



HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



PLAN OPERATIVO ANUAL 2012

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

DICIEMBRE 2011



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

N° 024 -2012-HNHU-DG



“Año de la Integración Nacional y del Reconocimiento de Nuestra Identidad”

Resolución Directoral

El Agustino, 17 de Enero de 2012

VISTO:

El **INFORME N° 011-2012-OEPE-UPL/HNHU**, de fecha 16 de Enero de 2012, remitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico respecto al Plan Operativo 2012; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 8° de la Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público establece en su numeral 8.1 que el Plan Operativo Institucional (POI) constituye un instrumento de gestión básico y fundamental para la formulación y ejecución del presupuesto de ingresos y gastos en el Sector Público Nacional;

Que, de acuerdo al artículo 6° del Decreto Ley N° 25548 que crea el Consejo Nacional de Planificación, le corresponde a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, emitir los instrumentos necesarios para elaborar el Plan Operativo Institucional de todas las dependencias del Ministerio de Salud incluyendo a los Hospitales con el propósito de optimizar los logros y objetivos en el sector;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 189-MINSA/OGPP V 01, para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2012 de las Entidades y Dependencias del Ministerio de Salud - Pliego 011, el mismo que constituye instrumento básico para la Formulación del Plan Operativo Institucional;

Que, el artículo 6° de la Resolución Ministerial N° 849-2003-SA-DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Nacional Hipólito Unanue, establece que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, es el órgano de asesoramiento competente para formular, ejecutar y evaluar el cumplimiento del Plan Operativo Anual, para optimizar los logros de sus objetivos estratégicos;

Que, mediante Oficio N° 4401-2011-DG-OEPE N°0115-HNHU de fecha 30 de Diciembre de 2011 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, presenta el Proyecto de Plan Operativo Anual (POA) para el Ejercicio Fiscal 2012 a la Dirección de Salud IV Lima





N° 024 -2012-HNHU-DG

Este, la cual con el Oficio N° 0014-2012-OEPE-DISA IV LE de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable para la aprobación del Plan Operativo Anual para el año 2012;

Por estas consideraciones y de conformidad con las Normas citadas;

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y con la opinión favorable del Sub-Director General;

SE RESUELVE:

1° APROBAR, el “**PLAN OPERATIVO ANUAL**” para el ejercicio fiscal del año 2012 de la Unidad Ejecutora 016 Hospital Nacional Hipólito Unanue, Pliego 011 - Ministerio de Salud, el mismo que debe ser ejecutado por las unidades orgánicas que conforman el Hospital para el cumplimiento de los Objetivos Institucionales.

2° ENCARGUESE a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la institución:

- Proponer las directivas y/o pautas que resulten necesarias para la ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones contempladas en el Plan Operativo del Hospital Nacional Hipólito Unanue para el año 2012
- Informar a la Dirección General de la institución, las acciones que conlleven al cumplimiento de los objetivos institucionales de acuerdo a la normatividad vigente para la ejecución del Plan Operativo Anual para el año 2012
- Informar trimestral y semestralmente sobre los avances, logros y los problemas que se presentan en el desarrollo del Plan Operativo Institucional para el año 2012

3° Los Directores de Oficinas Administrativas y Jefes de Departamentos Asistenciales de las Unidades Orgánicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue deberán cumplir con los Objetivos Institucionales contemplados en el Plan Operativo Anual 2012; monitorear, supervisar, evaluar y retroalimentar dicha evaluación en sus unidades conformantes; así mismo, deberán informar en forma trimestral, semestral y anual la evaluación realizada a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico para su control, revisión y opinión respectiva de acuerdo a Ley.

4° Transcribir la presente resolución a las instancias correspondientes, para su cumplimiento y difusión en sus unidades orgánicas funcionales integrantes bajo responsabilidad.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.



- RCHA/jsm
Distribución
 Dirección General
 Sub. Direc. General
 Dirección de Planeamiento Estratégico
 Of. Ejec. Administración
 Of. de Asesoría Jurídica
 Oficinas Administrativas
 Departamentos Asistenciales
 Archivo

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional/Hipólito Unanue

 Dr. Rafael Humberto Aguirre
 Director General
 C.M.P/52977 R.N.E. 37163





DR. GAMERO QUICO ALVAREZ BASAURI

Director General

DR. RAFAEL CHUMPITAZ AGUIRRE

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 (a) de la Unidad de Planeamiento
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Lic. T.M. MARÍA DEL ROSARIO CORICAZA RIVAS
Integrante de la Unidad de Planeamiento
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico



DIRECTORES ADMINISTRATIVOS:

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

Dra. Lucía Salazar Salas
Dr. José Ramos Geldres
Dr. Ricardo Manuel Sánchez Sevillano

Dr. Jesús Huarancca Parrales
Sra. Rossi Vega Ramos
Ing. Rosa Virginia Saavedra Ramírez
Sr. Walter Godofredo Baldeón Cruz
CPC. Gladys Julia Huaytaya Ramos
Dr. Dino Cabrera Pinedo
Bach. Ing. Romel Iván Leva Apaza

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
Directora de la Oficina de Comunicaciones
Directora 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. Luis Wilfredo Miranda Molina

Dr. Percy Delgado Rojas
Dr. Gladys Valle Alvarado

Dra. Susana Del Carpio Ortmann

Dra. Nelly Sánchez Horman
Dra. Doris Reymer Reinoso
Lic. Hilda Elvira Parra Cabrera
Q.F. 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 Cuidados Críticos
Jefe del Departamento Odontología
Jefe del Departamento Anestesiología, Centro Quirúrgico
Jefa del Departamento Patología Clínica y Anatomía Patológica
Jefa del Departamento Diagnostico 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



*No hay secretos para el éxito. Éste se alcanza
preparándose, trabajando arduamente y
aprendiendo del fracaso.*

Colin Powell



PLAN OPERATIVO ANUAL 2012 DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

INDICE

	PAGINA
PRESENTACIÓN	8
GENERALIDADES	9
1.1. Visión	9
1.2. Misión	9
1.3. Denominación, Naturaleza y Fines	11
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	12
2.1 Análisis de la Demanda de Salud	12
2.1.1 Características de la población: indicadores sociales, demográficos y económicos.....	12
2.1.2 Situación de salud: indicadores sanitarios de morbi-mortalidad.	20
2.1.3 Accesibilidad: factores geográficos, económicos, culturales, etc.	28
2.2 Análisis de la Oferta del Establecimiento de Salud	29
2.2.1 Gestión de los Servicios de salud	29
2.2.2 Recursos en Salud	36
2.2.2.1 Recursos Humanos	36
2.2.2.2 Recursos Financieros.....	37
2.2.2.3 Recursos Tecnológicos	40
2.2.2.4 Condiciones de la Infraestructura	46
2.3 Análisis de los Determinantes de la Salud	48
2.3.1 Agua y Saneamiento	48
2.3.2 Exclusión Social: Pobreza, ingreso y empleo	48
2.3.3 Medio Ambiente	48
2.3.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional	49
2.3.5 Situación Educativa	52
2.4 Identificación de Problemas	53
2.4.1 Problemas Identificados en la Demanda	53
2.4.2 Problemas Identificados en la Oferta.....	54
2.4.3 Priorización de los Problemas.....	55
OBJETIVOS GENERALES	56
3.1 Objetivos Específicos	57
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	59



PRESENTACION

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en cumplimiento de la Directiva Administrativa /MINSA/OGPP V.01: “Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2012 del Pliego 011 – Ministerio de Salud”, presenta el Plan Operativo Anual 2012 del Hospital Nacional Hipólito Unanue; documento de gestión que sintetiza los objetivos que las Unidades Orgánicas se han propuesto alcanzar para el año 2012, 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 Transmisibles 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*



I. GENERALIDADES

MISIÓN:

“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.”

VISIÓN:

Ser un Complejo Hospitalario de Categoría III-1, acreditado, líder y de referencia nacional, que brinda atención integral humanista con personal altamente calificado, tecnología sanitaria innovadora y altos estándares de calidad.

DENOMINACIÓN, NATURALEZA Y FINES¹

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.

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

¹ Reglamento de Organización y Funciones. Artículo 7°, 8° y 9°



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. DIGNOSTICO SITUACIONAL

2.1 Análisis de la Demanda de Salud

2.1.1 Características de la población: indicadores sociales, demográficos y económicos

Indicadores Sociales y Económicos:

Basados en el indicador Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), clasificó a los 1,793 distritos existentes en 1993, en cinco estratos de pobreza:

- El primero con 40% o menos de hogares con al menos una NBI.
- El segundo estrato, con 40.1 % a 60% de hogares con al menos una NBI.
- El tercer estrato, con 60.1 % a 80 % de hogares con al menos una NBI.
- El cuarto estrato, con 80.1% a 90% de hogares con al menos una NBI.
- El quinto estrato que incluye a los distritos más pobres del país, con el 90.1% al 100% de hogares con al menos una NBI.

Los estratos, (Gráfico N° 1 y 2) así definidos, poseen características diferentes, teniendo los más pobres menor acceso a servicios básico como agua potable, desagüe y luz eléctrica, siendo además predominantemente rurales, de población dispersa con altos niveles de analfabetismo, desnutrición infantil y mayores tasas de mortalidad infantil.

GRAFICO 1

LIMA: INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL, SEGÚN PROVINCIA 2007



Fuente: ASIS 2010 - HHU

Lima Este se encuentra en el estrato II de pobreza, es decir, tiene entre 40.1% y 60% de hogares con al menos una NBI. Los bajos recursos económicos de los que dispone la población en el área de influencia de nuestro Hospital, y particularmente de la población usuaria de nuestros servicios es una barrera a la accesibilidad y obliga a una política de subsidios, que se refleja en exoneraciones de las atenciones de salud.

GRAFICO 2

LIMA: INCIDENCIA DE POBREZA TOTAL 2004 – 2009



Fuente: ASIS 2010 - HNHU

En lo que respecta al Índice de desarrollo Humano, siendo un Instrumento que mide el adelanto medio en lo que capacidad humana básica se refiere, los cuales se refiere a la esperanza de vida al nacer, nivel educacional e ingresos per cápita.

Para el año 2009 se tuvo un Índice de Desarrollo Humano de 0.806. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), nuestro país se encuentra en la posición 78 de los 182 Clasificados. Esto denota una mejora, respecto al año 2007, donde el Perú se encontraba en la posición 87, con IDH de 0.773.

Educación

Los Indicadores relacionados a educación expresa un avance importante, gracias al esfuerzo realizado en los ámbitos de la escolarización como en la alfabetización adulta.

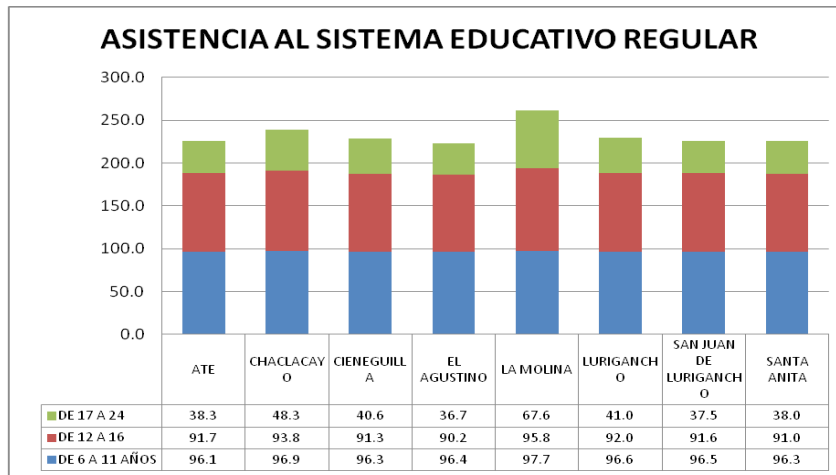
En la medida que avanza la universalización de la educación primaria, el analfabetismo se concentra más en las zonas rurales, principalmente en los grupos Etnolingüísticos, adultos mayores y mujeres.

TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR

La Población con mayor de quince años que asiste regularmente al colegio muestra la tendencia a ser mayor en los distritos de mayor con mejor Nivel socioeconómico ó en su defecto con un menor NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). No obstante, para los distritos con Jurisdicción en Lima Este se tiene una Tasa promedio de 96.6% de asistencia al Sistema Educativo Regular en el rango de edad e 6 a 11 años, es decir al Sistema Educativo Primario. En cuanto al Sistema Educativo Secundario se tiene una Tasa promedio de Asistencia del 92.2%, seguido del Sistema Educativo no Escolarizado, con una Tasa promedio de asistencia de 43.5%.(Gráfico 3).

GRAFICO 3

TASA DE ASISTENCIA AL SISTEMA EDUCATIVO REGULAR EN LOS DISTRITOS DE JURISDICCIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2007

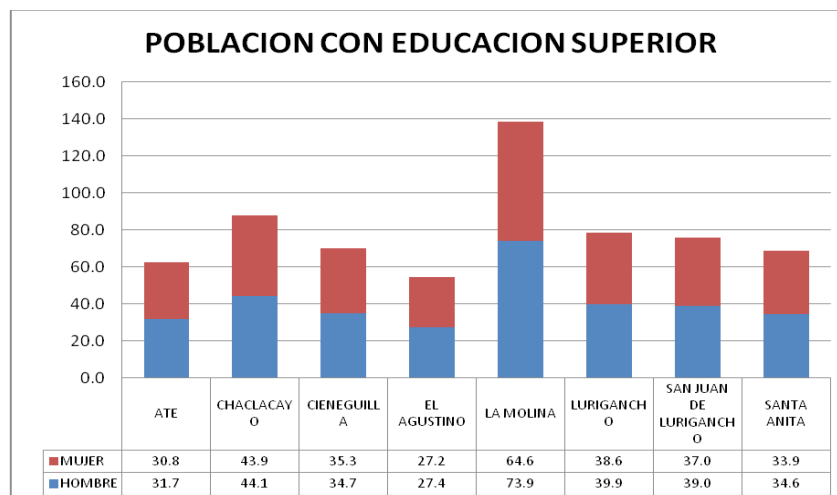


Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda 2007

Como se puede apreciar en el Gráfico 4, muestra los porcentajes para los Distritos de la Jurisdicción de nuestro Hospital en cuanto a la población según sexo que cuenta con estudios Superiores, de lo cual podemos apreciar que el distrito con mejor nivel de vida e ingresos tiene los mayores porcentajes, el distrito de La Molina con 73.9% y 64.6%, varones y mujeres respectivamente que cuentan con estudios de nivel Superior.

Además se puede apreciar que el hombre tiene mayores porcentajes respecto a las mujeres.

**GRAFICO 4
PORCENTAJE DE NIVEL DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN LOS DISTRITOS DE JURISDICCIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2007**

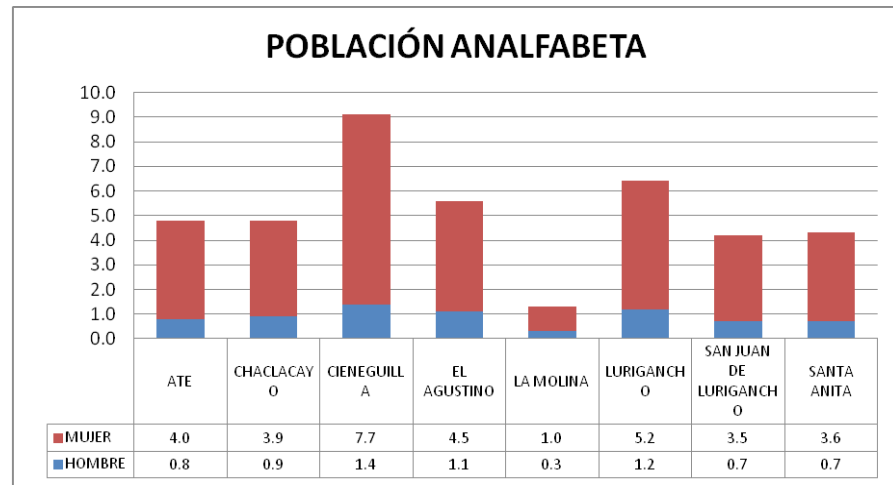


Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda 2007

En cuanto a la Población Analfabeta, el distrito de Cieneguilla muestra los más altos porcentajes de Analfabetismo y el Distrito de La Molina muestra los Porcentajes más bajos de Analfabetismo. Sin embargo la tendencia es que el Analfabetismo es mayor en Mujeres que en Varones según se muestra en el Grafico 5.

GRAFICO 5

TASA DE ANALFABETISMO EN LOS DISTRITOS DE JURISDICCIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2007



Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda 2007

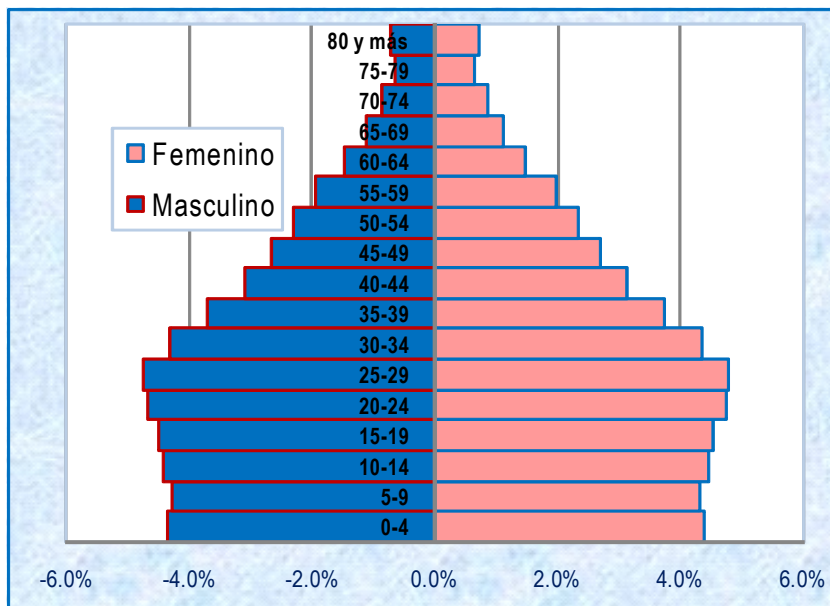
Indicadores Demográficos

La población en el área de influencia del hospital, corresponde a la proyectada para el año 2009 a la DISA IV Lima Este con 2'098,984 habitantes (fuente Oficina de Estadística e Informática del HNHU).

