



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 28 de Diciembre de 2012

Visto, el Informe N° 88-2012-OEPE/HCH, de fecha 19 de Diciembre de 2012, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HNCH;

CONSIDERANDO:

Que mediante Expediente N° 22459/12 que contiene el Informe N° 88-2012-OEPE/HCH, de fecha 19 de Diciembre de 2012, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HNCH, propone la actualización del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en cuanto a incorporar objetivos y acciones estratégicas relacionadas a los riesgos y daños a la salud, abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos, impulsar el desarrollo del campo docente y la investigación; además de la pertinencia de incluir indicadores de medición a la satisfacción del usuario en hospitalización y emergencia, la medición de tiempos de espera en procesos clínicos, así como reforzar los indicadores de docencia e investigación;

Que, Mediante Resolución Directoral N° 081-2012-SA-DS-HNCH/DG, de fecha 20 de marzo de 2012, se aprobó el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, el Plan Estratégico Institucional se caracteriza por su flexibilidad ante los cambios del entorno y las estrategias, por lo que como parte del proceso de revisión y mejora permanente de los documentos de gestión respecto a los indicadores que miden las metas trazadas y logradas, se ha evaluado la pertinencia de actualizarlo para reforzarlo, por lo que, es conveniente proceder a su aprobación;

Estando a lo informado y visado por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y por la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la Actualización del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el mismo que en anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 081-2012-SA-DS-HNCH/DG, de fecha 20 de marzo de 2012.

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el seguimiento, evaluación y ejecución del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

ARTÍCULO 4°.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

LEDM/CEWA/HNCH/mjhj
C.C. Archivo
UCFL
OAJ

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14270

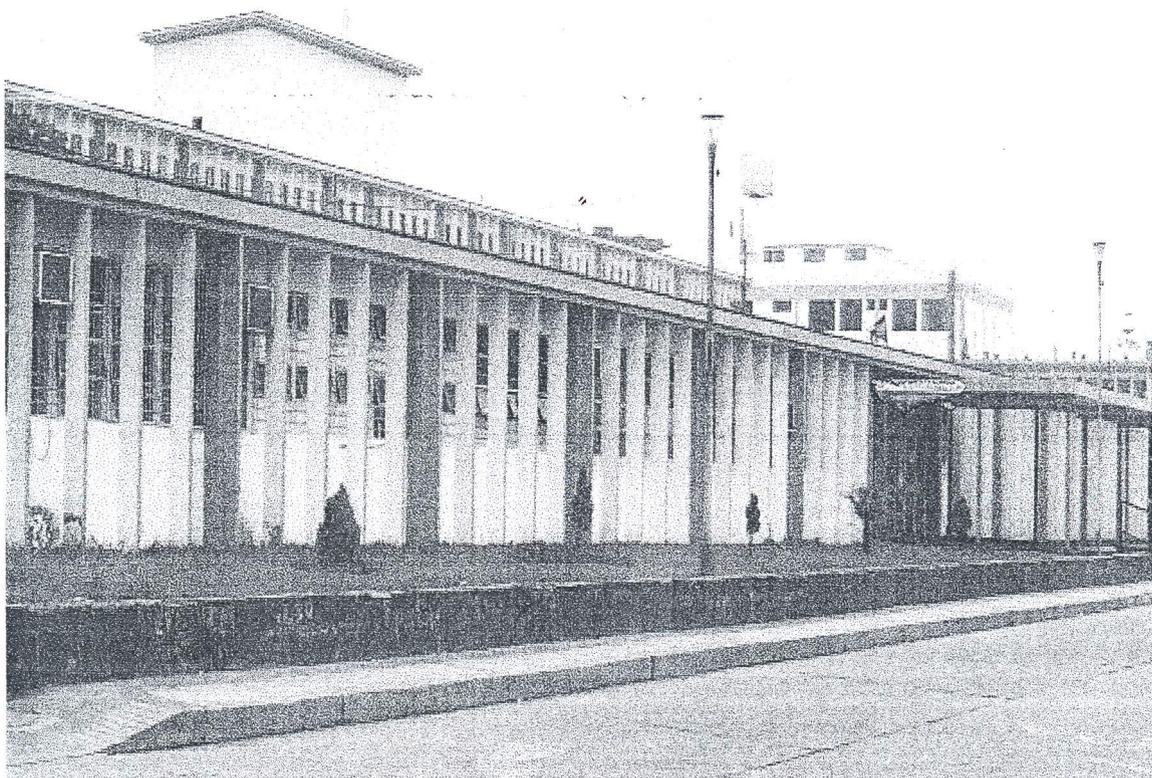
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL
03 DNE 2012
ENCARGADO EN LAS SUAREZ
MINISTRA
FRANMITE INTERNO



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA



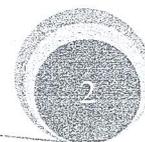
**PLAN ESTRATEGICO
INSTITUCIONAL(PEI)
2012 – 2016**

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2012 -2016

CONTENIDO

PRESENTACION.....	4
I. RESUMEN.....	5
II. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.....	6
III. DIAGNOSTICO.....	9
3.1 CARACTERIZACION GENERAL DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO	
3.2 IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA	
3.3 TENDENCIAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO	
IV. IMPLEMENTACION ESTRATEGICA.....	50
4.1 LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL	
4.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS	
4.3 EJES ESTRATEGICOS Y FACTORES CLAVES DEL ÉXITO	
4.4 ESQUEMA ESTRATEGICO	
4.5 OBJETIVOS ESTRATEGICOS E INDICADORES	
4.6 PROGRAMACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS Y RECURSOS NECESARIOS	
4.7 PROYECTOS DE INVERSION	
V. MATRIZ DE MARCO LOGICO.....	65
GALERIA FOTOGRAFICA.....	74



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DIRECCION GENERAL

Director General

Dr. Luis Edgardo Dulanto Monteverde

Director Adjunto

Dr. Arturo Eduardo Villena Pacheco

Asesor I

Dr. Roy Germán Dueñas Carbajal

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Director Ejecutivo

Lic. Adm. Pablo Edgar Ruíz Pozo

Jefe de la Unidad de Planeamiento

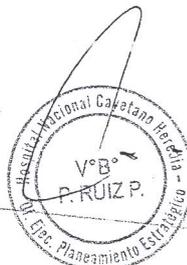
Econ. Rocío del Pilar Martínez Malqui

Dirección, Teléfono, Web

Av. Honorio Delgado N° 262, Urb. Ingeniería, San Martín de Porres, Perú.

(511) 482-0402 Anexo 311, (511) 482-1372

Web: www.hospitalcayetano.gob.pe



PRESENTACION

“Si no sabes a dónde vas, cualquier camino te conduce allí”.
Proverbio del Corán

El desarrollo del planeamiento estratégico en salud, dentro del contexto del Plan Bicentenario al 2021, constituye una gran responsabilidad y grandes desafíos para lograr los objetivos y metas nacionales en garantizar mejores condiciones físicas y una mejor calidad de vida para todos los peruanos y peruanas.

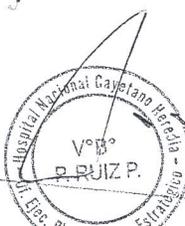
El presente Plan Estratégico Institucional se elabora en un momento de gran importancia por los cambios en las políticas nacionales, con énfasis en el cambio de cultura de una nueva actitud en salud, que exige ser-instituciones más eficientes y gerenciar sus procesos hacia resultados esperados por la población, en ese contexto *“la estrategia requiere que los directivos analicen su situación presente y que la cambien en caso necesario, saber qué recursos requiere la institución y cuáles debería tener” (Peter Drucker).*

El Plan Estratégico Institucional del Hospital Nacional Cayetano Heredia se articula con el Plan Bicentenario, Marco Estratégico y Ejes Estratégicos de Reforma del Ministerio de Salud: Prevención y control de problemas sanitarios; Atención integral de la salud con calidad priorizando la población en pobreza y extrema pobreza y Rectoría en salud.

Con Resolución Directoral N° 801-2011-SA-DS-HNCH/DG de fecha 15 de noviembre de 2011, se constituyó el Comité de Formulación del Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, conformado por los diferentes órganos estructurales que bajo la dinámica de talleres participativos, permitió el análisis de los grandes problemas institucionales y el diseño de las bases de lineamientos estratégicos hasta el año 2016.

El esfuerzo del conjunto de profesionales que dedicaron su tiempo y conocimientos a contribuir en una propuesta que apunte al desarrollo del Hospital como una organización cohesionada, sólida con valores orientados hacia el usuario, se encuentra plasmado en el presente documento y si somos capaces de concertar voluntades y orientarlas a un fin común, entonces nos constituiremos en la mejor organización de salud preocupada en sus pacientes.

