados, teniendo un mayor caudal la planta de Carapongo y Ate.

Existe una disminución de viviendas que no tienen servicio de desagüe, teniendo un total de variación intercensal de 23,802 viviendas menos sin este servicio, haciendo un porcentaje de -52%. Así mismo el número de viviendas con red pública de desagüe dentro de la vivienda se incrementó, siendo censadas 329,984 viviendas, representando un 71.7%, con incremento intercensal de 170.3%. Se observa que a diferencia del censo 1993 el uso de pozo séptico se registró en 29,936 viviendas lo que equivale a 6.5%, mientras que el uso de pozo ciego o letrina se censó en 44,298 viviendas (9.6%), con una variación intercensal de -29.6%.

2.3.2 Exclusión Social

La población en situación de pobreza (personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto per cápita valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo necesario para adquirir una canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos fue 39.3%.

De los cuales 13,7% son pobres extremos, es decir, tienen un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos y por ende no tiene garantizada una alimentación mínimamente adecuada que compromete la salud, el rendimiento escolar en los niños y sus futuros ingresos. El 25,6% son pobres no extremos, con un gasto per cápita superior al costo de la canasta de alimentos, pero inferior al valor de la canasta básica de consumo según datos del INEI.

2.3.3 Medio Ambiente

Según resultados del 2009 de La Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del MINSA, en Lima Metropolitana los niveles de contaminación atmosférica son altas según concentración de material particulado menor a 10 micras (PM₁₀) y siendo las zonas críticas el centro, norte, noreste y este de la ciudad. Situación que estaría relacionado con la rápida industrialización y el mayor número de vehículos en circulación constituido principalmente por automóviles y autobuses antiguos que utilizan combustible de inadecuada calidad que generan la emisión de sustancias sólidas o líquidas suspendidas en la atmósfera.



La estación de monitoreo para medir la calidad del aire ubicado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-Distrito, El Agustino del 2001/2009; muestra para PM_{2.5} de 59.6 microgramo/metro cúbico - µg/m³, valor superior en cuatro veces más estándar al 15 µg/m³ y con una tendencia ascendente. Estas partículas finas menores a 2.5 micrómetros penetran profundamente los pulmones y permanecen por largo tiempo.

Similar comportamiento muestra el PTS. Datos referenciales para los distritos de El Agustino y parte de San Juan de Lurigancho (Campoy).

Los efectos adversos de ambos contaminantes son diversos, siendo afectados principalmente el sistema respiratorio y cardiovascular y varían según la susceptibilidad y la edad de la persona. Sin embargo el nivel o umbral de concentración de PM, bajo el cual no existen efectos adversos, aun no se ha determinado, haciéndose necesario realizar investigaciones locales sobre los efectos en la salud humana para su intervención de manera multisectorial.

2.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional

A pesar de las diferentes políticas sociales es difícil reducir la desnutrición, situación que podría relacionarse debido a que el país es heterogéneo tanto en prevalencia como en factores condicionantes. El Perú frente a este problema tiene como tercer objetivo sanitario nacional, reducir la desnutrición crónica y anemia en niños (as) menores de cinco años especialmente de las regiones con mayor pobreza entre el 2007/2020.

Según datos del 2009 de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable - ESANS, las cifras de desnutrición no han presentado una variación estadísticamente significativa respecto al año anterior, reflejando un estancamiento en los logros de las diferentes estrategias adoptadas para su lograr su disminución.

Desnutrición a nivel DISA IV LE 2007-2009

	2007	2008	2009	2007	2008	2009
	Nº	Nº	Nº	%	%	%
D. Cronica	7500	6928	9613	6.0	6.1	5.7
D.Global	3774	3836	5988	3.0	3.3	3.5
D. Aguda	1380	1454	2255	1.1	1.3	1.3

Además del problema de desnutrición crónica, tenemos también el problema de salud sobrepeso/obesidad que en los últimos años se hace cada vez más evidente en la población infantil; es así que el 8.7% (14,816) del total de niños evaluados presentan sobrepeso/obesidad mientras que el 5.7% (9,613) presentan desnutrición crónica.

Los distritos que han presentado los mayores porcentajes de casos de desnutrición crónica en menores de 5 años, han sido los distritos de Lurigancho, Ate y Cieneguilla. Así tenemos que en el 2009 Lurigancho presentó el 7.1%, Cieneguilla el 6.3 y Ate el 6.2%. Además se aprecia que los distritos con menores porcentajes de desnutrición crónica también en los tres últimos años son los distritos de La Molina, Santa Anita y Chaclacayo.