Pirámide Poblacional Proyectada al 2009

La Población Peruana, en general, se encuentra en un lento proceso de envejecimiento, este hecho vital no se puede evidenciar año tras año sino que requiere de por lo menos un quinquenio para mensurar los cambios. En el quindenio anterior la población mayor representaba en promedio el 4.4% de la Población, ya para el 2009 la población menor de 15 años representa el 26.2% y la Población mayor el 6,7%, incrementándose ligeramente la tendencia, lo que evidencia un incremento sustantivo de la etapa de vida adulto mayor. Estos cambios demográficos implican, cambios en el patrón de la demanda por servicios de salud, incorporándose progresivamente perfiles de morbilidad y mortalidad de las poblaciones de la etapa de vida adulto mayor, es decir predominancia de enfermedades crónicas y degenerativas.

Si observamos la composición poblacional a través de la pirámide poblacional (Gráfico 6) se aprecia que es una pirámide restrictiva de base ancha, existiendo predominancia entre los 10 a 34 años, siendo el grupo de edad de mayor magnitud dentro de este el de 25 -29 años (etapa de vida joven y adulto). Lo que evidencia que aun nos falta sensibilizar y educar a la población en tema de Planificación familiar, así como un refuerzo en las Políticas Anticonceptivas y contraceptivas desarrolladas por el MINSA y ONGs.

**PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS QUINQUENALES Y ETAPAS –DISA IV L.E
PROYECTADA HASTA EL 2009**

Fuente: ASIS 2010 - HNHU

Dinámica Poblacional:

Debemos tener presente que el comportamiento de la natalidad, la mortalidad y las migraciones en su conjunto, determinan el crecimiento de la población, el principal factor del crecimiento de la población (nacional y regional) es el balance entre nacimientos y muertes.

Sin embargo el crecimiento poblacional urbano es mucho más rápido que el rural; a nivel nacional, de 1940 al 2009 la población urbana ha crecido cerca de 13 veces, mientras que la población rural apenas 2 veces. El factor principal de alto crecimiento de la población urbana es sin duda la migración rural – urbana.

El crecimiento de la población fue acelerado hasta la década del 70, pasando de 7 millones en el año 1940 a 13.2 millones en el año 1970. A partir del año 1972, empieza a disminuir la tasa de crecimiento por efecto del descenso del nivel de la fecundidad, que inicialmente se da dentro de un proceso de modernización y luego por acciones de política de población alcanzando un valor promedio de 2.86% para el quinquenio 2000 – 2009 y de 1.43% al 2009 con grandes variaciones regionales, siendo para Lima de 1.9 hijos por mujer.

La Tasa Bruta de Mortalidad

La Tasa Bruta de Mortalidad en el Perú al 2005 es de 6.2 muertes por mil habitantes y para el 2009 es de cerca de 6.0; la Tasa de Mortalidad Infantil (Grafico 7) es de 33.4 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos al 2005 y para el 2009 de 18.5 evidenciándose una reducción de 44.6%.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2007

LIMA: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 2007 (Defunciones de menores de 1 año por mil nacidos vivos)	
	TMI
NACIONAL	18,5
Dpto. LIMA	11,3
Prov. LIMA	10,9
Prov. BARRANCA	10,1
Prov. CAJATAMBO	25,6
Prov. CANTA	15,7
Prov. CAÑETE	11,1
Prov. HUARAL	10,8
Prov. HUAROCHIRI	24,1
Prov. HUAURA	14,0
Prov. OYÓN	22,4
Prov. YAUYYOS	28,2

Fuente: INEI – Perú: Mortalidad Infantil y sus Diferenciales por Departamento, Provincia y Distrito, 2007
En el departamento de Lima, la provincia de Yauyos presenta la mayor tasa de mortalidad infantil con 28,2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, correspondiéndole a la provincia de Barranca la menor tasa de mortalidad infantil (10,1 por mil nacidos vivos).

Fuente: ASIS 2010 - HNHU

La esperanza de vida al nacer nacional

La esperanza de vida al nacer nacional (Gráfico 8) es de 73.1 años para el quinquenio 2005-2010, Lima 76.3 y para Lima Este está en 75.5.

GRAFICO 8

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)

LIMA: ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Años)				
	2005 - 2010		2015 - 2020	
	NACIONAL	LIMA	NACIONAL	LIMA
TOTAL	73,1	76,3	75,1	77,9
HOMBRES	70,5	74,0	72,5	75,1
MUJERES	75,9	78,8	77,8	80,8

Fuente: INEI – Perú: Proyecciones Departamentales de Población.
La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas el mismo año. Es uno de los indicadores de la calidad de vida más comunes. Para el quinquenio 2005-2010 la esperanza de vida al nacer del departamento de Lima es de 76,3 años y es diferencial por sexo, 74,0 años para los varones y 78,8 años para las mujeres.

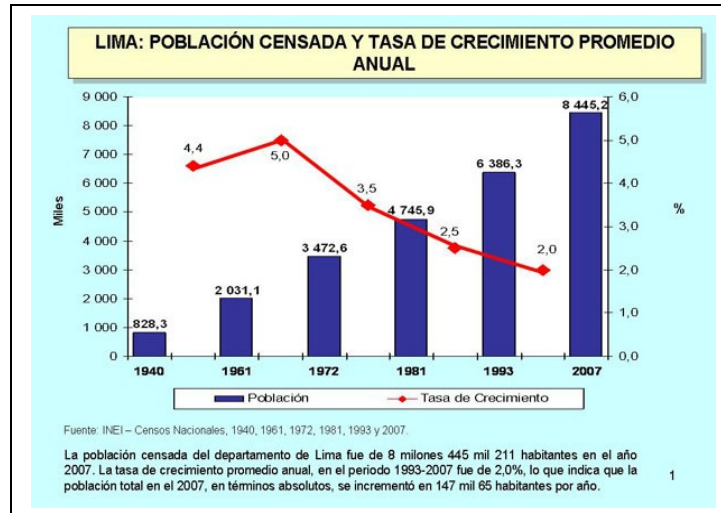
Fuente: ASIS 2010 - HNHU

La Tasa de Natalidad:

La Tasa de Natalidad promedio nacional al 2005 es de 22.6 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil reduciéndose a 20.5 para el 2009. (Gráfico 9). En el área de influencia del HNHU la dicha tasa es comparable con la estimada para Lima, es decir 17.6 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

GRAFICO 9

LIMA: POBLACIÓN CENSADA Y TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL



Fuente: ASIS 2010 – HNHU

CUADRO N° 1
INDICADORES DEMOGRÁFICOS – ECONÓMICO/PRINCIPALES DISTRITOS DE PROCEDENCIA 2007

Distrito	Tema	Sub Tema	Descripción	Total	Área Urbana	Área Rural	Sexo - Hombre	Sexo - Mujer
				Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Ate	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	133,324	133,324	0	67,955	65,369
			Total de la población de 15 a 64 años	323,925	323,925	0	157,501	166,424
			Total de población de 65 años y más	21,029	21,029	0	10,080	10,949
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	2,453	2,453	0	-	2,453	
Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	33.5	33.5	0	33.57	33.4	
		Chaclacayo	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	10,023	10,023	0
Total de la población de 15 a 64 años	27,628				27,628	0	13,163	14,465
Total de población de 65 años y más	3,459				3,459	0	1,640	1,819
Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo		161	161	0	-	161	
Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	46.25	46.25	0	45.21	47.76	
		Cieneguilla	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	7,258	7,209	49
Total de la población de 15 a 64 años	17,946				17,825	121	10,405	7,541
Total de población de 65 años y más	1,521				1,506	15	812	709
Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo		121	121	0	-	121	
Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	28.9	29.05	11.69	28.23	30.07	
		El Agustino	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	48,050	48,050	0
Total de la población de 15 a 64 años	121,678				121,678	0	60,269	61,409
Total de población de 65 años y más	10,534				10,534	0	5,068	5,466
Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo		985	985	0	-	985	
Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	30.36	30.36	0	29.48	31.74	
		La Molina	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	26,785	26,785	0
Total de la población de 15 a 64 años	94,559				94,559	0	42,772	51,787
Total de población de 65 años y más	11,154				11,154	0	4,959	6,195
Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo		212	212	0	-	212	
Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	67.94	67.94	0	70.14	65.5	

Fuente: Datos Estadísticos INEI -2007



Distrito	Tema	Sub Tema	Descripción	Total	Área Urbana	Área Rural	Sexo - Hombre	Sexo - Mujer
				Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
La victoria	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	42,875	42,875	0	21,897	20,978
			Total de la población de 15 a 64 años	131,869	131,869	0	64,604	67,265
			Total de población de 65 años y más	17,980	17,980	0	8,242	9,738
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	792	792	0	-	792	
	Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	35.77	35.77	0	33.94	38.39
Lima	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	63,837	63,837	0	32,669	31,168
			Total de la población de 15 a 64 años	205,095	205,095	0	99,032	106,063
			Total de población de 65 años y más	30,561	30,561	0	14,020	16,541
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	1,086	1,086	0	-	1,086	
	Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	45.85	45.85	0	44.19	48.22
Lurigancho	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	48,175	48,175	0	24,558	23,617
			Total de la población de 15 a 64 años	111,933	111,933	0	55,528	56,405
			Total de población de 65 años y más	9,251	9,251	0	4,568	4,683
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	822	822	0	-	822	
	Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	34.6	34.6	0	34.33	35.04
San Juan de Lurigancho	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	242,736	242,736	0	123,707	119,029
			Total de la población de 15 a 64 años	617,598	617,598	0	307,024	310,574
			Total de población de 65 años y más	38,109	38,109	0	18,801	19,308
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	4,194	4,194	0	-	4,194	
	Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	30.43	30.43	0	30.5	30.32
Santa Anita	Demográfico	Sexo y Edad	Total de población menor de 15 años	47,051	47,051	0	24,015	23,036
			Total de la población de 15 a 64 años	128,855	128,855	0	62,867	65,988
			Total de población de 65 años y más	8,708	8,708	0	4,358	4,350
	Natalidad	Total de mujeres de 12 a 19 años que tienen al menos un hijo	776	776	0	-	776	
	Económico-Laboral	Población Económicamente Activa	Tasa de afiliación al seguro de salud	33.28	33.28	0	33.19	33.41

Fuente: Datos Estadísticos INEI - Censo2007

Según Cuadro 1, se puede preciar los Indicadores Demográficos: Sexo y Edad, con datos de Población menor de 15 años, Población de 15 a 64 años y Población mayor de 65 años; también se tiene datos de Natalidad, como Total mujeres de 12 a 19 años que tienen por lo menos un hijo. Por otro lado, tenemos el Indicador Económico Laboral: Población Económicamente Activa, del cual se extrae el dato de Tasa de Afiliación al Seguro de Salud.

2.1.2. SITUACION DE SALUD

MORBILIDAD GENERAL

CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

CONSULTA EXTERNA: MORBILIDAD GENERAL **CUADRO 2**

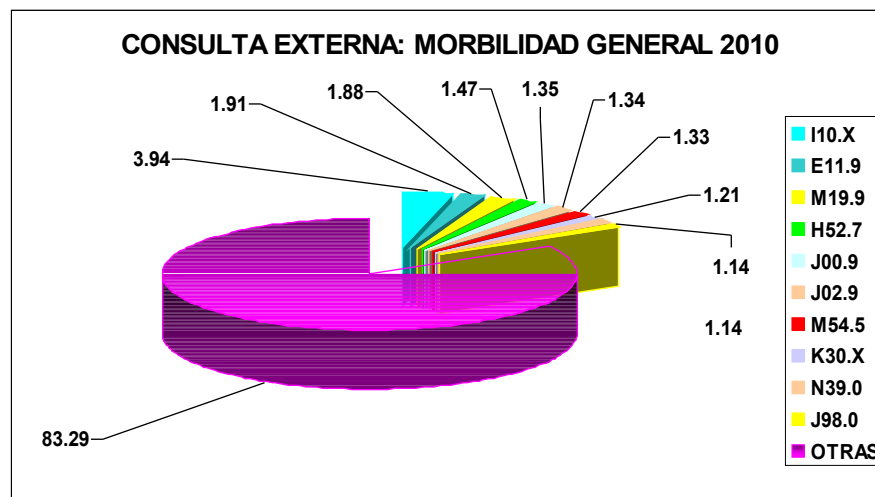
2010 **MORBILIDAD GENERAL EN CONSULTA EXTERNA 2010**

Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			192,788	100
1	I10.X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	7,604	3.94
2	E11.9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACIONES	3,677	1.91
3	M19.9	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	3,622	1.88
4	H52.7	TRANSTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO	2,832	1.47
5	J00.9	RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA	2,608	1.35
6	J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2,581	1.34
7	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2,555	1.33
8	K30.X	DISPEPSIA	2,335	1.21
9	N39.0	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2,203	1.14
10	J98.0	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICA	2,194	1.14
TODAS LAS OTRAS CAUSAS			160,577	83.29

FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADÍSTICAS

Notamos que en Consulta Externa se tienen que las primeras causas de Morbilidad General son Enfermedades no Transmisibles, donde se puede apreciar que en comparación con años anteriores la transición epidemiológica ha situado a las enfermedades crónicas y metabólicas en los primeros lugares, lo que se debe poner atención a reforzar los primeros niveles de atención en temas de prevención.

GRAFICO 10
CONSULTA EXTERNA: MORBILIDAD GENERAL 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas



HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
CONSULTA EXTERNA: MORBILIDAD -2010

CUADRO 3
MORBILIDAD GENERAL EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN ETAPAS DE VIDA 2010

Nº	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	ETAPAS DE VIDA						
			NIÑO			ADOL.	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
			<1	1 - 4	5 - 11	12 - 17	18 - 29	30 - 59	60 +
TOTAL		192,788	11,267	12,845	10,892	9,351	27,954	71,017	49,462
1	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	11,645	949	1772	687	657	2291	3868	1421
2	TUMORES (NEOPLASIAS)	5,184	115	132	157	246	741	2395	1398
3	ENF. DE LA SANGRE Y DE ORG. HEMATOPOYETICOS	2,285	359	281	118	86	343	560	538
4	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRIC. Y METABÓLICAS	13,872	807	898	711	569	661	5415	4811
5	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	7,373	24	295	649	776	1724	2578	1327
6	ENFERMEDADES DEL SIST. NERVIOSO	4,859	44	103	191	399	1079	1998	1045
7	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	11,487	181	553	669	639	1296	4033	4116
8	ENF. DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	3,779	55	211	259	276	560	1453	965
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	14,400	28	107	181	155	766	4747	8416
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	20,374	3495	3996	2434	933	2035	4587	2894
11	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	24,192	422	1361	1914	1326	4292	9583	5294
12	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	7,814	566	732	407	660	1793	2557	1099
13	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJ. CONJUNTIVO	17,759	17	172	179	323	1425	8581	7062
14	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	19,240	135	365	374	390	2784	9562	5630
15	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	3,055	0	0	0	155	1677	1223	0
16	AFECC. ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2,901	2901	0	0	0	0	0	0
17	MALFORMACIONES CONGENITAS	1,574	411	373	210	104	173	250	53
18	SINTOMAS Y SIG. Y HALLAZGOS ANORM. CLINICOS	6,219	567	543	295	343	960	2153	1358
19	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	14,271	191	948	1451	1261	3122	5277	2021
20	CAUSA EXTERNA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	287	0	1	3	49	131	95	8
21	FACT. QUE INFLUYEN EL ESTADO DE SALUD	218	0	2	3	4	101	102	6

Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Si analizamos las primeras causas de Morbilidad presentados en Consulta Externa según etapas de vida, podremos apreciar que las enfermedades parasitarias con prevalencia en todas las etapas de vida, seguido de las enfermedades por alteraciones neoplásicas, que en comparación con años anteriores se ha incrementado el número de casos, con una mayor prevalencia en la población adulta y adulta mayor, así mismo, tenemos a las enfermedades endocrinas y metabólicas con predominio creciente en todas las etapas de vida, al igual que las enfermedades Oftalmológicas. Las enfermedades cardiovasculares también tienen presencia importante dentro de las primeras causas de morbilidad en las etapas de vida joven, adulto y adulto mayor, con mayor incidencia en la etapa adulto mayor. También debemos resalta que las enfermedades del Sistema respiratorio y digestivo llevan una de las mayores proporciones de incidencia, siendo de distribución lineal y creciente en todas las etapas de vida los casos de Enfermedades respiratorias y digestivas, respectivamente.

Las enfermedades degenerativas también tienen una importante proporción dentro de las principales morbilidades con mayor prevalencia en la etapa adulta y adulta mayor, al igual que las Enfermedades Genitourinario.

Las morbilidades por causas externas tales como envenenamiento y traumatismos tienen una incidencia creciente a partir de la etapa de vida joven.

HOSPITALIZACION

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

HOSPITALIZACIÓN: MORBILIDAD GENERAL **CUADRO 4**
2010

MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN 2010

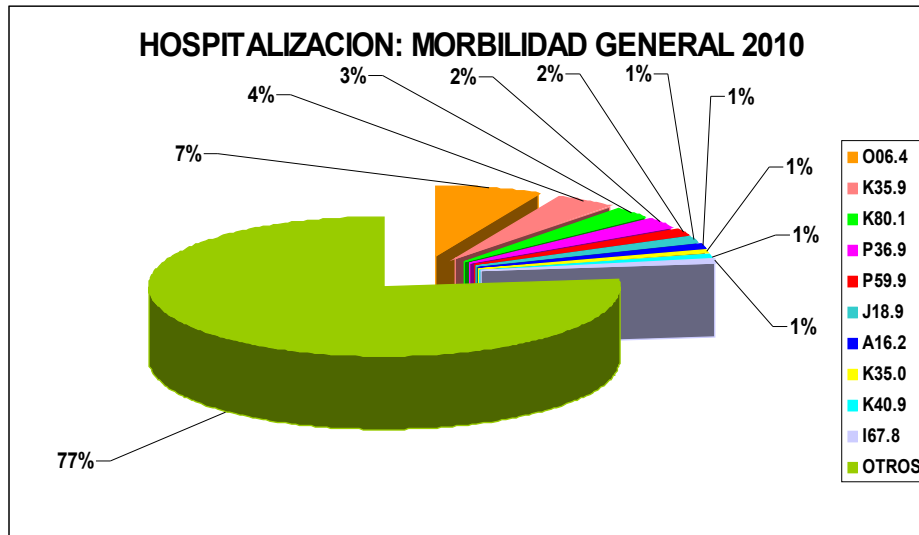
Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			20,661	100
1	O06.4	ABORTO INCOMPLETO, SIN COMPLICACIONES	1,475	7.14
2	K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICA	861	4.17
3	K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	523	2.53
4	P36.9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	502	2.43
5	P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	345	1.67
6	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	300	1.45
7	A16.2	TBC DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLÓGICA	246	1.19
8	K35.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	193	0.93
9	K40.9	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION	186	0.90
10	I67.8	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	165	0.80
TODAS LAS DEMAS CAUSAS			15,865	76.79

FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

Tenemos al igual que años anteriores al Aborto incompleto sin complicaciones como primera causa de Morbilidad en Hospitalización adultos; seguido de la Apendicitis aguda, Cálculo en la Vesícula Biliar, Sepsis Bacteriana e Ictericia neonatal, entre los más importantes.