“Construyendo el futuro... para tu salud”



I. RESUMEN

El Hospital Nacional Cayetano Heredia, es una institución de salud categorizada con el nivel III de atención de alta complejidad, de acuerdo a la Resolución Directoral N° 259-DG-DESP-DISA-III-L-2006 de fecha 11 de mayo del 2006.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia¹, es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, que brinda atención de salud de alta complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

La elaboración del Plan Estratégico del HNCH se elaboró en forma participativa con los actores responsables de la implementación, como son los jefes de departamentos y oficinas y contando con la participación de funcionarios de la Dirección de Planeamiento Estratégico del MINSA.

El Plan Estratégico del HNCH 2012 – 2016, se basa en la Guía Metodológica para la Formulación de los Planes Estratégicos Institucionales 2012 – 2016 del MINSA y se vincula con los objetivos nacionales del Plan Bicentenario al 2021.

El marco estratégico del HNCH tiene cuatro pilares: Atención Integral de Salud Especializada, Docencia en Servicio, Investigación Científica y Tecnológica y Calidad en la Atención. El Plan Estratégico del HNCH contiene el diagnóstico del entorno externo e interno, objetivos y acciones estratégicas para este quinquenio.

Los objetivos del Plan Estratégico del HNCH 2012 – 2016 se basan en lograr mejorar las condiciones de morbilidad materno neonatal, disminución de las enfermedades agudas para contrarrestar la desnutrición crónica y el tratamiento a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, por otro lado el PEI busca mejorar la satisfacción del usuario, la capacidad resolutoria del hospital, fortalecer el recurso humano y garantizar la eficiencia en la gestión económico-financiera.

¹Fuente: Reglamento de Organización y Funciones, Año 2007



I. RESUMEN

El Hospital Nacional Cayetano Heredia, es una institución de salud categorizada con el nivel III de atención de alta complejidad, de acuerdo a la Resolución Directoral N° 259-DG-DESP-DISA-III-L-2006 de fecha 11 de mayo del 2006.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia¹, es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, que brinda atención de salud de alta complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

La elaboración del Plan Estratégico del HNCHse elaboró en forma participativa con los actores responsables de la implementación, como son los jefes de departamentos y oficinas y contando con la participación de funcionarios de la Dirección de Planeamiento Estratégico del MINSA.

El Plan Estratégico del HNCH 2012 – 2016, se basa en la Guía Metodológica para la Formulación de los Planes Estratégicos Institucionales 2012 – 2016 del MINSA y se vincula con los objetivos nacionales del Plan Bicentenario al 2021.

El marco estratégico del HNCH tiene cuatro pilares: Atención Integral de Salud Especializada, Docencia en Servicio, Investigación Científica y Tecnológica y Calidad en la Atención. El Plan Estratégico del HNCH contiene el diagnóstico del entorno externo e interno, objetivos y acciones estratégicas para este quinquenio.

Los objetivos del Plan Estratégico del HNCH 2012 – 2016se basan en lograr mejorar las condiciones de morbilidad materno neonatal, disminución de las enfermedades agudas para contrarrestar la desnutrición crónica y el tratamiento a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, por otro lado el PEI busca mejorar la satisfacción del usuario, la capacidad resolutoria del hospital, fortalecer el recurso humano y garantizar la eficiencia en la gestión económico-financiera.

¹Fuente: Reglamento de Organización y Funciones, Año 2007



II. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Visión del Ministerio de Salud

Un Perú al año 2016 donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida.

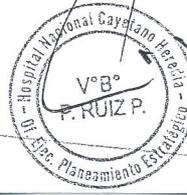
Visión Jurisdiccional de la DISA V LIMA CIUDAD

Al 2016, la Jurisdicción de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, opera en un marco descentralizado como gobierno regional en salud para lograr los objetivos de la política sectorial del país con mayor eficiencia en los procesos y servicios de los diferentes subsistemas de salud, entregando a la población servicios de mayor calidad y equidad que despliegan estrategias sanitarias en las que prevalecen la promoción y prevención en salud.

De esta manera, se ha contribuido a mejores condiciones de salud física, mental y social de la población, se ha reducido la brecha en el acceso a los servicios de salud, se ha organizado la participación y vigilancia ciudadana en salud y se ha fortalecido el ejercicio de derecho a la salud en Lima Metropolitana.

Propósito Jurisdicción DISA V LIMA CIUDAD

La Dirección de Salud V Lima Ciudad es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, en cuya jurisdicción se incide sobre las necesidades de salud y sus determinantes a través de 04 redes y 09 Hospitales, se desarrolla oferta diferenciada de servicios de salud públicos con establecimientos categorizados y sistemas técnico-administrativos de gestión institucional y territorial para garantizar el acceso a medicamentos y a las estrategias de intervención sobre las prioridades sanitarias, enfatizando acciones de promoción y prevención, previniendo y controlando las emergencias o desastres y realizando vigilancia epidemiológica y de los procesos que afectan la salud del medio ambiente. Asumimos este propósito dentro del marco de respeto del derecho a la salud y en correspondencia con las políticas nacionales de descentralización e inclusión social.



VISIÓN

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Al 2016, ser un Hospital ecológico, acreditado en la atención integral de salud altamente especializada, con pleno respeto a los derechos de los usuarios en salud.

MISIÓN

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Somos un Hospital docente de alta complejidad y referencia nacional, comprometidos en brindar atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a la interculturalidad; contribuyendo en la formación de recursos humanos, investigación científica

VALORES INSTITUCIONALES

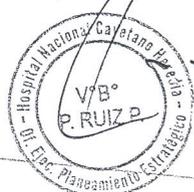
1. Buen Trato.
2. Vocación de Servicio.
3. Compromiso.
4. Comunicación.
5. Trabajo en Equipo.
6. Atención oportuna y eficiente.
7. Disposición a la innovación y al cambio.
8. Liderazgo.
9. Responsabilidad.
10. Puntualidad.



VALORES

Los valores constituyen la base de nuestra cultura organizacional y significan elementos esenciales que forjan la identidad de los integrantes de la institución, del aporte con los jefes de departamento y oficina se estableció los siguientes valores:

1. **Buen Trato.** Somos una organización que considera el buen trato como la combinación de tres elementos: Amabilidad, Respeto y Paciencia.
2. **Vocación de Servicio.** El servicio es una actitud de vida. Servir supone una franca actitud de colaboración y solidaridad hacia los demás.
3. **Compromiso.** Es lo que transforma una promesa en realidad. La persona comprometida tiene iniciativas para mejorar el clima de trabajo.
4. **Comunicación:** La comunicación es un aspecto esencial en la vida. El valor de la comunicación nos ayuda a intercambiar pensamientos, ideas y sentimientos con las personas que nos rodean.
5. **Trabajo en Equipo:** Trabajar en equipo implica compromiso de los integrantes de la organización.
6. **Atención oportuna y eficiente.** La atención oportuna consiste en brindar la mejor atención de salud en el momento que el paciente lo requiera, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles.
7. **Disposición a la innovación y al cambio:** Este valor se centra en la actitud al cambio y a la predisposición de responder frente a nuevos desafíos que impliquen mejoras en el servicio que realizamos.
8. **Liderazgo:** Es la capacidad para inspirar y guiar a individuos o grupos. Los líderes articulan y despiertan entusiasmo en pos de una visión y una misión compartidas.
9. **Responsabilidad:** Ser responsable es asumir las consecuencias de nuestras acciones y decisiones y que todos nuestros actos sean realizados con una noción de justicia y de cumplimiento del deber en todos los sentidos.
10. **Puntualidad:** Es el valor que se construye por el esfuerzo de estar a tiempo en el lugar adecuado. El valor de la puntualidad es la disciplina de estar a tiempo para cumplir nuestras obligaciones.



III. DIAGNOSTICO

3.1 CARACTERIZACION GENERAL DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO DE LA INSTITUCION.

3.1.1 Análisis del Entorno Externo

El análisis de demanda considera la revisión de los principales factores del entorno externo, que nos permitan tener una perspectiva de las características relevantes de la población que acude al Hospital.

3.1.1.1 Características geográficas

El Hospital Nacional Cayetano Heredia, se ubica en el distrito de San Martín de Porres, siendo sus límites los siguientes:

Norte : Hospital HideyoNogushi y Villa Salud

Sur : Urbanización Ingeniería (Av. Habich)

Este : Urbanización Palao (Av. Tupac Amaru)

Oeste : Universidad Peruana Cayetano Heredia (Av. Panamericana Norte).