Los distritos que han presentado los mayores porcentajes de casos de Sobrepeso/Obesidad en menores de 5 años en los tres últimos años han sido El Agustino y Ate. En el 2009 los distritos que han presentado los mayores porcentajes de casos fueron El Agustino que presentó el 11.6%, Cieneguilla el 10.5% y Ate el 9.6%. Los distritos con menores porcentajes de casos con Sobrepeso/Obesidad Chosica, Chaclacayo y Santa Anita con el 5.7%, 7.7% y 7.8% respectivamente. Observándose que Cieneguilla ha presentado un incremento de casos respecto a años anteriores a diferencia de Lurigancho que presenta un descenso en el número de casos en este último año.

Otro de los principales problemas nutricionales observados en los niños menores de 5 años en la jurisdicción es la anemia nutricional, que aun expresa un elevado porcentaje.



De 24,842 niños a los que se realizó dosaje de hemoglobina y hematocrito, se encontró que el 37.9% (9,410 casos) padecen de anemia nutricional.

2.3.5 Situación Educativa

El acceso a educación en el Perú los últimos años mejoró en todos los niveles educativos según datos intercensales 1993/2007. El porcentaje nacional de personas sin nivel educativo disminuyó de 12.3% en el Censo 1993 a 7.4% en el Censo 2007 con una variación intercensal de -15.7%. Es relevante notar que el nivel de preescolares han disminuido entre el Censo de 1993 y el del 2007 con una variación intercensal de -56.9%.

En cuanto al nivel educativo de la población que acude al Hospital nacional Hipólito Unanue, vemos que el distrito con mayor porcentaje de población sin nivel educativo es Cieneguilla con 9.2% mientras que La Molina es el que menor porcentaje tiene con 3.7%. el Distrito de El Agustino presenta el mayor porcentaje de población con educación secundaria (45.7%) y La Molina (24.2%) con el menor porcentaje. En cuanto nivel educativo no universitario completo, el distrito con mayor porcentaje es La Molina con 8.3% en comparación con el distrito de El Agustino que tiene un menor porcentaje (5.4%). Así mismo el distrito de La Molina es el que tiene mayor porcentaje de población con nivel superior universitario completo con 31.4% mientras que el distrito de menor porcentaje en este mismo nivel es El Agustino con 5.3%.

2.4 Identificación de Problemas

2.4.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA DEMANDA (Problemas Sanitarios)

1. Primera causa de morbilidad hospitalaria es el aborto incompleto sin especificación.
2. 75% de muertes maternas ocurrieron en púerperas
3. 62% de muertes maternas eran referidas
4. Incremento de los casos de patologías que pueden ocasionar discapacidad y necesidad de rehabilitación física.
5. Persisten casos de desnutrición crónica
6. Elevada prevalencia de enfermedades no trasmisibles en la población adulta y adulta mayor (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cataratas, enfermedades bucales y mentales, etc)
7. Incremento de demanda de atención en consultorios externos.
8. Incremento la demanda de los servicios de hospitalización
9. Incremento de la demanda de los servicios intermedios
10. Persistencia de la elevada demanda de atención de partos eutócicos
11. Elevada morbi-mortalidad debida a Tuberculosis y de HIV, en la población joven y adulta.

2.4.2 PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA OFERTA (Problemas de Gestión y de Inversión)

1. Insuficiente presupuesto para cubrir todas las necesidades de los departamentos y servicios.
2. Insuficiente e inadecuada infraestructura y equipamiento para brindar una atención de calidad a usuarios internos y externos en los servicios intermedios y finales.



3. Inadecuada bioseguridad intra -hospitalaria
4. Limitaciones en el manejo de residuos sólidos en el hospital.
5. Infraestructura inadecuada para el aislamiento de pacientes en los servicios del Departamento de Medicina
6. Ineficiente funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia
7. Insuficiente e inadecuado desarrollo de recursos humanos.
8. Baja producción de investigaciones desarrolladas por las oficinas y departamentos del hospital
9. Insuficiente implementación y difusión de documentos que permitan el control de la gestión administrativa y asistencial.
10. Demora en los procesos de atención a usuarios internos y externos por flujo lento, inadecuado e inoportuno de personas, información, documentos, insumos y materiales.
11. Sobrecarga asistencial y administrativa que impide el uso del tiempo del personal en trabajos de investigación

2.4.3 Priorización de los problemas

Con el empleo de la matriz de priorización de problemas quedan los siguientes problemas:

1. Primera causa de morbilidad hospitalaria es el aborto incompleto sin especificación.
2. 75% de muertes maternas ocurrieron en puérperas
3. 62% de muertes maternas eran referidas.
4. Incremento de los casos de patologías que pueden ocasionar discapacidad y necesidad de rehabilitación física.
5. Persisten casos de desnutrición crónica
6. Elevada prevalencia de enfermedades no trasmisibles en la población adulta y adulta mayor (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cataratas, enfermedades bucales y mentales, etc)
7. Elevada morbi-mortalidad debida a Tuberculosis y de HIV, en la población joven y adulta.
8. Sobrecarga asistencial y administrativa que impide el uso del tiempo del personal en trabajos de investigación
9. Insuficiente presupuesto para cubrir todas las necesidades de los departamentos y servicios.
10. Insuficiente e inadecuada infraestructura y equipamiento para brindar una atención de calidad a usuarios internos y externos en los servicios intermedios y finales.
11. Ineficiente funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia
12. Inadecuada Bioseguridad intra hospitalaria.

3. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales de acuerdo a los problemas y necesidades de la demanda (sanitarias) y de la oferta (gestión e inversión) expuestos anteriormente, se encuentran articulados a los objetivos del MINSA y de la DISA IV Lima este en la Matriz N° 1. (Anexo 1)

Tabla 1 Relación de problemas identificados con los objetivos generales

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS GENERALES
<ul style="list-style-type: none">– Primera causa de morbilidad hospitalaria es el aborto incompleto sin especificación.– 75 % de muertes maternas ocurrieron en puérperas– 62 % de de muertes maternas eran referidas.– Alta tasa de mortalidad neonatal precoz.– Ineficiente funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia	OG 1: Contribuir a la disminución de la Morbimortalidad Materno Neonatal, a través de una atención integral especializada de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos.
<ul style="list-style-type: none">– Persistencia de casos de desnutrición crónica infantil– Persistencia de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas que originan la persistencia de Desnutrición.	OG 2 Contribuir a la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la alimentación y nutrición, priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.
<ul style="list-style-type: none">– Elevada prevalencia de enfermedades no trasmisibles en la población adulta y adulta mayor (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cataratas, enfermedades bucales y mentales, etc)	OG 3: Contribuir a la reducción de la morbimortalidad de las enfermedades no trasmisibles, logrando una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, con énfasis en la atención focalizada
<ul style="list-style-type: none">– Elevada morbi-mortalidad debida a Tuberculosis y de HIV, en la población joven, gestantes y adulta.	OG 4: Contribuir a la reducción de la morbi mortalidad por enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles, mediante una atención integral especializada de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, orientado a poblaciones vulnerables.
<ul style="list-style-type: none">– Incremento de los casos de patologías que pueden ocasionar discapacidad y necesidad de rehabilitación física.– Inadecuada Bioseguridad intra hospitalaria	OG 5: Desarrollar la capacidad de respuesta de la Institución ante fenómenos naturales y antrópicos, mediante una atención integral especializada de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de calidad.
<ul style="list-style-type: none">– Insuficiente presupuesto para cubrir todas las necesidades de los departamentos y servicios.– Insuficiente implementación y difusión de documentos que permitan el control de la gestión administrativa y asistencial.– Sobrecarga asistencial y administrativa que impide el uso del tiempo del personal en trabajos de investigación.	OG 6: Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad.



Objetivos Funcionales

Los objetivos funcionales generales asignados al Hospital son los siguientes:

1. Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
2. Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
3. Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
4. Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.
5. Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
6. 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.

Objetivos Estratégicos Generales

Los objetivos Estratégicos generales asignados al Hospital son los siguientes:

- a) Brindar atención integral y especializada de Alta Complejidad, a los pacientes de la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este y a los referidos de otras jurisdicciones.
- b) Brindar atención altamente especializada, como Hospital de referencia nacional en especialidades altamente complejas en especial de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.
- c) Ejecutar actividades integrales de salud para atender a la población de la jurisdicción.
- d) Promover la acreditación como Hospital Nacional de Alta Complejidad en la atención de la salud, brindando una atención bioética, integral y especializada.
- e) Proponer normas técnicas especializadas, que sirvan de base para la ejecución de los planes de política del sector.
- f) Administrar los recursos humanos económicos, financieros, maquinarias y equipos, medicamentos e insumos y materiales en general.
- g) Administrar el sistema de documentación institucional y archivo general, así como el sistema de comunicaciones e imagen de la Institución.
- h) Alcanzar el liderazgo nacional en las especialidades reconocidas como fortalezas en nuestro Hospital
- i) Apoyar los servicios docentes universitarios en Ciencias de la Salud, así como desarrollar las capacidades y destrezas del personal de salud y otros que laboran en el Hospital.
- j) Consolidar al Hospital Nacional en el campo de la investigación científica, desarrollando docencia, capacitación e investigación epidemiológica, clínica y operativa en el campo de la gestión y gerencia en salud.



- k) Remodelar la infraestructura hospitalaria y renovar los equipos médicos acordes al avance tecnológico, incorporando tecnología moderna.
- l) Lograr alta satisfacción de los usuarios por la calidad y sentido social de nuestros servicios.
- m) Fortalecer el desarrollo del Potencial Humano, promoviendo el cambio de la Cultura Organizacional.
- n) Instituir una gestión moderna, eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
(Matrices N° 01, 02 y 03)