Debemos resaltar la Tuberculosis de Pulmón se ha incorporado dentro de las 10 primeras causas de Morbilidad Hospitalaria 2010, lo cual amerita poner mas énfasis en reforzar la Bioseguridad Hospitalaria en diferentes niveles. Así mismo, las Enfermedades Cerebrovasculares se han sumado a la lista de principales Morbilidades, a causa del incremento de Enfermedades Cardiometabólicas que condicionan directamente la predisposición los eventos Cardiovasculares.

GRÁFICO 11
MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas



HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
HOSPITALIZACIÓN: MORBILIDAD -2010
SEGÚN ETAPAS DE VIDA

CUADRO 5

MORBILIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN ATAPAS E VIDA 2010

N°	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	ETAPAS DE VIDA						
			NIÑO			ADOL.	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
			<1	1 - 4	5 - 11	12 - 17	18 - 29	30 - 59	60 +
TOTAL		20,661	1,585	567	505	1,343	7,692	6,446	2,523
1	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1,110	36	98	66	86	287	401	136
2	TUMORES (NEOPLASIAS)	594	2	13	11	10	70	282	206
3	ENF. DE LA SANGRE Y DE ORG. HEMATOPOYETICOS	75	1	3	5	3	17	23	23
4	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRIC. Y METABÓLICAS	228	2	7	2	4	10	98	105
5	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	28	1	0	1	3	9	11	3
6	ENFERMEDADES DEL SIST. NERVIOSO	107	5	6	10	11	19	27	29
7	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	43	3	16	4	2	0	8	10
8	ENF. DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	85	1	3	9	10	28	31	3
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	790	7	5	5	7	43	275	448
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,116	111	225	93	42	89	233	323
11	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2,908	2	24	100	182	641	1335	624
12	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	260	3	40	22	15	36	78	66
13	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJ. CONJUNTIVO	214	0	6	14	15	43	108	28
14	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	795	15	17	16	25	115	310	297
15	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	9,180	0	0	0	740	5776	2663	1
16	AFECC. ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1,283	1283	0	0	0	0	0	0
17	MALFORMACIONES CONGENITAS	211	101	36	20	14	21	15	4
18	SINTOMAS Y SIG. Y HALLAZGOS ANORM. CLINICOS	103	3	4	6	10	15	34	31
19	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	1,467	8	63	120	162	456	484	174
20	CAUSA EXTERNA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	3	0	0	0	0	2	1	0
21	FACT. QUE INFLUYEN EL ESTADO DE SALUD	61	1	1	1	2	15	29	12

FUENTE: HNHHU/OE/AREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

En relación a la Morbilidad Hospitalaria según etapas de vida tenemos al embarazo, parto y puerperio como principales causas de Hospitalización con prevalencia desde la etapa de vida adolescente hasta adulto predominantemente, seguidamente tenemos a las Enfermedades del Sistema Digestivo, con mayor predominio en la etapa adulta.

Los daños causados por elementos externos, tales como traumatismos y envenenamiento, se mantiene en estos últimos años con una cantidad constante de ingresos a Hospitalización, con prevalencia creciente desde la etapa niño hasta la etapa adulto mayor. Posteriormente tenemos a las afecciones originadas en el periodo perinatal relacionadas a los neonatos y niños menores de 1 año que nacieron con bajo peso.

Las Enfermedades del Sistema Respiratorio ocupan un lugar importante dentro de las principales causas de Hospitalización, con una predominancia en los primeros 4 años de vida del niño y en las etapas adulto y adulto mayor. Posteriormente, se encontramos a las Enfermedades Infecciosas y parasitarias como una de las principales causas de Hospitalización principalmente a partir de la Etapa de vida Joven. Enfermedades Neoplásicas también es causa importante de Hospitalización en la etapa de vida adulta y adulta mayor, debemos considerar que no todos los casos diagnosticados son tratados en el Hospital.

EMERGENCIA:

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
EMERGENCIA: MORBILIDAD GENERAL
2010

**CUADRO 6
MORBILIDAD GENERAL EN EMERGENCIA 2010**

N°	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			61,378	100
1	O62.3	TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO	5,390	8.78
2	R10.4	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	4,130	6.73
3	J00.X	RINOFARINGITIS AGUDAS (RESFRIADO COMUN)	2,039	3.32
4	A09.X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1,870	3.05
5	T00.9	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	1,641	2.67
6	O47.9	AMENAZA DE PARTO (FALSO TRABAJO DE PARTO)	1,539	2.51
7	J20.9	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1,414	2.30
8	R50.9	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1,384	2.25
9	O06.4	ABORTO N/E INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	1,348	2.20
10	T14.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUEF	1,329	2.17
TODAS LAS DEMAS CAUSAS			39,294	64.02

FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

En cuanto a las principales causas de ingreso por Emergencia es el Trabajo de parto precipitado en primer lugar, seguido de otros tipos de dolores abdominales, Rinofaringitis agudas (resfriado común), están también incluidas dentro de las principales causas de ingreso por emergencia.

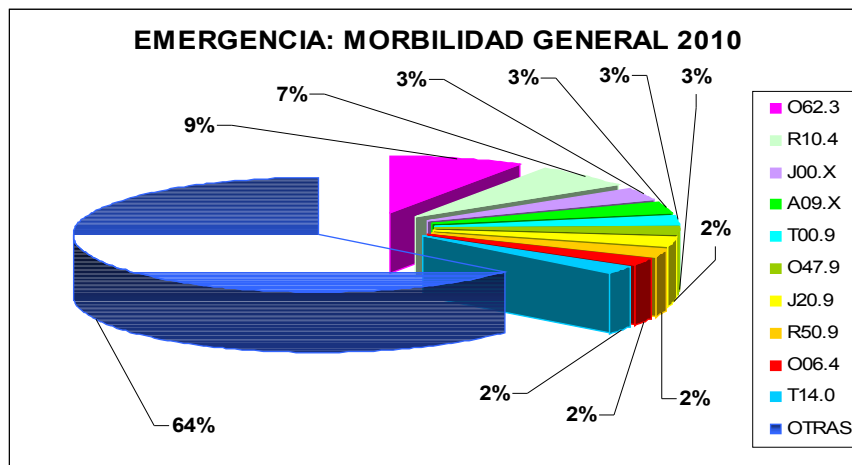
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso con deshidratación es una de las causas más comunes en los últimos años. Traumatismos superficiales múltiples a causas de accidentes de tránsito representa la quinta causa de ingreso a Emergencia. No obstante, la amenaza de parto, falso trabajo de parto, está incluida dentro de las principales causas de ingreso a Emergencia, lo que refleja que falta reforzar la orientación y reconocimiento de los signos de alarma para acudir al Hospital por parte de las Gestantes.

Bronquitis Aguda, Fiebre no especificada es otras de las principales causas incluidas por la cuales se atienden por emergencia.

Aborto incompleto representa la novena causa de ingreso por Emergencia. Por último, Traumatismos de superficiales de regiones no especificadas es también causa de ingreso a Emergencia.

De las Morbilidades antes mencionadas, si las analizamos, nos daremos cuenta que no todas las causas especificadas amerita un atención por Emergencia, lo que probablemente este causando saturación en los consultorios; ante ello, se tomara las medidas pertinentes para que el Triage se haga de manera más eficiente; esperando con ello que los resfriados, bronquitis y gastroenteritis sean derivados a las especialidades correspondientes; salvo los casos más críticos que requieren estabilización.

**GRAFICO 12
MORBILIDAD GENERAL EN EMERGENCIA 2010**



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

CUADRO 7



HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
EMERGENCIA: MORBILIDAD 2010 **MORBILIDAD GENERAL EN EMERGENCIA 2010 SEGÚN ETAPAS DE VIDA.**

Nº	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	ETAPAS DE VIDA						
			NIÑO			ADOL.	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
			<1	1 - 4	5 - 11	12 - 17	18 - 29	30 - 59	60 +
TOTAL		61,378	3,824	6,496	3,975	4,432	17,992	18,227	6,432
1	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3,208	454	866	215	170	469	710	324
2	TUMORES (NEOPLASIAS)	75	0	0	1	2	5	47	20
3	ENF. DE LA SANGRE Y DE ORG. HEMATOPOYETICOS	165	10	5	3	7	34	51	55
4	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRIC. Y METABÓLICAS	730	31	74	12	13	41	270	289
5	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	788	2	26	14	91	300	304	51
6	ENFERMEDADES DEL SIST. NERVIOSO	450	11	19	19	27	83	163	128
7	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	32	7	4	4	4	5	6	2
8	ENF. DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	312	16	96	75	21	34	48	22
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1,281	2	7	8	19	92	505	648
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7,881	1511	2246	1119	399	707	1018	881
11	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	3,810	47	75	129	304	980	1633	642
12	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	728	50	186	78	53	103	176	82
13	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJ. CONJUNTIVO	567	0	8	12	33	137	285	92
14	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2,560	59	160	104	150	758	941	388
15	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	11,733	0	0	0	1025	7369	3339	0
16	AFECC. ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	847	847	0	0	0	0	0	0
17	MALFORMACIONES CONGENITAS	24	7	0	2	3	2	8	2
18	SINTOMAS Y SIG. Y HALLAZGOS ANORM. CLINICOS	10,296	514	978	644	760	2406	3566	1428
19	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	15,891	256	1746	1536	1351	4467	5157	1378
20	CAUSA EXTERNA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0
21	FACT. QUE INFLUYEN EL ESTADO DE SALUD	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: HN/HS/UE/AREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

Las principales Morbidades presentados en Emergencia según Etapas de vida se encuentran los de Causa Externa: como Traumatismos y Envenenamientos con una prevalencia en todas las etapas de vida, mayoritariamente a partir de la Etapa Joven; posteriormente tenemos al embarazo, parto y puerperio como causa de ingreso por Emergencia con predominio a partir de la Etapa Adolescente. También los Signos y Síntomas y hallazgos anormales clínicos representan una de las principales causas de ingreso por Emergencia que se presentan mayoritariamente a partir de la Etapa joven. Las Enfermedades del Sistema Respiratorio con prevalencia en todas las Etapas de Vida. Las Enfermedades del Sistema Digestivo se presentan en mayor demanda a partir de la Etapa Joven, seguida de las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias con predominancia en todas las etapas de vida. Posteriormente tenemos a las enfermedades del Sistema Circulatorio con mayor predominio en las Etapas Adulto y Adulto Mayor.

MORTALIDAD GENERAL

EMERGENCIA

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE **CUADRO 8**
MORTALIDAD EMERGENCIA- 10° PRIMERAS CAUSAS **MORTALIDAD GENERAL EN EMERGENCIA 2010**

Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			660	100
1	I46.9	PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	167	25.30
2	J96.9	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	72	10.91
3	A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	63	9.55
4	R09.2	PARO CARDIORESPIRATORIO	21	3.18
5	R57.1	CHOQUE HIPOVOLEMICO	18	2.73
6	R57.9	CHOQUE NO ESPECIFICADO	14	2.12
7	S06.9	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	14	2.12
8	I67.9	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	13	1.97
9	J96.0	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	9	1.36
10	G93.2	HIPERTENSION INTRACRANEAL BENIGNA	8	1.21
TODAS LAS DEMAS CAUSAS			261	39.55

FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

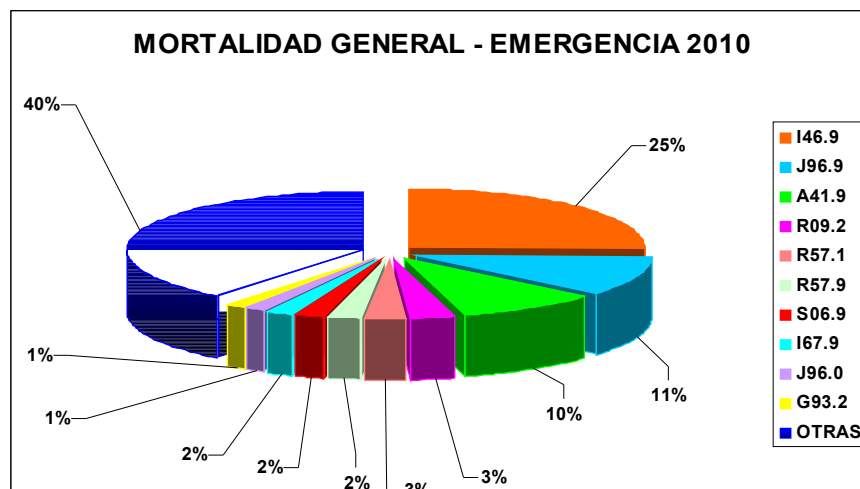
Las principales causas de muerte en Emergencia son el Paro Cardíaco no especificado, seguidamente de la Insuficiencia respiratoria, Infección Generalizada debido a exposición de heridas abiertas y enfermedades crónicas, Paro Cardiorespiratorio.

Posteriormente tenemos al Choque Hipovolémico a causa de pérdida masiva de sangre por lesiones internas y externas de causa exógena, seguido de Choque no especificado. Traumatismo Intracraneal como consecuencia de accidentes de tránsito en su gran mayoría. Posteriormente se sitúa la Enfermedad Cerebrovascular, la Insuficiencia Respiratoria Aguda e Hipertensión Intracraneal benigna.

Ante las Mortalidades presentadas como primeras causas de muerte en Emergencia, debemos acotar que se trabajara con el mejoramiento de la codificación CIE X, con la finalidad de mejorar el registro de las principales causas de Mortalidad en esta Área tan importante.

Se debe señalar que, a partir del Primer semestre se ha venido Trabajando con el SINGHO los Ingresos a Emergencia, se espera con ello mejorar para el próximo año los reportes Estadísticos de Emergencia.

GRAFICO 13
MORTALIDAD GENERAL EN EMERGENCIA 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

HOSPITALIZACION

CUADRO 9

HOSPITALIZACIÓN: MORTALIDAD GENERAL
2010

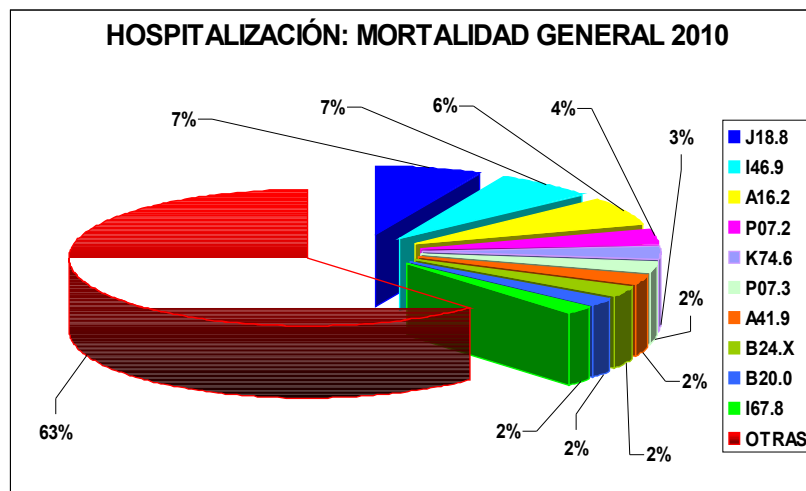
MORTALIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN 2010

Nº	CODIGO	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	%
TOTAL			768	100
1	J18.8	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	55	7.16
2	I46.9	PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	52	6.77
3	A16.2	TBC DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLÓGICA	49	6.38
4	P07.2	INMATURIDAD EXTREMA	27	3.52
5	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	24	3.13
6	P07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	19	2.47
7	A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	18	2.34
8	B24.X	ENF. POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA	18	2.34
9	B20.0	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCIÓN POR MICOBACTE	16	2.08
10	I67.8	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	15	1.95
		TODAS LAS DEMAS CAUSAS	475	61.85

FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

En cuanto a la Mortalidad presentada en Hospitalización, tenemos como primera causa de muerte a la Neumonía no especificada, seguido del Paro cardiaco no especificado, a comparación de años anteriores prevalece la TBC pulmonar como tercera causa de Mortalidad en Hospitalización, por lo cual debemos poner mayor énfasis respecto a Bioseguridad Hospitalaria, por el momento se encuentra en reestructuración y Mantenimiento del Pabellón D1- Neumología. Inmaturidad Extrema es otra causa de Mortalidad hospitalaria, se presentaron 27 casos durante el año 2010, casos de los cuales llegaron al Hospital en su mayor parte por referencia de otros Centros de Primer nivel, siendo en su mayoría adolescentes con menos de 28 semanas de Gestación. Ante ello, debemos enfocarnos en fortalecer el cuidado prenatal en el primer nivel de atención.

**GRAFICO 14
MORTALIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN 2010**



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Otras Cirrosis del Hígado y las no especificadas, se ubica en el quinto lugar como causa de muerte en Hospitalización, lo que refleja que al ser una enfermedad degenerativa y de larga data, se debe incrementar las charlas preventivas de cuidado de la salud en el primer nivel de atención como una acción que a mediano y largo plazo tenga un impacto social y en salud. Otros Recién nacidos pretermino, es también causa de Mortalidad, relacionado mayormente a las condiciones en las cuales llega al Hospital, muchas veces por referencia en plena labor de parto y sin cuidado prenatal, sumado a la desnutrición de la gestante. Septicemia no especificada, representa la séptima causa de Mortalidad en Hospitalización, muchas veces adquirida en el Hospital a causa de un estado inmunitario deficiente de los pacientes que



llegan referidos con enfermedades crónicas de otros Hospitales y con una condición de salud deteriorada.

Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Enfermedad VIH, resultante en infección por Micobacteria, representa la octava y novena causa de Mortalidad en Hospitalización, respectivamente; como consecuencia del deterioro del Sistema Inmunitario.

Por último se tiene a otras Enfermedades Cerebrovasculares como décima causa de Mortalidad Hospitalaria a consecuencia de Enfermedades cónicas del Sistema Circulatorio.