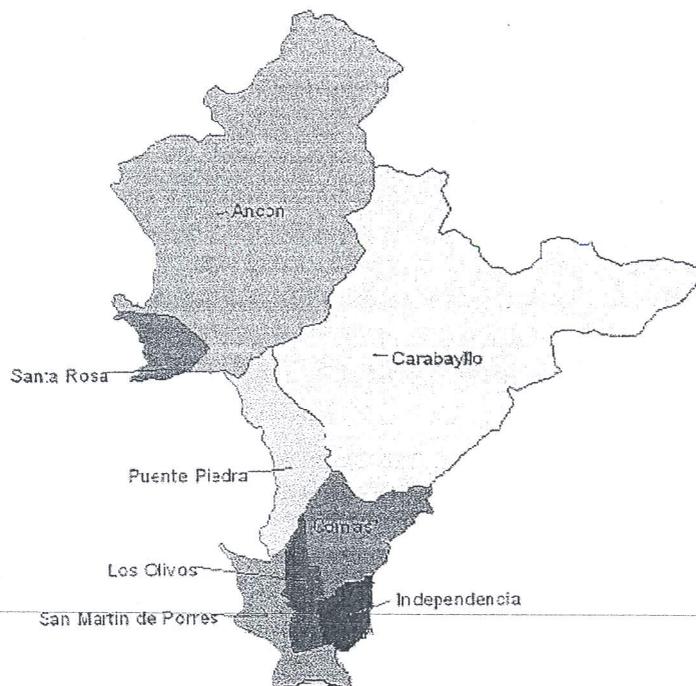
Gráfico N° 01
Ubicación del Hospital Nacional Cayetano Heredia



El distrito de San Martín de Porres limita al norte con los distritos de Ventanilla, Puente Piedra y Los Olivos; al sur, con los de Lima (Cercado) y Carmen de La Legua-Reynoso; al este, con los del Rímac e Independencia y al oeste con el Callao. El distrito de San Martín de Porres, tiene una ubicación estratégica ya que limita con 7 distritos y la provincia constitucional del Callao.

El sector de Lima Norte se extiende en dos ejes, uno de ellos por el Noreste a todo largo de la Cuenca del Río Chillón hasta el Km. 40 de la carretera a Canta y el otro por el Noroeste, hasta el Km. 43 de la Carretera Panamericana, abarca además parte de la cuenca del Río Rímac. Se une al centro histórico de Lima a través de los ejes viales de: la Avenida Túpac Amaru y su prolongación, la Carretera a Canta y la Carretera Panamericana y una tercera vía, la Avenida Universitaria sirve de conexión con la zona de San Miguel. Además, se encuentran dos distritos de poblaciones conurbanas a Lima, como Ancón y Santa Rosa, que son balnearios con una propia identidad cultural y que en su nacimiento eran áreas alejadas a la metrópoli y luego con el desarrollo se integraron. Ver Gráfico N° 02.

Gráfico N° 02
Mapa de Lima Norte



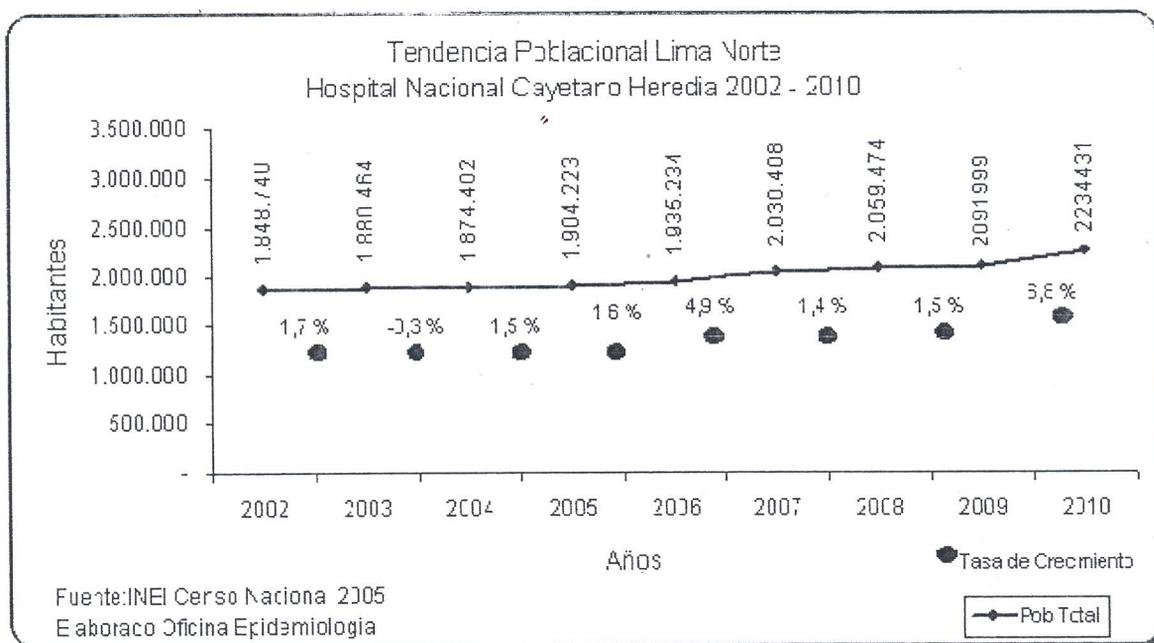
En el aspecto climatológico, el clima es característico costero, templado con alta humedad atmosférica y constante nubosidad durante el invierno que se acompaña de lluvias escasas. Su temperatura media anual es de 18° C, en verano puede llegar a 30 ° C y en Invierno a 12°C, en cada caso se produce sensación de excesivo calor o frío por la alta humedad atmosférica. También presenta alta contaminación ambiental, en los distritos del Rímac y San Martín de Porres, algunos distritos como Comas tienen de 1 a 2 °C más de temperatura

3.1.1.2 Características demográficas²

La población de Lima Norte está conformada por 2'234,431 habitantes y con una tendencia al incremento anual.

La población de Lima Norte ha tenido un crecimiento progresivo en los últimos decenios. El crecimiento anual desde el año 2002 fue mayor del 1%, observando en el año 2007 un incremento del 4.9% comportamiento que se repite en el año 2010 en relación con el año 2009 en el cual muestra un tamaño poblacional de 2'234,431 habitantes.

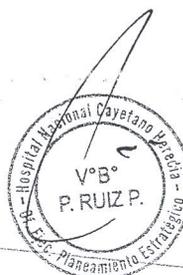
Gráfico N° 03



Como se observa en el Cuadro N° 01 dentro de Lima Norte, la población más numerosa corresponde al Distrito de San Martín de Porres, con 621,520 habitantes seguida de la población del Distrito de Comas. Ambos distritos presentan el doble de la población en comparación con el resto de distritos, siendo los distritos de Ancón y Santa Rosa los que presentan menor cantidad poblacional.

Al comparar la extensión territorial observamos que los distritos más densamente poblados son Los Olivos, San Martín de Porres e Independencia lo que sugiere el desarrollo de acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles como Infecciones Respiratorias Agudas y Tuberculosis.

² Revista Cono Norte, Problemas y Posibilidades, 2006



Cuadro Nº 01
Población de Lima Norte, según Distritos

Distritos	Poblacion	Porcentaje	Densidad Pop.(hab/km2)	Superficie (km2)
Total	2,234,431	100%	2597.1	860.34
Carabaylo	228,835	10%	659.7	346.88
Comas	522,235	23%	10712.5	48.75
Independencia	222,680	10%	15294.0	14.56
Los Olivos	341,173	15%	19778.1	17.25
Puente Piedra	250,514	11%	3519.4	71.18
San Martin de Porres	621,520	28%	15159.0	41.0
Ancon	35,782	2%	119.6	299.22
Santa Rosa	11,692	1%	543.8	21.5

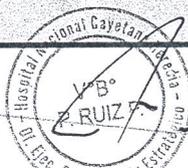
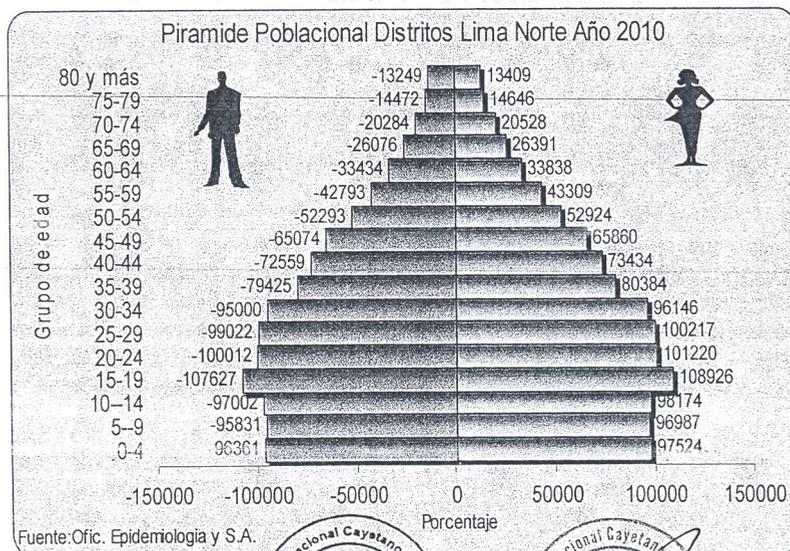
Fuente: Censo Nacional 2007: XI Censo de Población y Vivienda, INEI

En el Gráfico Nº 04, se muestra la pirámide poblacional de Lima Norte, que para el año 2010 registró 2'234,431 habitantes, siendo el 49.8 % (1'112,746) hombres y el 50.2% (1'128,387) mujeres, en este último grupo el 50.5% se encuentran en periodo reproductivo.

La pirámide poblacional muestra que el 62.3% de la población se concentra entre las edades de 0 - 34 años. La mayor proporción de la población es joven económicamente activa y en período reproductivo, por lo que es importante el soporte para la prevención en salud y atención a las mujeres potencialmente reproductivas.

La base de la pirámide poblacional es menor que la observada hace 3 décadas lo cual se explicaría por la disminución de las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad en los últimos años como resultado del acceso a mejores condiciones de vida de la población.

Gráfico Nº 04
Distribución de la Población de Lima Norte, por Grupo Etáreo y por Sexo



La evolución de las tasas de natalidad y tasas de fecundidad de los distritos de la zona de Lima Norte de acuerdo a las últimas encuestas ENDES, muestran mayores niveles en San Martín de Porres, Los Olivos y Comas.

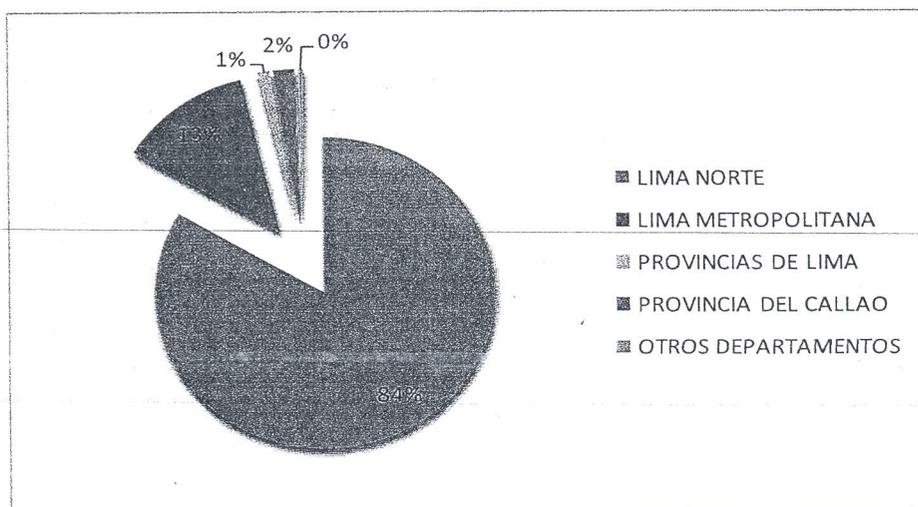
Cuadro N° 02
Tasa Bruta de Natalidad, Fecundidad General y Tasa Global de Fecundidad según Distritos de Residencia
Cono Norte 2006 - 2008 HNCH

Fecundidad	Tasa bruta de natalidad (TBN x 1,000)				Tasa de fecundidad general (TFG x 1,000 MEF)				Tasa Global de fecundidad (Hijos/Mujer)			
	2006	2007	2008	2006-2008	2006	2007	2008	2006-2008	2006	2007	2008	2006-2008
Carabaylo	3,5	16,4	7,8	9,2	12,2	57,6	27,7	32,4	0,4	1,8	0,9	1,0
Comas	5,4	18,1	8,5	10,7	18,8	63,9	30,0	37,6	0,6	2,0	1,0	1,2
Independencia	10,0	15,5	3,0	9,5	35,0	54,9	10,7	33,6	1,1	1,7	0,3	1,1
Los Olivos	9,5	5,7	17,9	11,0	32,5	19,6	61,7	38,0	1,0	0,6	2,0	1,2
Puente Piedra	3,4	9,2	0,5	4,1	11,9	32,6	0,0	14,7	0,4	1,0	0,0	0,5
San Martín de Porres	9,2	9,4	14,5	11,1	32,0	32,6	50,7	38,5	1,0	1,0	1,6	1,2
Ancon	1,9	4,3	0,5	2,1	6,9	15,4	0,5	7,4	0,2	0,5	0,2	0,2
Santa Rosa	1,0	1,7	0,1	0,9	3,4	5,9	0,8	3,2	0,1	0,2	0,1	0,1

Fuente: Oficina de Epidemiología - DISA V LC. - Unidad de ASIS - HMQ * INEI - ENDES 2000 , 2004 - 2006, 2007, 2008

La procedencia de las atenciones que realiza el hospital corresponden principalmente al sector de Lima Norte en 86%, dentro del cual destacan los distritos de San Martín de Porres, Los Olivos, Independencia y Comas, mientras que el 14% restante se distribuye entre el resto de Lima Metropolitana y menos del 1% corresponde a otras zonas a nivel nacional, como: Ancash, Ica, La Libertad, Cajamarca y Huánuco, principalmente. Ver Gráfico N° 05.

Gráfico N° 05
Procedencia de las Atenciones Ambulatorias – Año 2010



Fuente: Of. De Estadística e Informática

3.1.1.3 Características Socio-Económicas

La expansión de Lima Norte, es horizontal y apunta hacia el crecimiento en los terrenos de Puente Piedra, Carabayllo, Santa Rosa y Ancón. La transformación que se ha dado en los conos de Lima ha implicado cambios tanto en lo urbanístico como en lo social, con el crecimiento de actividades comerciales, desarrollo de servicios e intermediación financiera, convirtiéndose Lima Norte en un polo de desarrollo económico con posibilidades para las inversiones, destacándose adicionalmente una creciente oferta en infraestructura educativa así como una importante actividad turística y recreativa.

³El crecimiento de Lima Norte se refleja en la gran cantidad de centros comerciales con tiendas anclas y en donde se muestra crecimiento acelerado de los alrededores. El incremento del poder adquisitivo en esta zona ha sido importante, así como el cambio de las costumbres del poblador. Lima Norte figura como la zona de la capital que más ha crecido en ingresos y tiene una población cautiva en los mismos habitantes que al encontrar centros financieros, de estudio y esparcimiento cerca a sus domicilios prefiere movilizarse dentro de su zona.

Un indicador que mide el bienestar de la gente en una nación es el índice de desarrollo humano, y se basa en la medición de tres dimensiones: Longevidad, nivel educacional y nivel de vida. De acuerdo al informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo al 2009 se obtuvieron los siguientes resultados para Lima Norte:

Cuadro N°03
Índice de Desarrollo Humano en Lima Norte, Año 2009

Distritos	IDH	Ranking
Ancón	0.67	46
Carabayllo	0.66	63
Comas	0.68	38
Independencia	0.68	40
Los Olivos	0.69	30
Puente Piedra	0.66	74
S.M.P.	0.69	29
Santa Rosa	0.67	42
Rímac	0.69	27
Lima Norte	0.68	
Lima Metropolitana	0.68	

Fuente: Informe de Desarrollo Humano en el Perú (PNUD 2009).

³El Comercio, 25 de Agosto 2008



Este indicador nos refiere que los distritos “céntricos” de Lima Norte se encuentran posicionados en puestos menores al 50, mostrando mejor progreso social, mientras que en los distritos periféricos como Carabayllo y Puente Piedra es mayor la brecha entre el progreso social y el desarrollo de las capacidades humanas.

De acuerdo al estudio realizado por el Observatorio Socio Económico Laboral - OSEL Lima Norte en el año 2007, se obtuvo los siguientes datos sobre la Población Económicamente Activa (PEA).