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
HOSPITALIZACIÓN: MORTALIDAD -2010

CUADRO 10
MORTALIDAD GENERAL EN HOSPITALIZACIÓN 2010 SEGÚN ETAPAS DE VIDA

Nº	DAÑOS/CAUSAS	TOTAL	ETAPAS DE VIDA						
			NIÑO			ADOL.	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
			<1	1 - 4	5 - 11	12 - 17	18 - 29	30 - 59	60 +
TOTAL		768	119	19	8	7	76	209	330
1	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	164	3	2	1	3	34	76	45
2	TUMORES (NEOPLASIAS)	67	0	3	1	0	5	22	36
3	ENF. DE LA SANGRE Y DE ORG. HEMATOPOYETICOS	4	0	1	0	0	1	1	1
4	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRIC. Y METABÓLICAS	14	0	0	1	1	0	1	11
5	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
6	ENFERMEDADES DEL SIST. NERVIOSO	10	0	2	3	0	0	1	4
7	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ENF. DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0	0	0	0	0	0	0	0
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	113	7	2	0	1	8	28	67
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	125	3	4	0	1	4	30	83
11	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	72	0	0	1	0	6	23	42
12	ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	9	0	0	0	0	0	1	8
13	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJ. CONJUNTIVO	10	0	0	0	0	5	4	1
14	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	36	1	0	0	1	1	11	22
15	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	0	0	0	0	1	0	0
16	AFECC. ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	80	80	0	0	0	0	0	0
17	MALFORMACIONES CONGENITAS	27	23	4	0	0	0	0	0
18	SINTOMAS Y SIG. Y HALLAZGOS ANORM. CLINICOS	4	1	0	0	0	0	1	2
19	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	32	1	1	1	0	11	10	8
20	CAUSA EXTERNA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0
21	FACT. QUE INFLUYEN EL ESTADO DE SALUD	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: HNHU/OEI/AREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADISTICAS

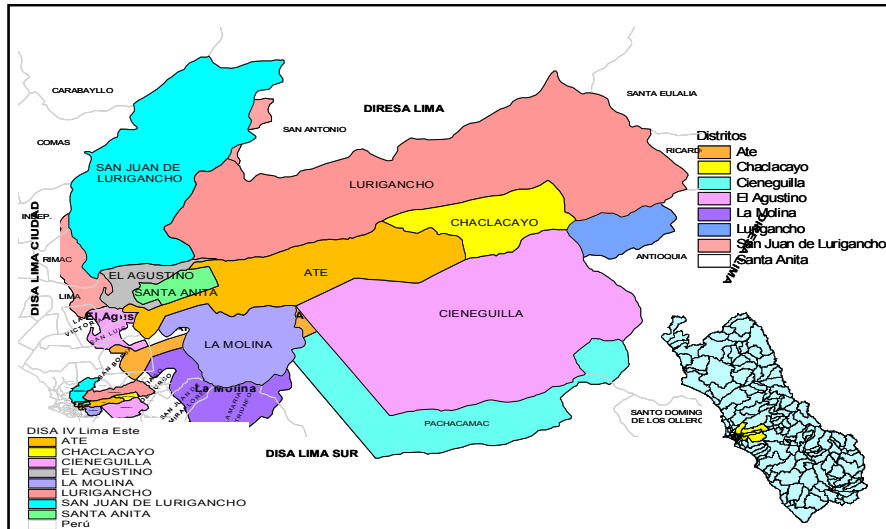
2.1.3 ACCESIBILIDAD

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 es a Nivel Nacional con predominancia 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



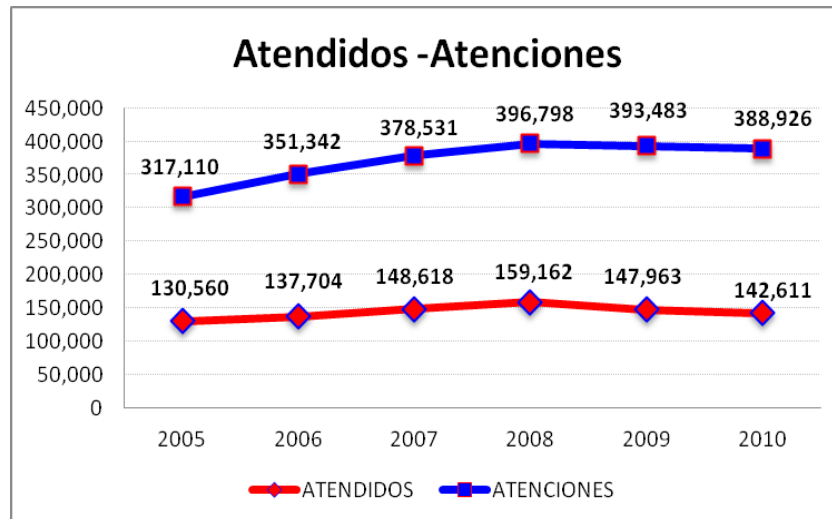
2.2 ANALISIS DE LA OFERTA EN SALUD

2.2.1 GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Consulta externa Atenciones – Atendidos

En los últimos 3 años los atendidos en consulta externa han ido disminuyendo paulatinamente, en la medida que se han ido derivando y fortaleciendo los primeros niveles de atención. En cuanto a las atenciones también ha ido disminuyendo en los últimos 3 años, por lo que un paciente ha dejado de venir en mayor cantidad de veces para ver resuelto sus problemas de salud, lo cual guarda cierta relación con el número de atendidos. (Grafico 15)

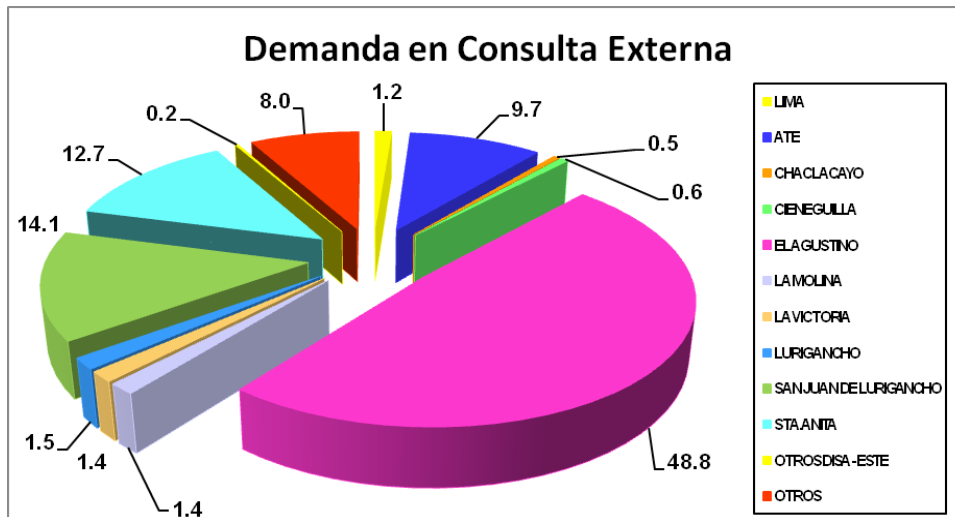
GRAFICO 15
ATENDIDOS – ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA 2005 - 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Según el Grafico, la relación entre atendidos y atenciones 2010 se puede destacar que cada paciente que es atendido en este Hospital por lo menos regresa al Hospital para solucionar sus problemas de salud de 2 a 3 veces.

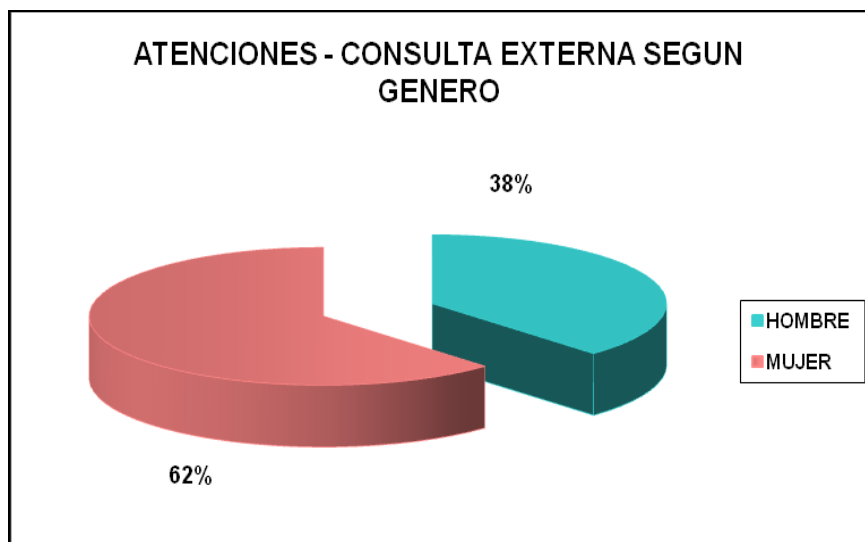
GRAFICO 16
DEMANDA PORCENTUAL DE CONSULTA EXTERNA POR DISTRITO DE PROCEDENCIA



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Como se puede apreciar en el Gráfico 16, se tiene la distribución porcentual de la demanda según Distrito de procedencia del Hospital por Consulta Externa, siendo el distrito de El Agustino, quien tiene el mayor porcentaje con el 48.8% de la demanda total, seguido del Distrito de San Juan de Lurigancho con el 14.1% de la Demanda total y el Distrito de Santa Anita con una demanda porcentual del 12.7%, entre los que tienen una mayor demanda para la atención en Consulta Externa durante el año 2010, el resto de distritos representan el 24.4% de la Demanda.

GRAFICO 17
DEMANDA PORCENTUAL DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GÉNERO



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Como podemos observar la Demanda Porcentual de Consulta Externa según Género tiene una mayor conglomeración en el sexo femenino con un contundente 62% ; siendo la concentración en el sexo masculino del 38% para el año 2010, esta tendencia se mantiene en los últimos tres años.

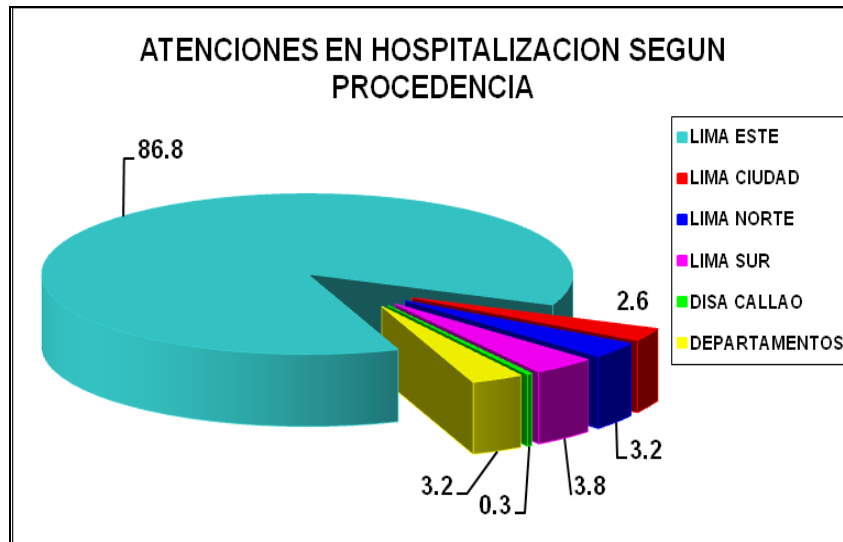
Hospitalización

Como se puede apreciar según el Gráfico 18, nuestra mayor demanda en las atenciones de

Hospitalización provienen mayoritariamente de la Jurisdicción de la DISA IV Lima este con un 86.8%, seguido de la DISA II Lima Sur con un 3.8%, además de la DISA III Lima Norte y Demás Departamentos con un 3.2%, DISA V Lima Ciudad con un 2.6 y la DIRESA Callao con un 0.3%.

Por lo que podemos concluir que durante el año 2010, el mayor numero de demanda que atendió el Hospital fue proveniente de la DISA IV, por cercanía y jurisdicción.

GRAFICO 18
DEMANDA PORCENTUAL DE HOSPITALIZACIÓN POR DIRECCIÓN DE SALUD



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

CUADRO 11
EGRESOS SEGÚN PROCEDENCIA 2007 AL 2010

DISTRITO	2007	2008	2009	2010
EL AGUSTINO	6,061	6,290	6,193	5,463
ATE	3,625	3,560	3,391	2,917
SANTA ANITA	3,516	3,739	3,935	3,617
SAN JUAN DE LURIGANCHO	4,854	5,111	4,918	4,189
LURIGANCHO	926	983	1,014	830
LA MOLINA	555	558	554	469
LIMA	319	342	196	156
LA VICTORIA	240	239	216	211
CHACLACAYO	147	175	194	150
CIENEGUILLA	286	299	294	304
OTROS DISA ESTE	165	149	191	128
OTROS	2,033	1,846	1,881	2,227
TOTAL	22,727	23,291	22,977	20,661

Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

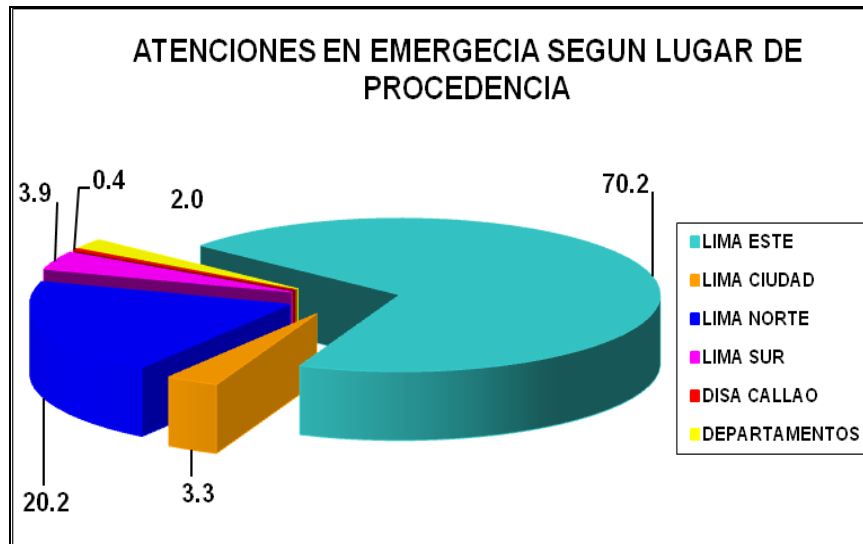
Como se puede apreciar los egresos en los según procedencia tiene alcanza mayor demanda en el año 2008, para luego en los años sucesivos disminuir gradualmente, siguiendo la tendencia de la atenciones.

No obstante, el distrito de El Agustino, Ate, Santa Anita y San Juan de Lurigancho son quienes concentran el mayor número de Egresos Hospitalarios.

Emergencia

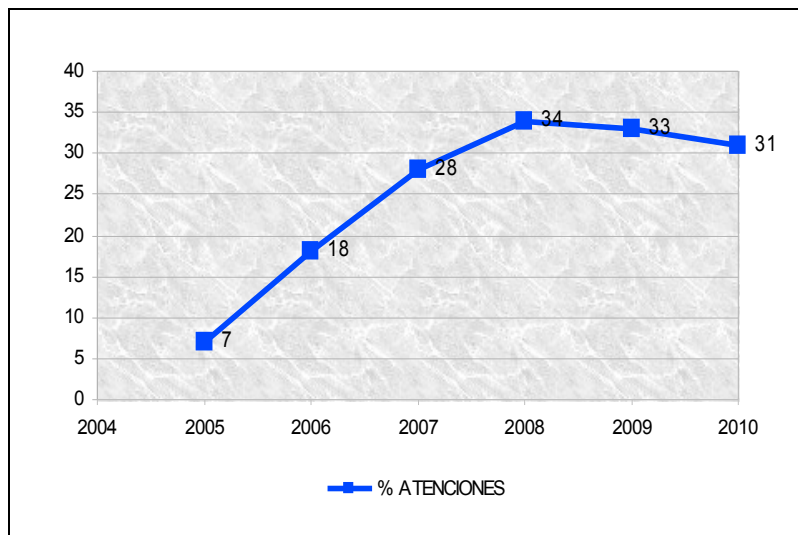
El presente Gráfico muestra que las atenciones por Emergencia durante al año 2010 provienen mayoritariamente de la DISA IV Lima este con un 70.2%, seguido de la DISA III Lima Norte con un 20.2%, entre quienes representan la mayor Demanda por Atención en Emergencia. El resto de DISAS/ DIRESAS representan en su conjunto el 9.6% de la Demanda total 2010.