Cuadro N° 04
Población en Edad de Trabajar por estructura demográfica en Independencia,
Los Olivos y San Martín de Porres

	Estructura demográfica		Total	Cifras expandidas	Casos
	Total hombre	Total mujer			
Población en edad de trabajar (PET)	48.2	51.8	100.0	864,748	4,783
PEA ocupada	59.6	40.4	100.0	504,618	2,816
PEA desocupada	43.5	56.5	100.0	42,193	234
Inactivos	30.8	69.2	100.0	317,937	1,733
Tasas					
Tasa de actividad (PEA / PET)	76.5	50.9	63.2	864,748	4,783
Ratio empleo/población (PEA ocupada/PET)	72.1	45.5	58.4	864,748	4,783
Tasa de desempleo (PEA desocupada/PEA)	5.7	10.5	7.7	546,811	3,050
Razones de inactividad					
Esperando inicio de trabajo	65.3	34.7	100.0	3,202	14
Estudiante	45.3	54.7	100.0	95,636	499
Quehaceres del hogar	5.7	94.3	100.0	138,458	763
Jubilado o rentista	69.3	30.7	100.0	30,733	187
Enfermo o incapacitado	43.0	57.0	100.0	28,678	153
Otro	51.9	48.1	100.0	21,229	117

Fuente: Convenio MTPE - CM - UCSS. OSEL Lima Norte. Encuesta de Hogares Especializada en Niveles de Empleo 2007.
Elaboración: OSEL Lima Norte

Se aprecia que la tasa de desempleo en éstos distritos es de 7.7 % y se encuentran con mayor ocupación laboral el sexo masculino.

El aspecto del perfil económico en Lima Norte, refiere que sobre un total de 20,551 manzanas de vivienda existentes, 8080 manzanas corresponden al nivel socioeconómico C y 7740 corresponden al nivel socioeconómico D⁴. Lima Norte es la segunda zona con mayor nivel de endeudamiento y es el distrito de Los Olivos el que presenta mayor desarrollo, sin embargo contrasta con algunas realidades en los asentamientos humanos que abundan en la zona y que ubican a distritos de éste sector en condición de pobreza y pobreza extrema. En el siguiente cuadro se muestran los resultados realizados por la unidad de investigación de la

⁴Perfiles zonales de la Gran Lima 2011, Revista Marketing Data. Año 10, Nro. 161.



Revista Caretas para el año 2009, donde se observa que de los 10 distritos más pobres de Lima, 05 corresponden a Lima Norte, siendo Puente Piedra y Carabaylo los más pobres.

Cuadro N° 05
Los 10 distritos más pobres de Lima, Año 2009

Distrito	Población	Total Pobres	Porcentaje de Pobreza
San Juan de Lurigancho	900,000	218,700	24
Ate	478,000	114,200	24
Villa María del Triunfo	378,000	102,400	27
Comas	487,000	94,000	19
San Martín de Porres	580,000	87,500	15
Villa el Salvador	381,000	83,400	22
Puente Piedra	233,000	72,400	31
San Juan de Miraflores	360,000	68,700	19
Carabaylo	213,000	63,200	30
Los Olivos	318,000	50,500	16

Fuente: Investigación realizada por la Revista Caretas, Año 2009

El mapa de pobreza de Lima Norte, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2007 del INE, refiere que más del 30% de la población son pobres y confirma como en el cuadro anterior que el distrito de Puente Piedra es el que tiene una proporción de población pobre más alta y en el otro extremo, el distrito de Los Olivos presenta una pequeña proporción de la población que es pobre (2,1%).

Cuadro N° 06

Ranking de Pobreza Jurisdiccion Lima Norte
Hospital Cayetano Heredia - 2007

Distritos	N° de Hogares Estimados	Poblacion Total Estimada	Porcentaje de Pobreza
Carabaylo	42835	188626	35,4
Comas	99177	451071	27,8
Independencia	39156	176227	33,1
Los Olivos	64853	286335	2,1
San Martín de Porres	132143	558741	18,9
Ancon	6570	28028	32
Puente Piedra	46193	203301	40,7
Santa Rosa	2406	9938	24,5

Fuente: Censo de Poblacion y Vivienda 2007 - INEI

Elaboracion: FONCODES/UPR



3.1.1.4 Características Culturales

En cuanto a los niveles culturales y educativos en la zona, se presenta una tasa de analfabetismo de 3.1, ligeramente más elevada que Lima Metropolitana (2.9), siendo los distritos con mayor nivel de analfabetismo: Puente Piedra y Carabaylo⁵.

En el Cuadro N° 07 se muestran los principales indicadores de desarrollo educativo en los distritos de Lima Norte, observándose evidentes desigualdades entre los distritos más consolidados y céntricos con relación a los periféricos como Carabaylo y Puente Piedra.

Cuadro N° 07
Principales indicadores de desarrollo educativo en Lima Norte, Año 2009

Distritos	Alfabetismo		Escolaridad		Logros Educativos	
	%	Ranking	%	Ranking	%	Ranking
Ancón	97.84	90	89.36	473	95.02	95
Carabaylo	97.27	141	89.00	521	94.52	141
Comas	98.07	70	89.78	386	95.30	67
Independencia	97.53	116	89.09	508	94.72	118
Los Olivos	98.64	38	90.34	311	95.87	38
Puente Piedra	97.17	150	88.57	586	94.30	159
S.M.P.	98.64	37	90.23	323	95.84	39
Santa Rosa	98.41	48	91.81	134	96.21	28
Rímac	98.39	50	88.73	563	95.17	77
Lima Norte	97.99		89.70		95.22	
Lima Metropolitana	98.20		89.23		95.21	

Fuente: Informe de Desarrollo Humano – PNUD 2009

Con relación al nivel de seguridad ciudadana, del Estudio Situacional de la Violencia Juvenil en Lima y Callao 2007 – 2008 realizado por la Policía Nacional del Perú, se extrae que hay un total de 12,128 jóvenes y adultos que integran 410 pandillas en Lima Metropolitana, que son responsables de 5318 hechos delictivos, de los cuales 2235 corresponden a las zonas de Lima Norte y Lima Sur. Siendo los distritos con mayor nivel de pandillaje en Lima Norte: Comas, Carabaylo y Los Olivos.

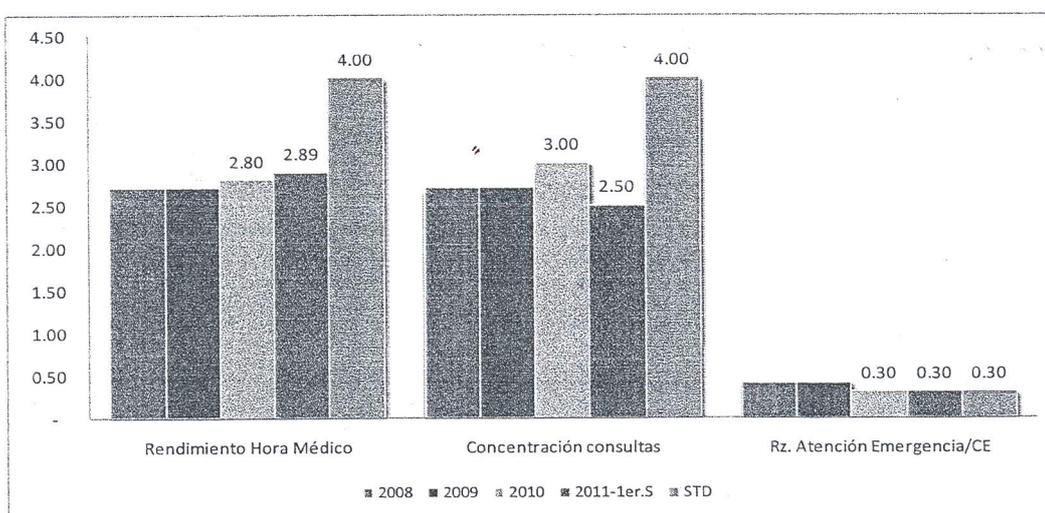
3.1.1.5 Análisis de los principales indicadores de salud

La evolución de los principales indicadores de desempeño hospitalario, se muestra en las siguientes gráficas.

⁵ INEI, Año 2007

En el Gráfico N° 06, se aprecia el comportamiento de los indicadores que miden el proceso de consulta externa, notándose que el rendimiento hora médico ha tenido un leve incremento de mejoría con relación a los años 2008 y 2009, producto de la mejora en la eficiencia de las horas médico, sin embargo se considera que para un hospital de alta especialización el estándar de 4 consultas/hora no es una “medida referente” por la diversidad de especialidades que se maneja y cuyo tiempo de atención dura más de 15 minutos en la evaluación del paciente, como: Endocrinología, neurología, nefrología, infectología, otorrinolaringología, oncología, pediatría.

Gráfico N° 06
Indicadores de Desempeño Hospitalario en Consulta Externa y Emergencia. Años 2008 – 2011



Fuente: Oficina de Estadística – Unidad de Procesamiento Datos.
Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud – DGSP/MINSA. Año 2008

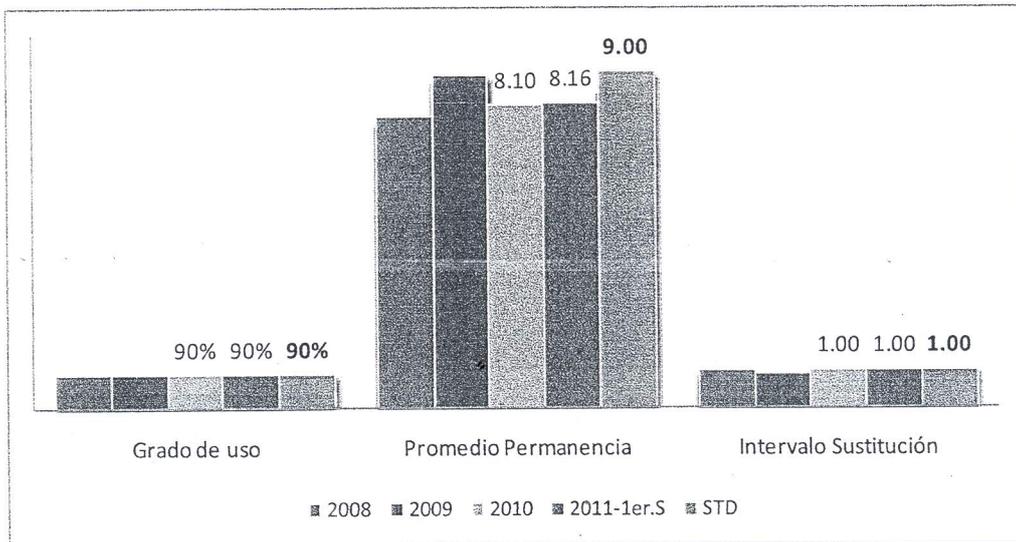
La concentración de consultas se ha incrementado con relación a los años anteriores, obteniéndose al 2010 un valor de 3 consultas promedio/paciente, aún no se alcanza el valor estándar de 4, debido a una menor relación entre las atenciones que se realizan y los pacientes nuevos que ingresan.

En cuanto a la razón de atención de emergencia con relación a consulta externa se ha presentado un notable avance en el año 2010, lográndose alcanzar el estándar de 0.30, se explica por un trabajo esforzado entre los equipos de Emergencia y Consulta Externa, para mejorar los flujos de atención y canalizar las reales urgencias y emergencias, disminuyendo la presión de atención en Emergencia.

En el gráfico N° 07, observamos el comportamiento de los indicadores relacionados con Hospitalización, en el cual notamos que se mantienen dentro del estándar normado, cabe anotar que en los departamentos de Medicina, Tropicales y Cirugía (Traumatología), la

permanencia de los pacientes puede alcanzar los 30 días y se explica por el nivel de complejidad de las enfermedades que se atienden, en su mayoría crónicas y con un población creciente de adultos mayores, lo que genera saturación en el ambiente de hospitalización.

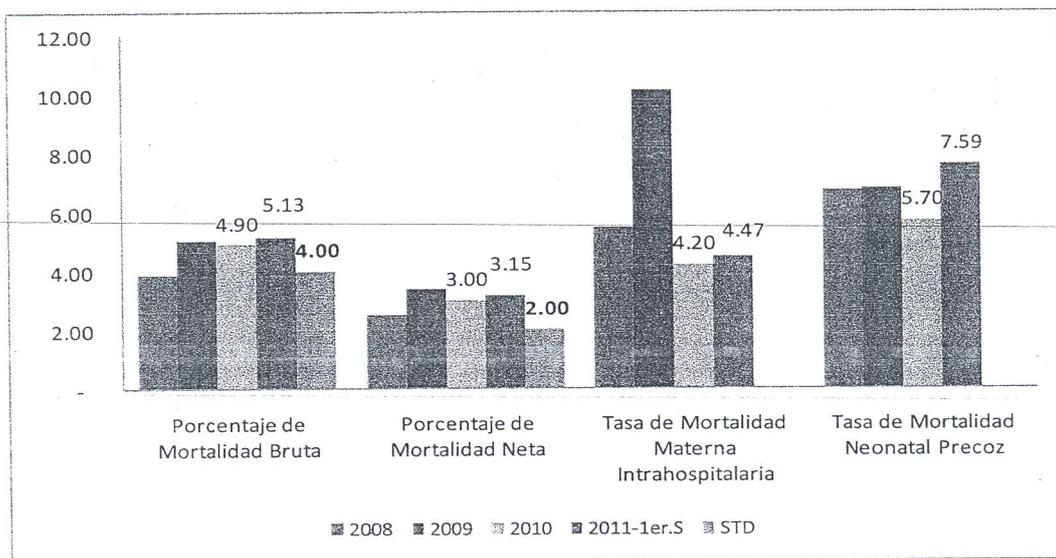
Gráfico N° 07
Indicadores de Desempeño Hospitalario en Hospitalización. Años 2008 - 2011



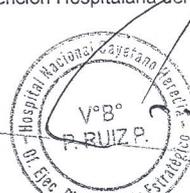
Fuente: Oficina de Estadística – Unidad de Procesamiento Datos.
 Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud – DGSP/MINSA. Año 2008

En el gráfico N° 08, observamos los indicadores de calidad relacionados a la mortalidad.

Gráfico N° 08
Indicadores de Desempeño Hospitalario en Calidad. Años 2008 - 2011



Fuente: Oficina de Estadística – Unidad de Procesamiento Datos.
 Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud – DGSP/MINSA. Año 2008



El porcentaje de mortalidad bruta viene incrementándose desde el año 2009 y se aleja del valor estándar establecido, con relación a un indicador más sensible como el porcentaje de la mortalidad neta, apreciamos que a pesar de haber disminuido con relación al 2009, sigue en incremento en comparación con el estándar. En cuanto a la mortalidad materna intrahospitalaria, se registró un incremento importante en el año 2009 (10.1 x 10000 nacidos vivos), explicado por la ocurrencia de 4 muertes maternas. Para el año 2010, se notó una gran disminución de la mortalidad materna a 2 muertes al año, algunas de las principales causas que inciden en este aspecto son las hemorragias, hipertensión, abortos y otras complicaciones del embarazo.

El comportamiento de la Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz, muestra que ha descendido el año 2010 con relación a los años anteriores, se considera que uno de los factores se debe al monitoreo permanente y a las acciones del control de las infecciones.

3.1.1.6 Análisis de la Morbi-mortalidad

Morbilidad en Consulta Externa

En el Cuadro N° 08, se observa la morbilidad general en la atención ambulatoria, los 20 diagnósticos más frecuentes representan el 24.09% del total. La principal causa identificada es **hipertensión arterial**, seguida de trastornos de la refracción no especificada, caries dental, obesidad y diabetes entre las principales. La característica de los diagnósticos en la población demandante, refiere alta presencia de enfermedades de daños no transmisibles y enfermedades crónicas degenerativas que corresponden a países desarrollados, asimismo se nota en forma constante la presencia de enfermedades oculares y enfermedades masculinas relacionadas con la próstata. Por otro lado es importante notar la presencia de enfermedades relacionadas con problemas de vías respiratorias altas y bajas. La distribución de diagnósticos por género, muestra que la mayor proporción de casos atendidos correspondió a mujeres (61%).



Cuadro N° 08

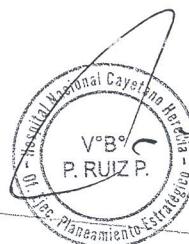
Morbilidad General por Diagnostico en Consulta Externa HNCH - 2010

N°	Diag	Descripcion	Casos	Hombre	Mujer	%	Fa
1	I100	Hipertension esencial (primaria)	4888	1614	3274	3,42	3,42
2	H527	Trastorno de la refraccion, no especificado	2565	674	1891	1,80	5,22
3	H526	Otros trastornos de la refraccion	1944	676	1268	1,36	6,58
4	K801	Calculo de la vesicula biliar con otra colecistitis	1930	367	1563	1,35	7,94
5	K021	Caries de la dentina	1852	713	1139	1,30	9,23
6	K300	Dispepsia	1690	589	1101	1,18	10,42
7	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	1665	658	1007	1,17	11,58
8	J459	Asma no especificado. Asma de aparición tardía.	1665	641	1024	1,17	12,75
9	M545	Bronquitis asmática/sobresibiliancia, hip	1599	597	1002	1,12	13,87
10	J000	Lumbago no especificado	1582	734	848	1,11	14,98
11	E669	Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	1557	484	1073	1,09	16,07
12	G409	Obesidad	1523	863	660	1,07	17,14
13	N400	Epilepsia, tipo no especificado	1431	1431	0	1,00	18,14
14	F329	Hiperplasia de la próstata	1417	434	983	0,99	19,13
15	N390	Episodio depresivo, no especificado	1376	268	1108	0,96	20,10
16	B351	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1175	481	694	0,82	20,92
17	J304	Tina de las uñas	1152	538	614	0,81	21,73
18	M069	Rinitis alérgica, no especificada	1137	131	1006	0,80	22,52
19	P599	Artritis reumatoide, no especificada	1126	631	495	0,79	23,31
20	M199	Ictericia neonatal, no especificada	1105	221	884	0,77	24,09
336	J039	Artrosis, no especificada	81	35	46	0,06	80,01
Total			142740	55292	87448	100,00	

Fuente: His Ofic. Estadística - Elaborado Ofic. Epidemiología y S.A.