GRAFICO 19
DEMANDA PORCENTUAL DE EMERGENCIA POR DIRECCIÓN DE SALUD



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

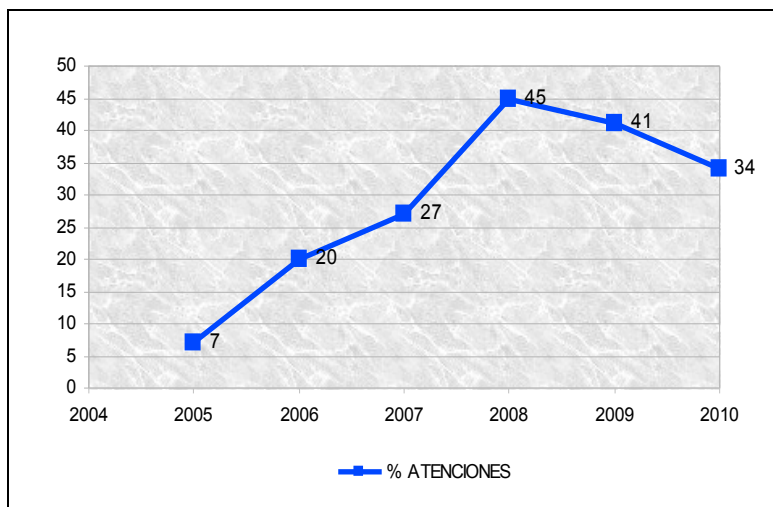
GRAFICO 20
PORCENTAJE DE INCREMENTO DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA 2005 – 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

El porcentaje de incremento de atenciones en consulta externa desde el año 2005 ha tenido una tendencia de aumento, observándose que a partir del año 2009 una leve disminución

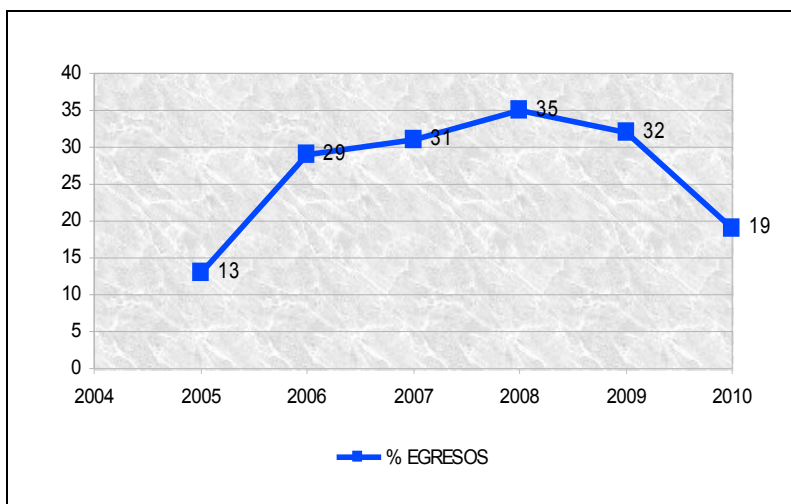
GRAFICO 21
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE LAS ATENCIONES DE EMERGENCIAS 2005 – 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

El porcentaje de crecimiento de las atenciones de emergencia desde el año 2005 al 2008 a tenido una tendencia de aumento, apreciándose que a partir del año 2009 disminuye en 41 y 34%

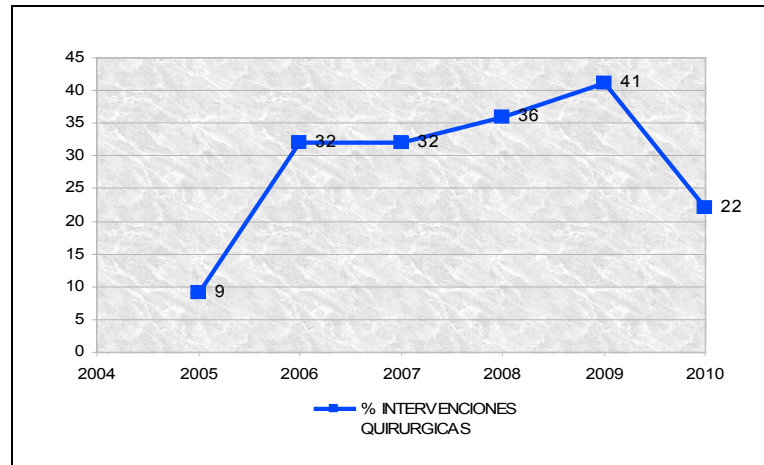
GRAFICO 22
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE LOS EGRESOS DE HOSPITALIZACIÓN 2005 – 2010



FUENTE: HNHU/OEI/ÁREA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS Y ESTADÍSTICAS

Se observa en el gráfico que el porcentaje de crecimiento de los egresos de hospitalización que en el año 2008 tuvo un aumento considerable del 35%, ocurriendo una disminución considerable en el año 2010 del 19%

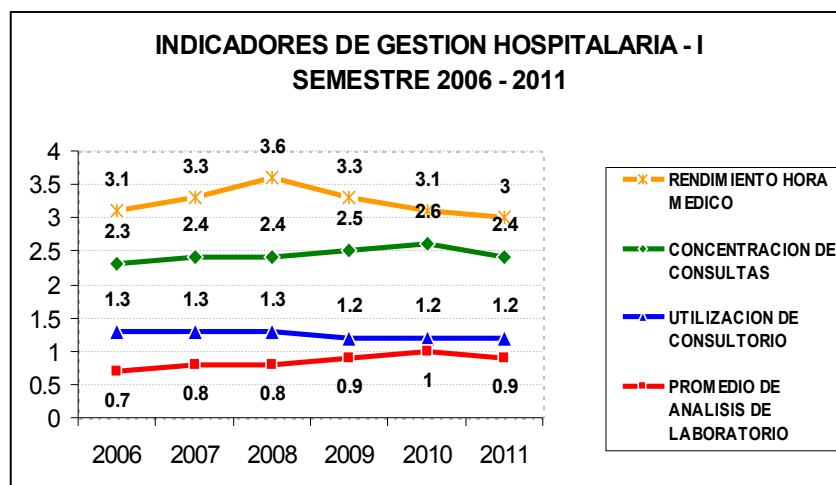
GRAFICO 23
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO POR EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO 2005 – 2010



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

En el gráfico podemos observar que el incremento porcentual en las intervenciones quirúrgicas tiene un aumento desde el año 2005 al 2009, teniendo una disminución en el año 2010

GRAFICO 24
INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA I SEMESTRE 2006 – 2011



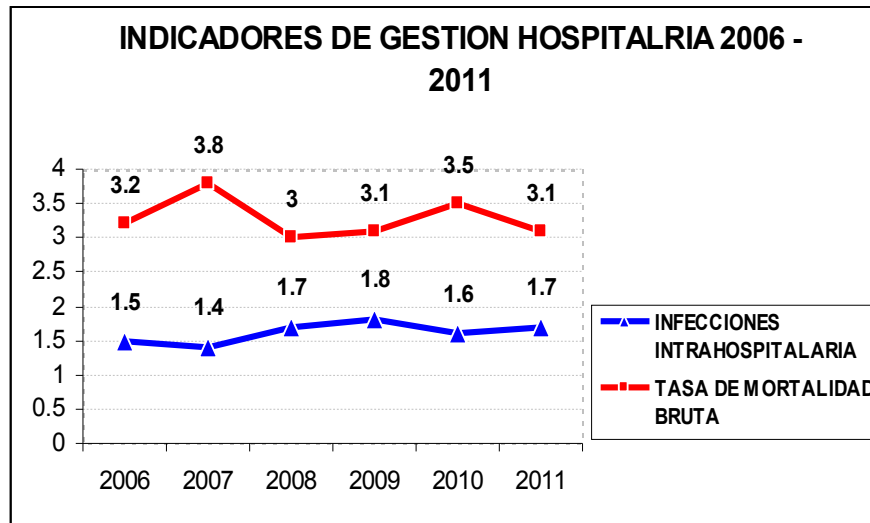
Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

Según el Gráfico muestra los principales Indicadores de Consulta Externa correspondiente al I Semestre de los años 2006 al 2011, tales como el Indicador rendimiento Hora – Médico, que al ser una indicador de productividad nos da una idea de cuantos pacientes por hora atiende un personal Médico; siendo un promedio de 3 atenciones por hora en los últimos 5 años.

En cuanto al Indicador Concentración de Consultas, que es un indicador de Eficiencia, por el cual nos muestra las veces que un paciente retorna a la Consulta Médica para ver resueltos sus problemas de Salud, por lo cual podemos notar que desde el 2006 tenemos un promedio de 2. El Indicador de Utilización de Consultorio, también es un Indicador de Eficiencia, ha mostrado una tendencia homogénea de 1.2 en promedio.

En cuanto al Promedio de Análisis de Laboratorio tuvo un promedio creciente desde el año 2006 con un pico máximo en el 2010, en el cual llegó al estándar, para luego en el I Semestre 2011 decrecer ligeramente en 0.9.

GRAFICO 25
INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA I SEMESTRE 2006 – 2011

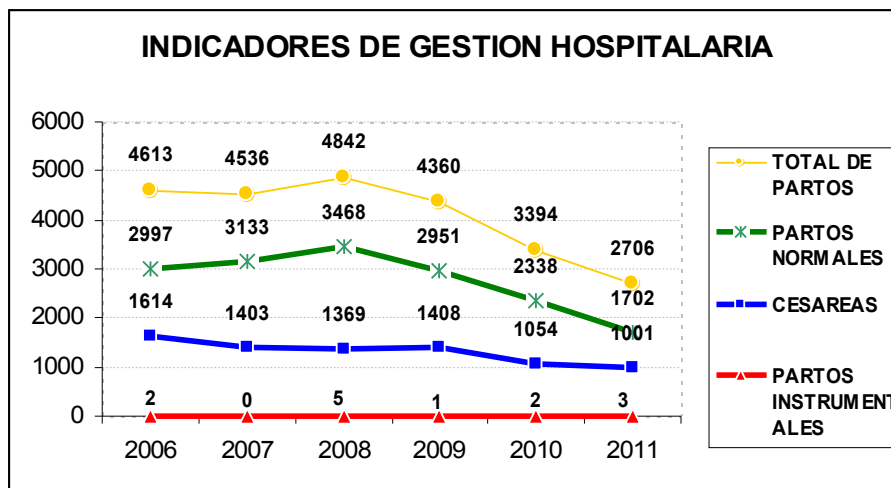


Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

El Gráfico muestra el Indicador de Calidad: Infecciones IntraHospitalarias y el Indicador de Eficacia: Tasa de Mortalidad Bruta correspondientes al I Semestre de los años 2006 - 2011; en tal sentido, podemos apreciar en cuanto al Indicador de Infecciones Intrahospitalaria que nos hemos mantenido por debajo del estándar asignado para nuestro Nivel de complejidad que es 7.

En cuanto al Indicador Tasa de Mortalidad Bruta nos mantenemos de igual manera por debajo del Estándar, que es 4, teniendo como promedio en el I Semestre de los últimos 5 años de 3.3.

GRAFICO 26
INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA I SEMESTRE 2006 – 2011



Fuente: HNHU/OEI/Área de Desarrollo de Programas y Estadísticas

En el Gráfico 27 muestra comparativamente las atenciones del I Semestre de los años 2006 al 2011, en el cual refleja que los partos normales han ido decreciendo gradualmente a partir del año 2008, una estrategia optada por el Departamento con la finalidad de fortalecer la atención de partos de alta complejidad. Los partos por Cesáreas a decrecido discretamente a partir del año 2009, se espera dar mayor refuerzo en la atención de partos complicados.



2.2.2. RECURSOS EN SALUD

2.2.2.1 RECURSOS HUMANOS

El hospital tiene al 2010, 1808 trabajadores, entre todas las modalidades contractuales, nombrados, contratados plazo fijo y por servicio no personales luego denominados Contrato Administrativo por Servicios - CAS. De ellos, 604 son profesionales de la salud (262 médicos, 190 enfermeras, 39 tecnólogos médicos, 27 obstetras, 9 cirujanos dentistas, 9 nutricionistas y otros profesionales que suman 42 profesionales de apoyo, 714 técnicos categorizados, 234 auxiliares categorizados y 8 funcionarios y directivos.

A pesar de haber contratado personal de enfermería este sigue siendo insuficiente, debido a estar por debajo de los estándares necesarios (1 enfermera por 40 pacientes hospitalización, 1 enfermera por 2 camas de trauma choque y 1 por cada 4 camas de observación en emergencia).

Hay una brecha del 48% de personal nombrado, lo que se encuentra cubierto actualmente por personal CAS, teniendo actualmente un tercio de personal financiado por los Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados.

Se ha mejorado la orientación a la capacitación del personal –con mayor presupuesto pero es insuficiente, como hospital III, debe sustentar su situación del mayor nivel de conocimiento y capacidad de respuesta hospitalaria. Por ello se está planteando una mejor gestión del recurso humano, orientada al logro de los objetivos institucionales y al desarrollo individual y colectivo.

Por ello se está estableciendo las competencias mínimas y un programa de inducción, materia del mediano plazo.

**CUADRO N° 12
DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO SEGÚN GRUPOS LABORALES**

RECURSO HUMANO	NOMBRADO	CAS	TOTAL
Directivos	13		13
Profesionales Médicos	189	73	262
Profesionales No Médicos	256	209	465
Otros Profesionales.	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.

Se observa en el cuadro que del total de 1808 del recurso humano, 1179 son nombrados y 629 bajo la modalidad de contrato administrativo de servicio (CAS).

Así mismo se puede determinar que 13 son directivos, 262 son profesionales médicos, 265 profesionales no médicos, 62 otros profesionales, 172 técnicos administrativos, 673 técnicos asistenciales, 29 auxiliares administrativos y 132 auxiliares asitenciales

CUADRO N° 13
DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO OCUPACIONAL 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
Asistentes Sociales	14	6	20
Químicos Farmacéuticos	4	9	13
Otros Profesionales	48	14	62
TOTAL	493	296	789

Se observa que la atención en el hospital esta a cargo de 262 médicos, de los cuales 189 de estos profesionales son nombrados y 73 bajo la modalidad de contrato de servicio (CAS), el número de enfermeras es de 304, tecnólogos médicos 55, en el caso de los cirujanos dentistas el total de ellos son de condición nombrados.

2.2.2.2 FINANCIEROS

Nuestros ingresos proceden de dos fuentes principales, los Recursos Ordinarios (RO) y los Recursos Directamente Recaudados (RDR). Actualmente, se dispone de un porcentaje del fondo rotatorio del SISMED, lo que permite cubrir necesidades institucionales.

La asignación presupuestal (RO) de acuerdo a la caja fiscal sufre modificaciones, por indicación del MEF y el pliego, ello altera la programación de actividades y la partida por bienes y servicios es la que se afecta, ello traslada la cobertura de gastos operativos al ingreso por recaudación el cual se reduce por exoneraciones (12% de ingresos proyectados), lo que afecta en gran medida la ejecución de las actividades programadas. Los RDR son reducidos con relación a nuestros costos, ello principalmente debido a las tarifas sociales que aplicamos, además de las exoneraciones.

CUADRO N° 14
PRESUPUESTO INICIAL MODIFICADO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS POR BIENES Y SERVICIOS AÑOS 2005-2011

Año	PIM	Ejecución	Porcentaje de Ejecución
2005	11,013,882.00	11,008,315.49	99.95%
2006	11,545,385.00	11,197,183.50	96.98%
2007	12,440,967.00	9,907,347.14	79.63%
2008	11,877,368.00	11,180,020.65	94.13%
2009	13,637,416.00	13,014,836.92	95.43%
2010	12,543,765.00	12,318,850.00	98.21%
2011*	15,731,850.00	15,460,101.81	98.27%

Fuente: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico- HNHU.2011

* Porcentaje de Ejecución de Recursos al 30/12/11



En el cuadro se observa que el PIM asignado a Recursos Directamente Recaudados por la específica de gasto de Bienes y Servicios, ha tenido una ejecución aproximada en el año 2011 del 98.27%

**CUADRO N° 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
2011	39,097,458.00	46,310,191.00	-4	10

Fuente: SIAF-SP

De otro lado se puede apreciar en los cuadros mostrados a continuación las variaciones de la asignación presupuestal PIA-PIM de los Años 2003-2011 en las Específicas de Gasto 2.1 correspondiente a Personal y Obligaciones Sociales, 2.3 Bienes y Servicios, así como la específica de Gasto 2.6 de Adquisición de Activos no Financieros

**CUADRO N° 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
2011	21,466,679.00	51,871,269.00	16	58

Fuente: SIAF-SP

Comparando los PIAs 2009 al 2011 con el PIM(Presupuesto con que se culmina el ejercicio presupuestal) se observa que la asignación en relación al PIM 2010 vs PIA 2011 fue menos del 2 %, lo cual resultó deficitario

CUADRO N° 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
2011	11,110,457.00	29,250,719.00	70	87

Fuente: SIAF-SP

En el año 2011 se contó con una asignación presupuestal de S/.11,110,457.00 de soles para el reemplazo de equipos biomédicos que se encuentran obsoletos por tiempo de vida.

2.2.2.3 INFRAESTRUCTURA

La infraestructura hospitalaria tiene una antigüedad de 57 años. Fue construida con el enfoque preventivo-recuperativo para enfermedades como la Tuberculosis. La distribución de los servicios ha sido hecha por la demanda y la especialización ha generado una modificación y remodelaciones que no han seguido un desarrollo planificado como desarrollar de manera planificada, que debe disponerse de un programa de desarrollo y mantenimiento arquitectónico, que favorezca un crecimiento organizado del hospital.

Hay daños ocasionados por deterioro de estructuras en la nave central, que se aprecia por fisuras en los pisos que se extienden en profundidad hasta sótanos; al hacer aniegos y humedad en diferentes ambientes hay mayor deterioro. No existe relación físico-funcional entre las unidades de atención a pacientes críticos y áreas de apoyo médico en especial como: emergencia, unidad de terapia intensiva, sala de operaciones, sala de partos y central de esterilización. Esto genera relaciones disfunciones de flujos de personal, pacientes y suministros más adecuados, afectándose la bioseguridad y la distribución del flujo de pacientes en tal sentido. Los ambientes de sala de operaciones, emergencia materno infantil, UTI pediátrica, cuidados intermedios y el pabellón de Medicina requieren remodelado o rehabilitado, y generar espacios o unidades de terapia intermedia (UCIN) o de sistemas de soporte.

En el año 2009 se cuenta con 117 consultorios funcionales para la atención ambulatoria en todas las especialidades que brinda el HNHU. Aún queda pendiente su adecuación y ambientación para una atención orientada por ciclo de vida y tipo de servicio brindado (Prevención, Recuperación). Sin embargo por la naturaleza de las prestaciones las modificaciones no requieren modificaciones importantes.

Por otro lado, la ubicación actual de la farmacia institucional sólo permite el acceso de los pacientes atendidos en el hospital, no pudiendo beneficiarse de la calidad y bajos precios de los productos que expende, los pacientes atendidos externamente. Además, la venta externa de medicamentos de procedencia dudosa, obliga al hospital a mejorar la accesibilidad de la población a productos farmacéuticos de calidad.

El abastecimiento de agua potable debe ser optimizado, disponer de mayores reservas físicas y proponer un tratamiento de las aguas, para hacer buen uso de este crítico recurso; así mediante el mejoramiento de una distribución a, especialmente en áreas



críticas del hospital. En tal sentido no contamos con cisterna de agua potable que almacene y abastezca adecuadamente nuestra institución. Se suma a esta deficiencia, el insuficiente abastecimiento de vapor de agua a los centros que lo requieren (esterilización, cocina, lavandería, etc.) debido principalmente al continuo desperfecto de los calderos de vapor.

Las deficiencias del sistema informático debidas al ambiente para servidores y central de soporte como la infraestructura de la red que debe ser implementado de modo urgente para permitir el desarrollo de los sistemas integrados y red informática

La ausencia de un centro de acopio para almacenar los residuos sólidos hospitalarios, impide desarrollar aspectos de bioseguridad necesarios para el hospital que implica riesgo de incremento de enfermedades intrahospitalarias.

2.2.2.4 EQUIPAMIENTO

Bienes Patrimoniales:

Casi la totalidad de equipos biomédico presentan marcada deficiencia en su funcionamiento, requiriéndose un estudio para el equipamiento de acuerdo al nivel de acreditación esperado y la capacidad resolutive. Además, no existe programa de mantenimiento preventivo-correctivo para dichos equipos, por lo que actualmente se brinda mantenimiento correctivo “a demanda”, según las necesidades presentadas por tanto debe disponerse del número de equipos y su nivel de obsolescencia en el margen de bienes para la cantidad de bienes en calidad de baja.