Morbilidad en Hospitalización

En el Cuadro N° 09 se muestra la morbilidad en hospitalización, del total de egresos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, los primeros quince diagnósticos explican el 48% de la morbilidad. En este grupo la morbilidad quirúrgica llega a ser 36% del total de egresos, de las patologías quirúrgicas la mayor parte de ellas, el 27% son explicadas por patologías gineco-obstétricas. La primera causa de hospitalización es el parto único espontáneo sin otra especificación explicando el 16.61% y en segundo lugar el parto por cesárea, sin otra especificación con el 9.39%. En tercer lugar se encuentra la Apendicitis Aguda, en cuarto lugar la ictericia neonatal y en quinto lugar cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis. Es importante notar la gran presencia de patologías obstétricas, por lo que en la atención por género representa el 67% del total egresos.



Cuadro N° 09

Morbilidad General por Diagnostico en Hospitalizacion Hospital Nacional Cayetano
Heredia - 2010

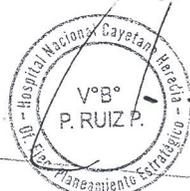
N°	Diag	Descripcion	Casos	Hombre	Mujer	%	Fa
1	O809	Parto Unico Espontaneo Sin Otra Especificacion	2856	0	2856	16,61	16,61
2	O829	Parto Por Cesarea, Sin Otra Especificacion	1614	0	1614	9,39	26,00
3	K359	Apendicitis Aguda, No Especificada	512	300	212	2,98	28,97
4	P599	Ictericia Neonatal, No Especificada	510	260	250	2,97	31,94
5	K801	Calculo De La Vesicula Biliar Con Otra Colecistitis	468	108	360	2,72	34,66
6	J189	Neumonia, No Especificada	380	172	208	2,21	36,87
7	S069	Traumatismo Intracraneal, No Especificado	249	156	93	1,45	38,32
8	E119	Mencion De Complicacion	234	86	148	1,36	39,68
9	A419	Septicemia, No Especificada	229	119	110	1,33	41,01
10	J969	Insuficiencia Respiratoria, No Especificada	221	118	103	1,29	42,30
11	O034	Aborto Espontaneo, Incompleto, Sin Complicacion	219	0	219	1,27	43,57
12	A090	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	204	113	91	1,19	44,76
13	K922	Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada	200	128	72	1,16	45,92
14	J460	Estado asmatico. Asma aguda severa.	198	113	85	1,15	47,07
15	K800	Calculo De La Vesicula Biliar Con Colecistitis Aguda	163	42	121	0,95	48,02
132	T814	Infeccion Consecutiva A Procedimiento, No Clasificada En Otra Parte	17	7	10	0,10	80,05
Total			17195	5939	11256	100,00	

Fuente: Egresos-Ofic. Estadística, Elaborado Ofic. Epidemiología y S.A.

Morbilidad en Emergencia

Los diagnósticos que se muestran en Emergencia corresponden a los tópicos de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, hasta la causa veinte explican el 54% de la morbilidad. La primera causa de atención en la emergencia es el dolor abdominal y pélvico que representa el 9.45%; en segundo lugar se encuentra la herida de la cabeza con el 6.28% y en tercer lugar la rinofaringitis aguda. En cuarto lugar encontramos a la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y en quinto lugar el estado asmático.

Es importante mencionar que la morbilidad de emergencia nos muestra que la población acude en su mayor parte por la atención de padecimientos que deberían atenderse en establecimientos de primer nivel de atención, por otro lado se encuentra en el séptimo lugar la fiebre de origen desconocido, sin embargo para realizar este diagnóstico tendría que haberse realizado estudios diagnósticos por una semana al paciente.



Cuadro N° 10

Morbilidad General por Diagnóstico en Emergencia Año 2010
Hospital Nacional Cayetano Heredia

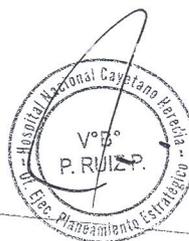
N°	Cod_cat	Descripcion	Casos	Hombre	Mujer	%	Fa
1	R10	Dolor abdominal y pélvico	4771	1833	2938	9.45	9.45
2	S01	Herida de la cabeza	3172	2447	725	6.28	15.73
3	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado comun]	2611	1432	1179	5.17	20.89
4	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1867	980	887	3.70	24.59
5	J46	Estado asmatico	1707	825	882	3.38	27.97
6	T00	Traumatismos superficiales que afectan multiples regiones de	1348	723	625	2.67	30.64
7	R50	Fiebre de origen desconocido	1206	563	643	2.39	33.03
8	K52	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	1201	541	660	2.38	35.40
9	S06	Traumatismo intracraneal	1159	688	471	2.29	37.70
10	S61	Herida de la muñeca y de la mano	1126	775	351	2.23	39.93
11	J02	Faringitis aguda	1024	512	512	2.03	41.96
12	A41	Otras septicemias	855	403	452	1.69	43.65
13	T07	Traumatismos multiples, no especificados	810	506	304	1.60	45.25
14	N93	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	786	0	786	1.56	46.81
15	J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	752	376	376	1.49	48.30
16	O03	Aborto espontaneo	710	0	710	1.41	49.70
17	S00	Traumatismo superficial de la cabeza	702	377	325	1.39	51.09
18	J98	Otros trastornos respiratorios	546	329	217	1.08	52.17
19	K35	Apendicitis aguda	511	302	209	1.01	53.19
20	T88	Otras complicaciones de la atencion médica y quirurgica, no	488	327	161	0.97	54.15
67	S31	Herida del abdomen, de la region lumbosacra y de la pelvis	138	92	46	0.27	80.04
Total general			50510	25323	25187	100.00	

Fuente:Emerg.-Sigeh-Ofic. Estadística,Elaborado Ofic. Epidemiología y S.A

Mortalidad

Las causas de mortalidad en el HNCH se centran principalmente en neumonía y septicemia y el resto de causas se distribuyen entre: Asociación VIH-SIDA/TBC, enfermedades cerebrovasculares, TBC y confirmación por tumoración maligna. Ver Cuadro N° 11.

Las causas de mortalidad se presentan a continuación en general y por etapas de vida clasificadas de acuerdo al diagnóstico. El 61.46% de las causas de mortalidad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se explican por quince causas. La primera causa de muerte es la neumonía que explica el 18.74% del total de fallecimientos. En segundo lugar encontramos la septicemia. Si agrupamos las neumonías y la insuficiencia respiratoria explican el 29.36% de las causas. Entre las causa infecciosas encontramos a la Infección por el VIH que se encuentra en el quinto lugar y la tuberculosis en el décimo segundo lugar.



Cuadro Nº 11

Mortalidad General por Diagnostico Hospital Nacional Cayetano Heredia - 2010

Nº	Diag	Descripcion	Casos	Hombre	Mujer	%	Fa
1	J189	Neumonía, No Especificada	157	83	74	18,74	18,74
2	A419	Septicemia, No Especificada	100	53	47	11,93	30,67
3	J969	Insuficiencia Respiratoria, No Especificada	89	43	46	10,62	41,29
4	I619	Hemorragia Intraencefalica, No Especificada	26	8	18	3,10	44,39
5	B200	Asociacion Vih -Sida-Tbc	24	15	9	2,86	47,26
6	S069	Traumatismo Intracraneal, No Especificado	16	12	4	1,91	49,16
7	I609	Hemorragia Subaracnoidea, No Especificada	15	6	9	1,79	50,95
8	B240	Sida	14	11	3	1,67	52,63
9	I678	Otras Enfermedades Cerebrovasculares Especificada	11	6	5	1,31	53,94
10	K746	Otras Cirrosis Del Hígado Y Las No Especificadas	11	9	2	1,31	55,25
11	P369	Sepsis Bacteriana Del Rn, No Especificada	11	8	3	1,31	56,56
12	S068	Otros Traumatismos Intracraneales	11	9	2	1,31	57,88
13	A162	Tuberculosis Del Pulmon, Sin Mencion De Confirmacion Bacteriologica O Histologica	10	7	3	1,19	59,07
14	C349	Tumor Maligno De Los Bronquios O Del Pulmon, Parte No Especificada	10	5	5	1,19	60,20
15	K922	Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada	10	5	5	1,19	61,46
43	D487	Tumor De Comportamiento Incierto O Desconocido De Otros Sitios Especificados	3	2	1	0,36	80,07
Total			838	449	389	100,00	

Fuente: Egresos Ofic. Estadística-Elaborado Ofic. Epidemiología y S.A.