Del sistema de transporte es insuficiente, las 3 ambulancias dos como transporte y una pobremente equipada, además la más nueva tiene 15 años, no cumpliendo con los estándares de traslados de pacientes (Según NT 2009).

**CUADRO N° 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 Biomédicos	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. 2010

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 Hospital Nacional 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.

**CUADRO N° 19
EQUIPOS BIOMEDICOS- HNHU**

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
DUOEDENOVIDEOENDOSCOPIO		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	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



EQUIPOS BIOMEDICOS	ESTADO DEL BIEN				TOTAL
	NUOVO	BUENO	REGULAR	MALO	
EQUIPO PARA RESPIRACION ARTIFICIAL		1	1		2
EQUIPO URETOTOMO			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, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico HNHU.2010

Finalmente, en el año 2011 se adquirió equipos por reemplazo por contar con un porcentaje considerable de asignación presupuestal lo que permitió el reemplazo de gran número de equipos biomédicos que se encontraban en mal estado y obsoletos por el tiempo de adquisición; esto permitirá brindar nuestros servicios de salud con calidad

Equipos de Red e Informática

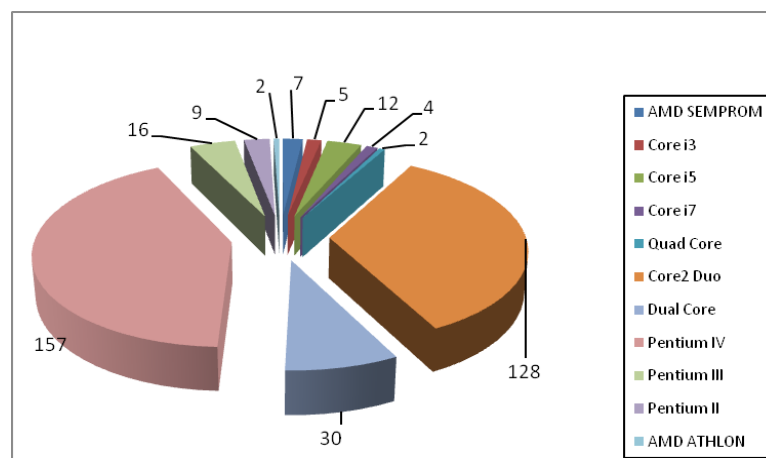
Según se muestra en el Cuadro 19 actualmente el Hospital Hipólito Unanue cuenta en total con 372 Microprocesadores, en comparación con el año 2010 que contaba 374, la diferencia

responde a que durante el año 2011 se han dado equipos de baja. Así mismo, se adquirieron 25 computadoras durante el año 2011, las cuales correspondieron a 6 Microprocesadores AMD SEMPRON (Laptops), 4 Computadoras con Microprocesador Core i3, 12 Computadoras con Microprocesador Core i5 y 3 Computadoras con Microprocesador Core i7.

**CUADRO N° 20
MICROPROCESADORES 2011**

MICROPROCESADOR	CANTIDAD	%
AMD SEMPRON	7	1.9
Core i3	5	1.3
Core i5	12	3.2
Core i7	4	1.1
Quad Core	2	0.5
Core2 Duo	128	34.4
Dual Core	30	8.1
Pentium IV	157	42.2
Pentium III	16	4.3
Pentium II	9	2.4
AMD ATHLON	2	0.5
Total	372	100.0

**GRAFICO 27
MICROPROCESADORES 2011**



Fuente: OEI – HNHU 2011

En el año 2011, según informe técnico de la Unidad de Informática 27 equipos pasaron a condición de baja, de los cuales corresponden a 22 Microprocesadores Pentium IV, 4 Microprocesadores Pentium II y 1 Microprocesador Pentium I.

En relación a los servicios de Red, se encuentran conectados la Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Logística, Oficina de Estadística, Oficina de Economía, Oficina de Seguros, Asesoría Jurídica, Oficina de Comunicaciones, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, Control de Asistencia, Admisión, Farmacia central, Servicio de Emergencia, Jefatura de Laboratorio.

**CUADRO N° 21
SISTEMAS INFORMÁTICOS IMPLEMENTADOS – 2011**

SISTEMAS	UBICACIÓN	CANTIDAD
----------	-----------	----------



Sistema de Control de Asistencia y Programación de Personal (SICAP)	DIRECCION GENERAL	1
	SUB DIRECCION GENERAL	3
	UNIDAD DE ADMINISTRACION DE ARCHIVOS	2
	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	1
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	1
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	1
	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	1
	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	1
	OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION	2
	OFICINA DE LOGISTICA	1
	OFICINA DE ECONOMIA	2
	OFICINA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	1
	OFICINA DE PERSONAL	7
	OFICINA DE COMUNICACIONES	2
	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	4
	OFICINA DE SEGUROS	1
	OFICINA DE DOCENCIA	2
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES	2
	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	1
	DEPARTAMENTO GINEGOLOGIA Y OBSTETRICA	2
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	1
	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	2
	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	2
	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	2
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACION	1
	DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN	2
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	1	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	1	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	1	
HIS	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	4
INR	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	2
Sistema de Control Administrativo	OFICINA DE ECONOMIA	1
Sistema de Auditoria Gubernamental (SAGU)	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	1
Aplicativo de Registro de Formatos de Seguro Integral de Salud (ARFSIS)	OFICINA DE SEGUROS	3
Software Inventario Mobiliario Institucional (SIMI)	OFICINA DE LOGISTICA	2
CONSOFT	DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN	2



SISTEMAS	UBICACIÓN	CANTIDAD
Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)	OFICINA DE LOGISTICA	6
	OFICINA DE ECONOMIA	13
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	5
Sistema Integrado Farmacéutico (SIFA)	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	25
Sistema Integrado de Medicamentos, Insumos y Suministros Médicos (SISMED)	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	1
VADEMECUM	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	8
Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)	DIRECCION GENERAL	1
	SUB DIRECCION GENERAL	1
	UNIDAD DE ADMINISTRACION DE ARCHIVOS	1
	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	1
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	4
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	1
	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	1
	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	1
	OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION	1
	OFICINA DE LOGISTICA	34
	OFICINA DE ECONOMIA	2
	OFICINA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	1
	OFICINA DE PERSONAL	1
	OFICINA DE COMUNICACIONES	1
	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	1
	OFICINA DE SEGUROS	1
	OFICINA DE DOCENCIA	1
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES	1
	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	1
	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA	1
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	1
	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	1
	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	1
	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	1
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACION	1
	DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN	1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	1
	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	3
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	1
	Sistema de Comprobante de Pago	OFICINA DE ECONOMIA
Sistema de Control Telefónico	OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION	1
	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	1
Sistema Integrado de Control Hospitalario (SINGHO)	DIRECCION GENERAL	2
	SUB DIRECCION GENERAL	3
	UNIDAD DE ADMINISTRACION DE ARCHIVOS	2
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	1
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	1
	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	3
	OFICINA DE LOGISTICA	2
	OFICINA DE ECONOMIA	7
	OFICINA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	1
	OFICINA DE COMUNICACIONES	4
	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	25
	OFICINA DE SEGUROS	4
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL	1
	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES	2
	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	1
	DEPARTAMENTO GINECOLOGIA Y OBSTETRICA	1
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	10
	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	2
	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	1
	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	1
	DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACION	1
	DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	1
	DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN	3
	DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	2
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	1	



2.2.2.5 CONDICIONES DE LA INFRAESTRUCTURA

El Hospital cuenta con un área total de 40,178.04 m2 y su infraestructura tiene una antigüedad de 62 años, el cual fue construido con el enfoque preventivo-recuperativo para personas con TBC, a razón de la gran demanda y especialización se genera la necesidad de realizar modificaciones y remodelaciones arquitectónicas que favorezcan el crecimiento organizado del hospital.

**CUADRO N° 22
CONSULTORIOS FISICOS Y FUNCIONALES -2010**

SERVICIO	FISICOS	FUNCIONALES	MAÑANA	TARDE
DEPARTAMENTO MEDICINA	37	39	29	10
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	1	2	2	1
ENDOCRINOLOGIA	2	2	3	1
HEMATOLOGIA	1	1	1	0
PSIQUIATRIA	3	4	2	1
INFECTOLOGIA	1	1	2	0
REUMATOLOGIA	2	2	2	1
ONCOLOGIA	1	1	1	0
GERIATRIA	1	1	2	0
NEUMOLOGIA	3	3	3	1
ASMA	1	1	1	0
DEPARTAMENTO CIRUGIA	3	5	4	2
CIRUGIA GENERAL	2	3	3	1
CIRUGIA PEDIATRICA	1	2	1	1
DEPARTAMENTO CIRUGIA Y ESPECIALIDADES	22	29	24	7
TRAUMATOLOGIA	3	4	3	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	6	5	1
OFTALMOLOGIA	6	7	6	1
UROLOGIA	4	5	3	1
CABEZA Y CUELLO	1	2	4	1
CIRUGIA PLASTICA	1	2	1	1
NEUROCIRUGIA	1	2	1	1
CIRUGIA DEL TORAX	1	1	1	0
DEPARTAMENTO PEDIATRIA	4	6	6	2
PEDIATRIA	3	5	5	1
NEONATOLOGIA	1	1	1	1
DEPARTAMENTO GINECO-OBS	7	8	9	2
GINECOLOGIA	3	3	4	1
OBSTETRICIA	3	4	4	1
PSICOPROFILAXIS	1	1	1	0
DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA	6	7	10	1
ODONTOLOGIA	5	6	8	1
CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL	1	1	2	0
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	2	1	1
MEDICINA FISICA	1	2	1	1
OTROS SERVICIOS	10	12	11	2
PSICOLOGIA	7	8	7	1
NUTRICION	1	2	2	1
EPIDEMIOLOGIA	1	1	1	0
ANESTESIOLOGIA	1	1	1	0
AREAS INTEGRALES DE SALUD	8	8	8	0
PCT	1	1	1	0
CRED	1	1	1	0
PROCTSS	1	1	1	0
INMUNIZACIONES	1	1	1	0
EDA (UCPTD)	1	1	1	0
CIRA	1	1	1	0
PLANIFICACION FAMILIAR	2	2	2	0
TOTAL GENERAL	98	116	90	26



Actualmente contamos con 529 Camas Físicas distribuidas en los diferentes Departamentos Asistenciales: en el Departamento de Medicina se cuenta con un total de 128 camas, en el Departamento de Cirugía General 81 camas, en el Departamento de Cirugía Especialidades 112 camas, en el Departamento de Pediatría 86 camas, en el Departamento de Gineco-Obstetricia 117 camas y en otros servicios 5 camas.

**CUADRO N° 23
CAMAS FISICAS POR DEPARTAMENTOS ASISTENCIALES -2011**

ESPECIALIDADES		CANTIDAD
DEPARTAMENTO MEDICINA		128
	MEDICINA 1	26
	MEDICINA 2	26
	MEDICINA 3	28
	INFECTOLOGIA	6
	CARDIOLOGIA	
	GASTROENTEROLOGIA	12
	NEUMOLOGIA	30
DEPARTAMENTO CIRUGIA		81
	CIRUGIA GENERAL	75
	CIRUGIA PEDIATRICA	6
DEPARTAMENTO CIRUGIA Y ESPECIALIDADES		112
	TRAUMATOLOGIA	24
	NEUROCIRUGIA	10
	OTORRINOLARINGOLOGIA	2
	OFTALMOLOGIA	3
	UROLOGIA	8
	CIRUGIA PLASTICA	12
	CABEZA Y CUELLO	8
	CIRUGIA BUCO MAXILO - FACIAL	2
	CIRUGIA TORAXICA	43
DEPARTAMENTO PEDIATRIA		86
	PEDIATRIA	33
	NEONATOLOGIA	36
	UCI - PEDIATRICA	5
	UCPTD	12
DEPARTAMENTO GINECO - OBSTETRICIA		117
	OBSTETRICIA	83
	GINECOLOGIA	34
OTROS SERVICIOS		5
	UTI	5
TOTAL		529

FUENTE: \HNHU\OEA\

2.3 Análisis de los Determinantes de la Salud

2.3.1 Agua y Saneamiento

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, los distritos con más carencias a servicios básicos de agua; son Cieneguilla, Lurigancho y Ate que tienen población sin agua el 41.9, 38.7 y 20%. En estos distritos el servicio más frecuente utilizado para el acceso al servicio de agua en la vivienda es a través de camiones cisternas u otros similares aumentando el riesgo de enfermedades relacionadas con agua, como las enfermedades producidas por vectores, enfermedades diarreicas agudas, etc. Para el servicio de desagüe los distritos con menor acceso son Lurigancho y Ate con 9.8 y 6.4% respectivamente, y los distritos con menor acceso a alcantarillado son, Cieneguilla y Lurigancho con 14.3 y 12.2% del total de la población.

2.3.2 Exclusión Social: Pobreza, ingreso y empleo

2.3.2.1 Pobreza: 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.

Mapa de pobreza:

El Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES) elaboró el mapa de pobreza como un instrumento para focalizar, priorizar y asignar recursos en favor de los más pobres, utilizando dos tipos de indicadores, el primero que refleja una situación de carencia de la población en el acceso a los servicios básicos y el segundo grupo son de vulnerabilidad.

Según indicadores de la pobreza de Lima y Callao (Mapa de pobreza distrital de FONCODES 2006 actualizados con el censo del 2007, el distrito que tiene mayor incidencia de pobreza es Ventanilla – Callao con 44.4%, sin embargo y producto del número de pobladores es San Juan de Lurigancho con 30.4% el distrito con mayor cantidad de pobres en Lima y Callao (http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/pcm_005.pdf).

2.3.2.2 Ingresos: Nivel de ingreso familiar per cápita, todos los distritos superan el promedio nacional (285.7 nuevos soles al mes), sin embargo entre distritos se puede observar que los niveles de ingreso presentan marcadas desigualdades. En los distritos de La Molina y Chaclacayo el ingreso familiar es mayor entre 812.2 y 706.2 soles, en el primer caso éste supera en 2.8 y 2.4 veces más el promedio nacional. Los distritos con menor ingreso son San Juan de Lurigancho y Cieneguilla con 577 y 584.4 soles y ubicados en los puestos 84 y 78 del ranking nacional.

2.3.3 Medio Ambiente

La Vigilancia de la Contaminación Atmosférica comprende el monitoreo y control de la contaminación del aire, que consiste en medir los niveles de contaminación de las fuentes fijas generadoras de contaminación en el Cono Este de Lima, en los parámetros de PM-10, PM-2.5, (Materiales particulados de tamaño respirable), SO₂, NO₂ (gases de naturaleza bronco constrictora). Esta vigilancia se realiza en cumplimiento de los Reglamentos de Estándares de la Calidad Ambiental del Aire D.S 074-PCN-2001.

La medición de la calidad del aire en el 2008, se realizó en la Estación del Agustino y es representativa para un radio de 3 Km, alcanzando sectores de los distritos de El Agustino, Santa Anita, Ate y San Juan de Lurigancho.

Las principales fuentes de contaminación son, el parque automotor, el sector industrial y la polución (consecuencia de la resuspensión del polvo del suelo). Sobre la contaminación transfronteriza distrital, se debe indicar que al encontrarse en reparaciones las vías terrestres de la ciudad de Lima, se ha tomado como vías alternas las pertenecientes a la jurisdicción de Lima Este, lo que ha ocasionado un aumento de la contaminación.

2.3.4 Salud Ocupacional y seguridad en el trabajo

La Dirección de Salud Ocupacional inicia sus actividades en Febrero del 2003 identificando problemas de salud ocupacional en el país como: Carencia de instrumentos de gestión para la vigilancia y control de riesgos ocupacionales por parte de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental - DESAs, a nivel nacional; Limitada y dispersa regulación normativa en salud ocupacional; y, Débil e incipiente organización de salud ocupacional en las DISAs.

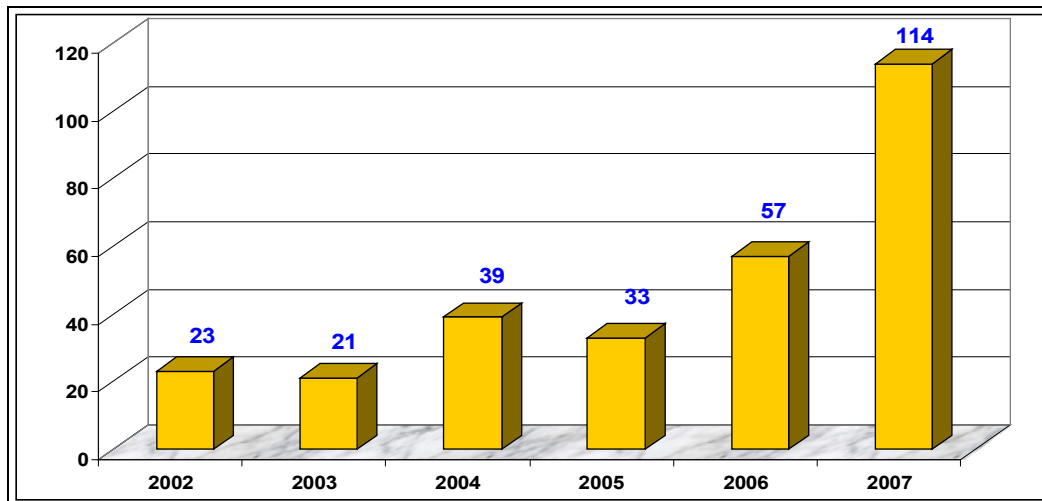
Desde el punto vista demográfico y de la Salud Pública, la PEA actual representa el 33.5% de la población total nacional. Este segmento social (15-65 años) tan importante en edad de trabajar y que muchos de ellos laboran en las diversas actividades económicas supera el 50%. En el Perú, desde hace mucho tiempo, existe un grupo de enfermedades ocupacionales o patologías que si bien aún no son reconocidas como ocupacionales, tienen relación directa con actividades laborales que los trabajadores de cualquier punto de las regiones sufren, por una u otra causa.

ANÁLISIS DE LOS RIESGOS OCUPACIONALES

ACCIDENTE OCUPACIONAL PUNZOCORTANTE:

GRAFICO 28

NUMERO DE CASOS DE ACCIDENTE OCUPACIONALES HNHU - 2002 - 2007



FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

El registro de casos desde el 2002 (23 casos) al 2007 (114 casos) ha sufrido un notorio incremento de casos, atribuible al incremento de la demanda lo que genera hacinamiento de los servicios de atención al usuario externo y una menor asignación de tiempo para cada uno de los procedimientos realizados por el usuario interno encargado de brindar la atención en salud con calidad y aplicación correcta de medidas de bioseguridad. Asimismo, se ha sensibilizado y capacitado al personal sobre la importancia de la notificación oportuna de todo accidente ocupacional, siendo los de mayor presentación los punzocortantes.

De los accidentes reportados, es el personal rotante, internos de medicina e internos de enfermería, el grupo ocupacional que más casos ha registrado (44 casos) seguidos del grupo ocupacional de Técnicos de enfermería (17 casos), Enfermeras (15 casos) y Residentes de especialidades medicas (14 casos).

CUADRO N° 24

NÚMERO DE CASOS DE ACCIDENTES OCUPACIONALES SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL, REPORTADOS EN EL HNHU-2002-2007

GRUPO OCUPACIONAL	2002	2003	2004	2005	2006	2007
MEDICO	1	1	2	1	2	4
ENFERMERA	2	1	5	2	8	15
OBSTETRICIA	1	0	0	0	0	0
ODONTOLOGÍA	0	0	0	0	0	1
NUTRICION	0	1	0	0	0	3
TECNICO DE ENFERMERIA	4	3	7	5	6	17
TECNICO DE LABORATORIO	0	1	1	3	1	8
TECNÓLOGO MEDICO	0	0	0	1	0	1
RESIDENTES	2	1	3	4	7	14
INTERNOS	0	2	7	11	23	44
ESTUDIANTES	2	0	4	2	2	0
ADMINISTRATIVO	2	3	0	0	4	1
LIMPIEZA	9	8	10	4	4	6
TOTAL	23	21	39	33	57	114

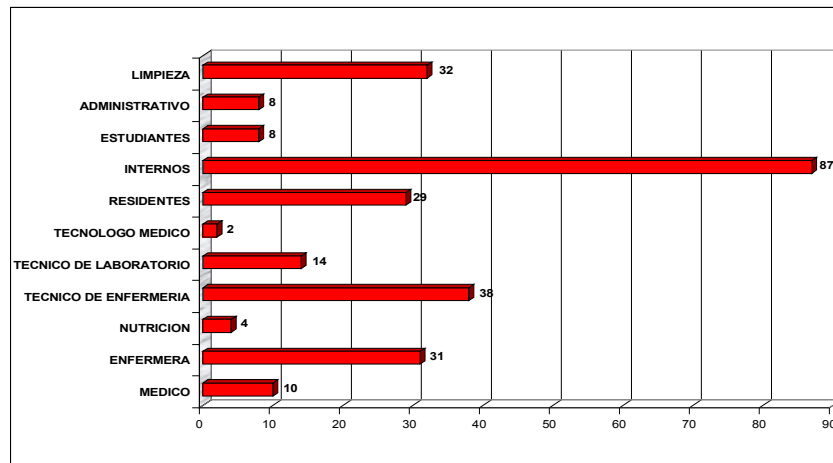
FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

Las capacitaciones para la prevención de accidentes ocupacionales y medidas de bioseguridad en el personal de salud se hace imperativa y de necesidad permanente, cuyo objetivo es la de minimizar los riesgos del personal en formación o con inadecuado conocimiento de los riesgos de laborar en un establecimiento prestador de servicios de salud

GRÁFICO 29

ACUMULACIÓN DE CASOS REPORTADOS POR ACCIDENTE OCUPACIONAL EN EL HNHU 2003 – 2007

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL



Durante el quinquenio 2003 – 2007 se han registrado 264 casos de accidentes ocupacionales, teniendo que el grupo ocupacional de internos registro 87 casos (33%), técnico de enfermería 38 casos (14%), enfermería 31 casos (12%), limpieza 32 casos (12%) y residentes 29 casos (11%) de accidentes ocupacional, evidenciándose una mayor incidencia de casos en los grupos ocupacionales rotativos de nuestro hospital.

Los punzocortantes es el accidente más frecuente, debido a la costumbre de reencapsular las agujas o porque no eliminan adecuadamente en los contenedores rígidos, siendo los procedimientos con mayor riesgo de accidente la administración de medicación IM-IV, el recojo de material usado, la manipulación de sangre, el reencapsulado, la saturación, las agujas abandonadas, la inadecuada clasificación de los residuos sólidos y el recojo de basura por personal con poco conocimiento del manejo de los desechos punzocortantes.

CUADRO N° 25

NUMERO DE CASOS DE ACCIDENTES OCUPACIONALES SEGÚN TIPO DE ACCIDENTE – HNHU - 2000-2007

TIPO DE ACCIDENTE	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PUNZOCORTANTE	22	17	35	30	47	95
CONTACTO CON FLUIDOS	0	1	2	1	5	15
CAIDAS	1	3	2	2	5	4
TOTAL	23	21	39	33	57	114

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

El registro de accidentes por contacto con fluidos es menos esto no deja de tener gran importancia ya que la Organización Panamericana de la Salud considera que los fluidos que presentan alto riesgo de transmisión del VIH, la hepatitis B, la hepatitis C y otros patógenos son: sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, semen y secreciones vaginales; factores a los cuales esta expuesto nuestro personal, más aun cuando este incumple las medidas de bioseguridad que brinda el uso adecuado de respiradores, lentes, guantes, mandilones y otros; La saliva, el sudor, las lágrimas, la orina, el vómito, las heces y las secreciones bronquiales no se consideran de alto riesgo a menos que estén contaminados con sangre; sin embargo, todos los líquidos orgánicos deben manejarse de la misma forma.

Desde el año 2001 a la fecha el HNHU realiza acciones preventivas de salud, otorgando la vacunación contra el virus de la hepatitis B en el personal de salud que labora permanentemente en nuestra institución, cumplimiento así con lo normado por el MNSA. Se ha vacunado (1° dosis) al 100% del personal (nombrado y contratado permanente) con una cobertura de protegidos (1°, 2° y 3° dosis) del 93%; Asimismo dentro de los requisitos para ejercer practicas, capacitación u especializaciones dentro de nuestra institución es requisito indispensable contar con esta medida preventiva (Vacunación–Anticuerpos de la Hepatitis B).

RIESGO OCUPACIONAL PARA TUBERCULOSIS

La tasa de tuberculosis en el personal de salud se ha mantenido durante el periodo 2000 al 2007, si se observa los datos absolutos se puede notar que este ha incrementado de 3 casos reportados en el año 2003 a 10 casos reportados en el 2007.

CUADRO N° 26

NÚMERO DE CASOS DE ACCIDENTES OCUPACIONALES POR TUBERCULOSIS – HNHU – 2000-2007

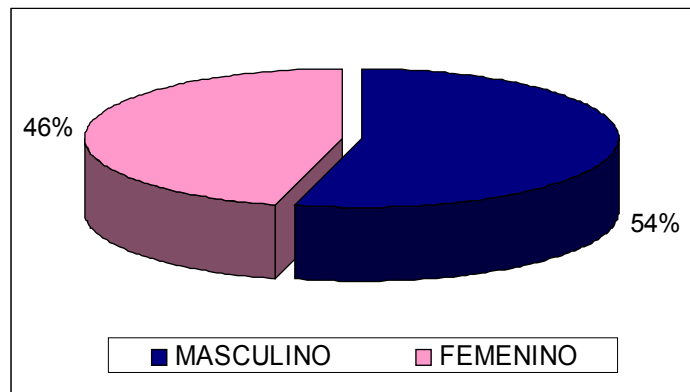
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
a. N° casos TBCP-frotis positivo	14	7	0	3	10	6	9	10
b. Total de Trabajadores	1382	1382	1453	1562	1594	1602	1649	1657
TASA (a/b)x100	1,01	0,51	0,00	0,19	0,63	0,37	0,55	0,60

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

De los casos reportados durante el periodo 2000 al 2007, el 54% corresponde al sexo masculino con 32 casos y 46% al sexo femenino con 27 casos. Siendo Que el mayor numero de casos se reporto durante el año 2000 con 14 casos, el 2004 con 10 casos, 2006 con 9 casos y el 2007 con 10 casos, durante el 2002 no se reporto casos de tuberculosis en el personal de salud; Asimismo, no todos los casos son reportados pues en muchas oportunidades el personal busca atención particular, otros son atendidos en Essalud, situaciones que dificultan la obtención de información sobre la condición de salud real del usuario interno.

GRÁFICO 30

PORCENTAJE DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL DE SALUD SEGÚN SEXO – HNHU - 2000-2007



FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

El grupo ocupacional que mayor casos a reportado son los técnicos de enfermería, seguidos de los profesionales de enfermería, internos de medicina, auxiliar de nutrición y administrativos con 7 casos respectivamente, acumulados durante el periodo 2000 al 2007

Asimismo podemos observar que el grupo ocupacional de técnico de enfermería, profesional de enfermería e internos de medicina son los que han reportado casos anualmente, situación atribuible a factores de riesgo de adquirir la enfermedad como el tiempo de contacto con el paciente, desconocimiento o poca importancia del cumplimiento de las medidas de bioseguridad, aunada a la poca experticia del personal en proceso de capacitación nuevo o temporal.

2.3.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso: bajos niveles de ingreso, así como por el uso inadecuado de alimentos por parte de la población.

El 25% de menores de 5 años están afectados por la desnutrición crónica y el 50% padece de anemia y el 11% manifiesta deficiencia subclínica de vitamina A.

La desnutrición crónica está asociada a la pobreza. El 35% de los niños menores de 5 años de hogares en pobreza extrema padecen de desnutrición crónica, comparado con el 13% de los niños que no son pobres. Sin embargo, estos índices esconden grandes diferencias entre grupos socioeconómicos, tanto en ámbitos urbanos como rurales.

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 mas 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.

2.3.6 Seguridad Ciudadana

Los delitos más frecuentes, y también los más temidos por parte de la población, rondan principalmente las calles. La violencia callejera, los asaltos con armas y la venta de drogas figuran como sinónimos de inseguridad ciudadana.

De modo que la inseguridad es también materia de preocupación para el bienestar de la población.

El porcentaje de pandillaje en nuestro distrito se ha reducido, habiéndose focalizado 4 barras bravas debidamente identificadas. Con el apoyo de la PNP, serenazgo esta accionando contra estos grupos de barristas, declarando TOLERANCIA CERO contra estos tipos de concentraciones. No permitiéndoles que se agrupen como lo hacían anteriormente. Indicándoles que se dispersen, en caso de intransigencia se dispone disolver, perseguir y proceder a la detención efectiva y poder responsabilizar directamente de los actos que los jóvenes cometen en sus enfrentamientos. Existen 6 módulos de Seguridad Ciudadana: Puente Nuevo (2), César Vallejo (1), Las Pirámides(1), Santa Clara de Bellaluz (1), 7 de Octubre (1) los mismos que se encuentran en las zonas de ingreso al distrito, con personal y unidades móviles correspondientes.

2.3.7 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

2.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

PROBLEMAS EN DEMANDA

1. Alta Mortalidad por Cáncer (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Estómago, Pulmón.)
2. Incremento de Enfermedades Crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Ceguera por Catarata, Enfermedades cardiovasculares
3. Persistencia de de Enfermedades del Sistema Respiratorio y Digestivo(IRA, EDA con Complicaciones)
4. Persistente mortalidad Materno Perinatal
5. Alta tasa de Mortalidad neonatal precoz.
6. Deficiente atención de problemas de Salud Mental en la población.
7. Incremento de la demanda en atención de Hospitalización.
8. Persistencia de Enfermedades Inmunoprevenibles (Hepatitis B, Fiebre amarilla, Papiloma Virus, TBC, Tétanos neonatal)
9. Incremento de las Enfermedades por causas externas (accidentes y lesiones intencionales).



10. Incremento de la Discapacidad o Minusvalía mental ó Física.
11. Alta prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal.
12. Creciente demanda en el Servicio de Anatomía Patológica, especialmente en citologías.
13. Creciente demanda en el servicio de Diagnostico por Imágenes.
14. Riesgo de enfermedades intrahospitalarias.

PROBLEMAS EN OFERTA

1. Recursos Humanos Insuficientes para brindar una atención de calidad.
2. Riesgo de contraer enfermedades ocupacionales.
3. Infraestructura e instalaciones insuficientes e inadecuadas.
4. Falta de actualización y desconocimiento de las documentos normativos y de Gestión.
5. Insuficiente cobertura de la red informática que permita agilizar los procesos de atención.
6. Cultura organizacional débil, que genera desmotivación, falta de identificación con la institución.
7. Baja producción de investigaciones desarrolladas por las unidades orgánicas del hospital.
8. Abastecimiento inadecuado, inoportuno e insuficiente de materiales, insumos y bienes a los servicios.
9. Falta mejorar la calidad en la atención de los pacientes de la institución.
10. El grado de rendimiento cama, hace necesario reorganizar el número de camas.
11. Abastecimiento inadecuado, inoportuno e insuficiente de materiales, insumos y bienes a los servicios.
12. Mobiliario para la atención del paciente defectuoso, deteriorado o ausente.
13. Procesos administrativos y asistenciales desarticulados.
14. Ausencia de un equipo de mantenimiento sostenido de los equipos existentes
15. Mobiliario para la atención del paciente defectuoso y/o deteriorado.
16. Alto porcentaje de personal en Enfermería, contratado bajo modalidades como CAS, que si bien es cierto poseen ciertos beneficios laborales no aseguran su permanencia en el Hospital, por razones de realización profesional y/o de disconformidad por la retribución económica.
17. Lentitud en la ejecución de los Procesos de Adquisiciones que generan demora en el abastecimiento de materiales e insumos.
18. Retraso en la aprobación del nuevo Reglamento de Organización y Funciones – ROF por parte del MINSa debido a presiones del grupo profesional de Psicología.
19. Retraso en la actualización de los Documentos de Gestión Institucional (MOF, MAPRO, TUPA).
20. No se cuenta con un Archivo Central Documentario Institucional incumpliendo las Normas Técnicas de Almacenamiento.
21. Falta de operatividad del Instituto de Cirugía de Tórax y Cardiovascular a pesar de norma legal vigente.
22. Escasa coordinación entre las unidades involucradas hacen que algunos procesos que se llevan a cabo, queden desiertos, perjudicando a la institución, por que los equipos médicos y demás no reciben el Mantenimiento preventivo y correctivo oportunamente.
23. Falta Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo, Insuficiente personal en el área de cómputo, para ejecutar o atender la demanda integral del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo.



24. Elevado porcentaje en atención de partos normales, los que sobrepasan los estándares de nuestro nivel de atención.
25. Incremento de la demanda en los servicios de Hospitalización de los departamentos de Gineco-Obstetricia, Cirugía, Pediatría y Medicina, razón por la que el número de camas operativas es insuficiente.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS

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

1. Alta Mortalidad por Cáncer (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Estómago, Pulmón).
2. Persistencia de de Enfermedades del Sistema Respiratorio y Digestivo(IRA, EDA con Complicaciones)
3. Incremento de Enfermedades Crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Ceguera por Catarata, Enfermedades cardiovasculares).
4. Persistente mortalidad Materno Perinatal
5. Alta tasa de mortalidad neonatal precoz.
6. Riesgo de enfermedades intrahospitalarias.
7. Abastecimiento inadecuado, inoportuno e insuficiente de medicamentos, materiales, insumos y bienes a los servicios.
8. Insuficiente Aseguramiento en Salud para la población de extrema pobreza.
9. Falta de personal Médico Especialista para cubrir la demanda de atención en el Hospital.
10. Mobiliario para la atención del paciente defectuoso y/o deteriorado.

3. OBJETIVOS GENERALES DEL POA

- 1) Contribuir en la reducción progresiva de la morbimortalidad materna y neonatal de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derechos, inclusión social y económica.
- 2) Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años mediante una atención integral de salud de calidad basada en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de extrema pobreza.
- 3) Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades transmisibles de intervención prioritaria en el País fortaleciendo las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y evitar la resistencia al tratamiento con énfasis a la población de mayor exclusión social y económica.
- 4) Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades no transmisibles de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y/o rehabilitación, orientado a la población de pobreza y extrema pobreza
- 5) Desarrollar la capacidad de respuesta de la Institución ante fenómenos naturales y antrópicos, mediante una atención integral de salud especializada, fortaleciendo las

actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de calidad.

- 6) Desarrollar y promover los recursos institucionales y las capacidades de las personas para una gestión por resultados con enfoque de calidad.
- 7) Desarrollar y Fortalecer el aseguramiento en salud en el Hospital, otorgando prestaciones de servicios de salud con garantías de oportunidad y calidad según el marco legal vigente.
- 8) Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos e insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad propiciando su uso adecuado en el Hospital

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL POA

1. Brindar servicios de salud especializada en salud sexual y reproductiva promoviendo el uso de métodos de planificación familiar y evitando el embarazo en adolescentes
2. Brindar servicios de salud especializada para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna
3. Brindar servicios de salud especializada para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
4. Brindar atención integral de salud con calidad para la protección de los niños menores de 5 años con desnutrición infantil, priorizando a la población de extrema pobreza
5. Brindar servicios de salud especializada a fin de reducir la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes.
6. Brindar servicios de salud especializada integral con enfoque de calidad para la reducción de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles tales como salud mental, bucal, ocular, intoxicación por metales pesados, hipertensión arterial, diabetes y cáncer con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza
7. Brindar servicios de salud especializados con enfoque de calidad para el apoyo al diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación integral priorizando a la población mas vulnerable
8. Brindar servicios de salud integral especializada para la reducción de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles tales como TBC.VIH/SIDA, enfermedades trasmitidas por vectores, zoonosis y otras enfermedades prevalentes con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza
9. Brindar servicios de salud especializados con enfoque de calidad para el apoyo al diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación integral priorizando a la población mas vulnerables.



10. Brindar servicios de salud integral especializados de calidad para la recuperación de daños, lesiones y trastornos contra la salud ocasionadas por factores externos naturales y antrópicos
11. Contribuir en el fortalecimiento del proceso de rectoría del ministerio de salud enfatizando en la mejora del desempeño institucional con enfoque de resultados para optimizar los servicios de salud.
12. Implementar progresivamente las normas y directivas para el logro de las propuestas de aseguramiento universal en salud
13. Brindar el acceso a medicamentos e insumos médicos quirúrgicos y odontológicos de calidad promoviendo su uso adecuado en el Hospital



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

(Matrices N° 01, 02, 03, 4 Y 5)



ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 01: 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.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Razón Anual de Mortalidad Materna						
Dimensión del indicador	Eficacia.						
Fundamento	Indicador de impacto que contribuye a los Objetivos Nacionales						
Forma de cálculo	Número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100,000 Número de nacidos vivos registrados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.11</td> <td>0.10</td> <td>0.09</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	0.11	0.10	0.09
2011	2012	2013					
0.11	0.10	0.09					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.11</td> <td>0.10</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	0.11	0.10		
I Semestre	II Semestre						
0.11	0.10						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamentos de Gineco Obstetricia						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamentos de Gineco Obstetricia						

n.d.: No disponible.

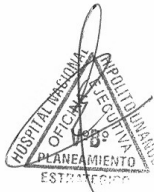
e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

[Signature]
Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
Director General

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

[Signature]
Dr. JOSE TORRES ZUMAETA
C.M.P. 12633 R.N.E. 4655
Responsable del cumplimiento del Indicador





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 01: 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.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Mortalidad Hospitalaria Neonatal						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Indicador de impacto que contribuye a los objetivos nacionales						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de defunciones de niños de menos de 28 días de edad en la población atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}}{\text{Número de nacidos vivos registrados en la población atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	<p>Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y el valor proyectado para el año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.20%</td> <td>1.06%</td> <td>0,85%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	1.20%	1.06%	0,85%
2011	2012	2013					
1.20%	1.06%	0,85%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.10%</td> <td>1.06%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	1.10%	1.06%		
I Semestre	II Semestre						
1.10%	1.06%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Pediatría						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Servicio de Neonatología						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
Director General
CMP. 10807

Dr. José María Pérez Concha
C. P. 4300000000
Jefe del Servicio Hipólito Unanue
Responsable del cumplimiento del Indicador





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 01: Contribuir en la reducción progresiva de la morbilidad materna y neonatal de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derechos, inclusión social y económica

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Razón anual de referencias y contrarreferencias						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de contrarreferencias realizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}}{\text{Número de referencias recibidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Seguros						
Datos Históricos	<p>Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30,00%</td> <td>33,00%</td> <td>35,00%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	30,00%	33,00%	35,00%
2011	2012	2013					
30,00%	33,00%	35,00%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31,00%</td> <td>33,00%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	31,00%	33,00%		
I Semestre	II Semestre						
31,00%	33,00%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Oficina de Seguros						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Seguros						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

Dr. Genaro Guico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
Director General

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Jesús Galo Huaranca Parralco
CMP/26000
Jefe de la Oficina De Seguros

Responsable del cumplimiento del indicador





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 01: Contribuir en la reducción progresiva de la morbilidad materna y neonatal de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derechos, inclusión social y económica

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Porcentaje de adolescentes que recibe atención especializada en Planificación Familiar						
Dimensión del indicador	Productividad						
Fundamento	Indicador de impacto que contribuye a los objetivos nacionales						
Forma de cálculo	Numero adolescentes que recibe Atención especializada en Métodos de Planificación Familiar en el Hospital Hipólito Unanue durante el año 2012 x 100----- -----Número de total de atenciones realizadas en durante el año 2012.						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20.0%</td> <td>21.5%</td> <td>23.0%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	20.0%	21.5%	23.0%
2011	2012	2013					
20.0%	21.5%	23.0%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20.75%</td> <td>21.5%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	20.75%	21.5%		
I Semestre	II Semestre						
20.75%	21.5%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Gineco - Obstetricia						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Servicio de Planificación Familiar						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción


Director General
DIRECCIÓN GENERAL
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE


Responsable del cumplimiento del indicador
C.M.P.N. 31193
Médico Jefe del Serv. de Reproducción Humana
Hospital Nacional Hipólito Unanue






OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 02: Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años mediante una atención integral de salud de calidad basada en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de extrema pobreza

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad hospitalaria por IRA						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Superar la letalidad atribuida a patologías predominante en niños.						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de defunciones por IRA en niños menores de 05 años de edad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}}{\text{Número de niños menores de 05 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	<p>Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,20%</td> <td>0,19%</td> <td>0,18%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	0,20%	0,19%	0,18%
2011	2012	2013					
0,20%	0,19%	0,18%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20%</td> <td>0.19%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	0.20%	0.19%		
I Semestre	II Semestre						
0.20%	0.19%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Pediatría						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamento de Pediatría						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Dr. Camero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
Director General

Victoria Pelt
Responsable del cumplimiento del indicador
C.M.P.
Médico Jefe del Dpto. de Pediatría
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 02: Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años mediante una atención integral de salud de calidad basada en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de extrema pobreza.

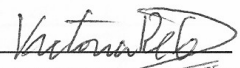
CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad hospitalaria por-EDA						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Superar la letalidad atribuida a patologías predominante en niños.						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de defunciones por EDA en niños menores de 05 años de edad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}}{\text{Número de niños menores de 05 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	<p>Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	0,00%	0,00%	0,00%
2011	2012	2013					
0,00%	0,00%	0,00%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.00%</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	0.00%	0,00%		
I Semestre	II Semestre						
0.00%	0,00%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Pediatría						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamento de Pediatría						

n.d.: No disponible.

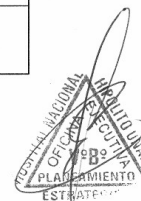
e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"


Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL


Responsable del cumplimiento del indicador

Dra. LUZ VICTORIA REYES
C.M.P. 9199
Médico Jefe del Departamento de Pediatría
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 02: 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.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad hospitalaria por enfermedades no IRA, no EDA						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Superar la letalidad atribuida a patologías predominante en niños.						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de defunciones por enfermedades no IRA, no EDA en niños menores de 05 años de edad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}}{\text{Número de nacidos menores de 05 años atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2011}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(*) 20.15%</td> <td>19.7%</td> <td>18.9%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	(*) 20.15%	19.7%	18.9%
2011	2012	2013					
(*) 20.15%	19.7%	18.9%					
Resultado para el año 2012	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20.10%</td> <td>19.7%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	20.10%	19.7%		
I Semestre	II Semestre						
20.10%	19.7%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Pediatría						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamento de Pediatría						

* Según Estadística Interna del Departamento de Pediatría.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
Director General

Dra. VICTORIA RETO VARIEN

Médico Jefe del Depto. de Pediatría

Responsable del cumplimiento del indicador





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 03: Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades no transmisibles de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y/o rehabilitación, orientado a la población de pobreza y extrema pobreza

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad Hospitalaria por Hipertensión Arterial						
Dimensión del indicador	Eficacia. -						
Fundamento	Mejorar la capacidad resolutive que nos corresponde como III - 1.						
Forma de cálculo	Número de defunciones reportadas por Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2011 x 100 ----- Número de egresos por Hipertensión Arterial admitidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2011						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013 ----- <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,22</td> <td>0,20</td> <td>0,18</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	0,22	0,20	0,18
2011	2012	2013					
0,22	0,20	0,18					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ec</td> <td>0,20</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	ec	0,20		
I Semestre	II Semestre						
ec	0,20						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Director General
Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
CMP 10867

Responsable del cumplimiento del indicador

Dr. YUDY MILAGRA ROSALES GARCIA
C.M.P 29843 R.N.E 19879
Jefa del Servicio de Cardiología
Hospital Nacional Hipólito Unanue





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 03: Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades no transmisibles de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y/o rehabilitación, orientado a la población de pobreza y extrema pobreza

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Porcentaje de pacientes intervenidos por Catarata						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Contribuir a los programas impulsados por el Gobierno						
Forma de cálculo	Número de pacientes intervenidos por catarata atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100 ----- Número de pacientes atendidos por cirugía en el Servicio de Oftalmología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8.40%</td> <td>9.40%</td> <td>10.50%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	8.40%	9.40%	10.50%
2011	2012	2013					
8.40%	9.40%	10.50%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.00%</td> <td>9.40%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	9.00%	9.40%		
I Semestre	II Semestre						
9.00%	9.40%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Cirugía de Especialidades						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamento de Cirugía de Especialidades						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
[Firma]
Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 10507

Responsable del cumplimiento del indicador

[Firma]
Dr. ARMANDO DIAZ RODRIGUEZ
C.M.P. 23423 - R. 9959
Médico Asistente
del Servicio de Oftalmología
Hospital Nacional Hipólito Unanue





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 03: Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades no transmisibles de intervención prioritaria en el País mediante la detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y/o rehabilitación, orientado a la población de pobreza y extrema pobreza

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad por Patología Tumoral						
Dimensión del indicador	Eficacia.						
Fundamento	Mejorar la capacidad resolutive que nos corresponde como III - 1.						
Forma de cálculo	Número de defunciones reportadas por patología tumoral en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100 ----- Número de casos nuevos hospitalizados por patología tumoral en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,1</td> <td>0,9</td> <td>0,8</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	0,1	0,9	0,8
2011	2012	2013					
0,1	0,9	0,8					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ec</td> <td>0,90</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	ec	0,90		
I Semestre	II Semestre						
ec	0,90						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

Responsable del cumplimiento del indicador

Dr. MARTÍN MIRACIN MORALES
Médico Jefe del Servicio de Oncología
Hospital Nacional Hipólito Unanue

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
CMP 19804





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 04: Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades transmisibles de intervención prioritaria en el País fortaleciendo las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y evitar la resistencia al tratamiento con énfasis a la población de mayor exclusión social y económica.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de Letalidad hospitalaria por Tuberculosis Pulmonar						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Mejorar la capacidad resolutive que nos corresponde como III - 1.						
Forma de cálculo	Número de defunciones por Tuberculosis Pulmonar sin mención de confirmación bacteriológica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100 ----- Número de pacientes hospitalizados por Tuberculosis Pulmonar sin mención de confirmación bacteriológica atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.88%</td> <td>9.00%</td> <td>8.22%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	9.88%	9.00%	8.22%
2011	2012	2013					
9.88%	9.00%	8.22%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.70%</td> <td>9.00%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	9.70%	9.00%		
I Semestre	II Semestre						
9.70%	9.00%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						

n.d.: No disponible

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Dr. Gamito Quico Alvarez Besauri
DIRECTOR GENERAL

Dr. Dante Vargas Vazquez
C.M.P. 21654 - RNE: 17529
ESN - PCT
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Responsable del cumplimiento del indicador





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2011

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 04: Contribuir en la reducción progresiva de las enfermedades transmisibles de intervención prioritaria en el País fortaleciendo las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento precoz, gratuito y supervisado para lograr su curación y evitar la resistencia al tratamiento con énfasis a la población de mayor exclusión social y económica

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Tasa de letalidad hospitalaria de Infección por HIV						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Mejorar la capacidad resolutive que nos corresponde como III – 1.						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de defunciones por infección por HIV en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}}{\text{Número de pacientes hospitalizados por HIV atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	<p>Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22,97%</td> <td>21,98%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	22,97%	21,98%	20,00%
2011	2012	2013					
22,97%	21,98%	20,00%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21,00%</td> <td>21,98%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	21,00%	21,98%		
I Semestre	II Semestre						
21,00%	21,98%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamentos Asistenciales- Oficina de Estadística e Informática						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

Responsable del cumplimiento del indicador



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 10947

C.M.P. 36226
MEDICO INFECTOLOGO
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 05: Desarrollar la capacidad de respuesta de la Institución ante fenómenos naturales y antrópicos, mediante una atención integral de salud especializada, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de calidad

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Proporción de atenciones en Emergencia por SOAT						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Mejorar la capacidad resolutive que nos corresponde como III – 1.						
Forma de cálculo	Número de atenciones en Emergencia por Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100						
Fuente de Información, medios de verificación	Número de atenciones en Emergencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática – Oficina de Seguros						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2010, el valor a alcanzar el 2011 y los valor proyectado para el año 2012						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.08%</td> <td>2.35%</td> <td>2.70%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	2.08%	2.35%	2.70%
2011	2012	2013					
2.08%	2.35%	2.70%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.98%</td> <td>2.35%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	1.98%	2.35%		
I Semestre	II Semestre						
1.98%	2.35%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Oficina de Estadística e Informática – Oficina de Seguros						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Estadística e Informática – Oficina de Seguros						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

Responsable del cumplimiento del indicador

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Jesús Galo Huaranca Parralco
CMP 26000
Jefe de la Oficina de Seguros

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Dr. Gamero Quico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
CMP. 10861





**ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012**

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 06: Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Grado de Satisfacción del Usuario Externo						
Dimensión del indicador	Calidad						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	Número de usuarios externos satisfechos por la atención en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012 x 100 ----- Número total de encuestados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2012						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Calidad, Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 33.17%</td> <td>C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 41.00%</td> <td>C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 50.00%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 33.17%	C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 41.00%	C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 50.00%
	2011	2012	2013				
C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 33.17%	C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 41.00%	C. Externa Emergencia Hospitalización c/u: 50.00%					
Resultado para el año 2012	<p>Anual</p> <p>41.00%</p>						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Oficina de Calidad						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Calidad						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

GAB
Dr. Gamero Quiro Álvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
Director General

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

LCS
DRA. LUCILA SÁENZ SALAS
EMP N° 33477
Responsable del cumplimiento del indicador
Oficina de Gestión de la Calidad





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 06: Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Grado de Satisfacción del Usuario Interno						
Dimensión del indicador	Calidad						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	Valor obtenido de la encuesta para medir el grado de Satisfacción del usuario Interno en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2011 \times 100 ----- Máximo valor permitido en la aplicación de la Encuesta.						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Calidad, encuesta de satisfacción del usuario interno						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>64.2%</td> <td>69.0%</td> <td>74.0%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	64.2%	69.0%	74.0%
2011	2012	2013					
64.2%	69.0%	74.0%					
Resultado para el año 2012	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td>69.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Anual	69.0%				
Anual							
69.0%							
Área responsable de proveer el valor del indicador	Oficina de Calidad						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Calidad						

n.d.: No disponible.

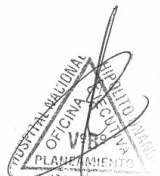
e.c.: En construcción

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

GAB
Dr. Camero Quiroz Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Responsable del cumplimiento del indicador
DRA. LUCRÉCIA
CMP Nº 33477
Directora
Oficina de Gestión de la Calidad





ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 6.2: Contribuir a mejorar el acceso de la cobertura del Aseguramiento Universal con énfasis en la población de extrema pobreza

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Porcentaje de pacientes atendidos en el Hospital por SIS						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de atenciones en consultorio externo por AUS en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}}{\text{Número de atenciones en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2012}} \times 100$						
Fuente de Información, medios de verificación	Oficina de Estadística e Informática						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18,00%</td> <td>20,00%</td> <td>22,00%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	18,00%	20,00%	22,00%
2011	2012	2013					
18,00%	20,00%	22,00%					
Resultado para el año 2012	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>I Semestre</th> <th>II Semestre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10,00%</td> <td>20,00%</td> </tr> </tbody> </table>	I Semestre	II Semestre	10,00%	20,00%		
I Semestre	II Semestre						
10,00%	20,00%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Oficina de Seguros						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Seguros						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

Responsable del cumplimiento del indicador

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Jesús Galo Huaranca Farralco
C.M.P. 73001
Jefe de la Oficina De Seguros



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
Dr. Gamero Quilico Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 10507





ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 06.3: Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos e insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad propiciando su uso adecuado en el Hospital,

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Porcentaje de Medicamentos atendidos según UPSS						
Dimensión del indicador	Procesos						
Fundamento	Conocer el número de Medicamentos atendidos en relación a los que se solicitan.						
Forma de cálculo	Número de Medicamentos atendidos para Consulta Externa, Hospitalización ó Emergencia durante el año 2012 x 100 ----- Número de Medicamentos prescritos para Consulta Externa, Hospitalización ó Emergencia durante el año 2012.						
Fuente de Información, medios de verificación	Reporte Interno del Departamento de Farmacia						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n.d</td> <td>70% (Emerg), 25% (C. Ext.), 45% (Hosp.)</td> <td>75% (Emerg), 30% (C. Ext.), 50% (Hosp.)</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	n.d	70% (Emerg), 25% (C. Ext.), 45% (Hosp.)	75% (Emerg), 30% (C. Ext.), 50% (Hosp.)
2011	2012	2013					
n.d	70% (Emerg), 25% (C. Ext.), 45% (Hosp.)	75% (Emerg), 30% (C. Ext.), 50% (Hosp.)					
Resultado para el año 2012	Mensual, Semestral 70% (Emerg), 25% (C. Ext.), 45% (Hosp.)						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Departamento de Farmacia						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Departamento de Farmacia						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción

Director General

Valeria G. de Haro

Responsable del cumplimiento del indicador
C.O.F. 3134
Directora del Depto. de Farmacia

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

GAB
Dr. Gamero Quilo Alvarez Basauri
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 10897





**ANEXO N° 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012**

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 06: Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Proceso de acreditación (autoevaluación) logrado						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	Proceso de Acreditación (autoevaluación) del Hospital Nacional Hipólito Unanue logrado						
Fuente de Información, medios de verificación	Dirección General – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Gestión de la Calidad						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53.0%</td> <td>85.0%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	53.0%	85.0%	90.0%
	2011	2012	2013				
53.0%	85.0%	90.0%					
Resultado para el año 2012	Anual						
	85%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Dirección General – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Gestión de la Calidad						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Gestión de la Calidad						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción



Director General

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

DRA. LUCIA B. SALAZAR SALAS
CMP N° 33477

Responsable del cumplimiento del indicador
Oficina de Gestión de la Calidad





**ANEXO Nº 5
FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2012**

PLIEGO: 011 MINISTERIO DE SALUD

DENOMINACIÓN: HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO GENERAL 06: Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, implementado por el estado, con enfoque de resultados y de calidad.

CONCEPTOS	DEFINICIÓN						
Indicador	Proceso de acreditación (autoevaluación) logrado						
Dimensión del indicador	Eficacia						
Fundamento	Contribuir al logro de la misión y visión de la institución						
Forma de cálculo	Proceso de Acreditación (autoevaluación) del Hospital Nacional Hipólito Unanue logrado						
Fuente de Información, medios de verificación	Dirección General – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Gestión de la Calidad						
Datos Históricos	Detallar los valores estimados al 2011, el valor a alcanzar el 2012 y los valor proyectado para el año 2013						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53.0%</td> <td>85.0%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table>	2011	2012	2013	53.0%	85.0%	90.0%
	2011	2012	2013				
53.0%	85.0%	90.0%					
Resultado para el año 2012	Anual						
	85%						
Área responsable de proveer el valor del indicador	Dirección General – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Gestión de la Calidad						
Área responsable del cumplimiento del indicador	Oficina de Gestión de la Calidad						

n.d.: No disponible.

e.c.: En construcción



Director General

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

DRA. LUCIA ESTENZAR SALAS
CMP Nº 33477
Responsable del cumplimiento del indicador
Oficina de Gestión de la Calidad