Infecciones Intrahospitalarias (IIH)

A través de la Oficina de Epidemiología se realiza la vigilancia de las IIH a nivel de los servicios del Hospital Cayetano Heredia según el tipo de infección o sitio de infección, servicios de hospitalización, categoría del establecimiento y factores de riesgo reconocidos.

En el Cuadro Nº 12, se muestran las infecciones detectadas en el 2010, que sumaron 203, siendo las infecciones del tracto urinario las de mayor frecuencia.

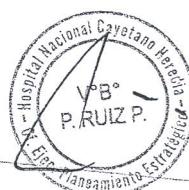
Cuadro Nº 12

Infecciones Intrahospitalarias. Año 2010
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Tipo de Infeccion	Frecuencia	%
Infección Tracto Urinario	61	30.0
Ventilación Mecánica Invasiva	59	29.1
Infección Torrente Sanguíneo	42	20.68
IHO/Cesárea	15	7.4
Endometritis/Cesárea	12	5.9
Endometritis/Parto Vaginal	12	5.9
IHO/Hernioplastia	2	0.99
Total	203	100.0

Fuente: HNCH-Of. Epidemiología y S.A.

El servicio de Gineco – Obstetricia y la UCI Medicina, son los que presentaron los mayores casos de infecciones en el hospital.



Cuadro N° 13
Infecciones Intrahospitalarias por Servicios. Año 2010
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Servicios	Total	%
Gineco Obstetricia	39	19.2
UCI Medicina	37	18.2
UCI Emergencia	35	17.2
Medicina	24	11.9
UCI CIQ	22	10.8
Cirugia**	19	9.4
UCI NEO*	17	8.4
UCI Pediatría	10	4.9
Total	203	100

Fuente: HNCH-Of. Epidemiología y S.A.

*Incluye CVC y CVP

**IHO Hernioplastia Inguinal

La tasa promedio hospitalaria en Gineco-Obstetricia del 2005 al 2010 en endometritis cesárea fue de 1,02 por cien cesáreas y 1,03 en infección de herida operatoria. Ver Cuadro N° 14.

Cuadro N° 14
Incidencia de IIH según el tipo o sitio de infección en Gineco-Obstetricia y Cirugia. Año 2010
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Servicio de hospitalización	Tipo de Infección o Sitio de Infección	Procedimiento	Numero de IIH	Número de Procedimientos	Incidencia Promedio
Gineco Obstetricia	Endometritis Puerperal	Parto Vaginal	80	19770	0,40
	Endometritis Puerperal	Parto Cesarea	104	10112	1,02
	Infección de Herida Operatoria	Parto Cesarea	105	10112	1,03
Cirugia	Infección de Herida Operatoria	Colecistectomia	0	1628	0,0
	Infección de Herida Operatoria	Hemioplastia Inguinal	2	289	0,69

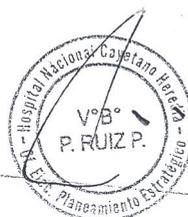
* Los valores son tasas de incidencia acumulada x 100 procedimientos realizados

Fuente: HNCH-Of. Epidemiología y S.A.

En el Cuadro N° 15, se muestra que las tasas de incidencia más altas correspondieron a neumonías intrahospitalarias asociadas a ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos de adultos (32,08 x 1000 días de uso de ventilación mecánica).

El promedio de la tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales fue tres veces mayor en neonatología que en las unidades de cuidados intensivos de adultos (25,90 vs. 7,37 x 1000 días de empleo de catéter venoso central o umbilical).

El promedio de la tasa de incidencia de infecciones urinarias intrahospitalarias asociadas al catéter urinario fue mayor en el servicios de la unidades de cuidados intensivos de pediatría (19,58) x 1000 días de empleo de catéter urinario.



Cuadro N° 15
Incidencia de IIH según el tipo o sitio de infección en Medicina, Pediatría y Cirugía. Año 2010
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Servicio de hospitalización	Tipo de Infección o Sitio de Infección	Dispositivo Invasivo	Numero de IIH	Tiempo de Exposición (días)	Incidencia Promedio
Neonatología	Infección de Torrente Sanguíneo	Catéter venoso central	107	4132	25,90
	Infección de Torrente Sanguíneo	Catéter venoso periférico	34	9012	3,77
	Neumonía	Ventilación mecánica	22	3756	5,85
UCI Pediatría	Infección de Torrente Sanguíneo	Catéter venoso central	13	850	15,29
	Neumonía	Ventilación mecánica	16	1504	10,64
	Infección del Tracto Urinario	Catéter urinario permanente	14	715	19,58
UCI Adultos	Infección de Torrente Sanguíneo	Catéter venoso central	60	8135	7,37
	Neumonía	Ventilación mecánica	173	5392	32,08
	Infección del Tracto Urinario	Catéter urinario permanente	53	8304	6,38
Medicina	Infección del Tracto Urinario	Catéter urinario permanente	93	11800	7,88
Cirugía	Infección del Tracto Urinario	Catéter urinario permanente	88	12261	7,18

Fuente: HNCH-Of. Epidemiología y S.A.

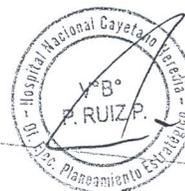
Uno de los factores fundamentales para el logro en la disminución de las infecciones intrahospitalarias es el lavado de manos, el Hospital aprobó la Directiva Higiene de manos, con R.D. N° 375-2009, la cual viene siendo monitoreada y evaluada teniendo una adherencia de higiene de manos en el 2010 del 48.1%, comparado a la del 2009 que fue de 21.9% incrementándose en un 26.2 % más.

Por otro lado se aprobó el Aislamiento Hospitalario con R.D. N° 235 -2010 que es de aplicación en los diferentes servicios con el cumplimiento de las medidas estándares para interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa a fin de prevenir el contagio entre los pacientes, así como entre pacientes y el personal hospitalario.

3.1.1.7 Accesibilidad

Factores Geográficos

El HNCH se encuentra ubicado en una zona de fácil acceso en Lima Norte, entre dos avenidas principales, la Av. Túpac Amaru y la Av. Panamericana Norte, en la zona de Lima Norte se ubican 8 distritos: Ancón, Carabaylo, Santa Rosa, Ventanilla, Puente Piedra, Comas, Los Olivos, San Martín de Porras, Independencia y Rímac. En la actualidad con la disponibilidad del transporte de Buses Metropolitanos, la disponibilidad de transporte al hospital no resulta de mayor trascendencia para el acceso.



Factores Económicos

La población de los distritos de mayor demanda en atenciones de salud en Lima Norte, corresponden a distritos calificados como pobres (ver cuadro N° 05), si bien es evidente el despegue y auge creciente del sector de Lima Norte, también es cierto la pobreza y pobreza extrema en algunas zonas. En el Cuadro N° 16, se muestra que en el año 2008, 1.5 millones de personas se encontraban en situación de pobreza. Lima Metropolitana presenta una tasa de 0.7% en pobreza extrema y la mayor parte concentrada en Lima Norte.

Cuadro N° 16
Pobreza en los hogares de Lima Metropolitana. Año 2008

Zona	No Pobres	Pobres		Pobres Extremos		Total
R1 Norte	1,815,534	387,031	17.6%	20,210	0.9%	2,202,565
R2 Este	1,321,965	348,789	20.9%	5,663	0.3%	1,670,754
R3 Centro	1,019,575	142,490	12.3%	13,635	1.2%	1,162,065
R4 Sur	1,322,001	414,576	23.9%	10,153	0.6%	1,736,577
R5	866,951	17,274	2.0%			884,225
Residencial						
R6 Callao	670,806	195,855	22.6%	9,218	1.1%	866,661
Total	7,016,832	1,506,015	17.7%	58,880	0.7%	8,522,847

Fuente: ENAHO 2008 - INEI

A pesar de la mayor cobertura del SIS, la accesibilidad económica por lo expuesto sigue siendo una barrera que tiene importancia, considerando que por la política del Seguro Integral de Salud se prioriza la cobertura a la madre y al niño, por lo que es menor el acceso a la población de varones adultos y adultos mayores en pobreza y pobreza extrema.

Factores Culturales

En Lima existe disposición de algunos grupos religiosos, como de costumbres de la población al uso prácticas de medicina no tradicional, así como al uso de medicamentos sin prescripción médica, sin embargo no existen estudios que identifiquen en forma precisa este factor cultural en Lima Norte.

Factores de Organización

En el siguiente cuadro, observamos a los diferentes tipos de establecimientos por categoría que existen en Lima:

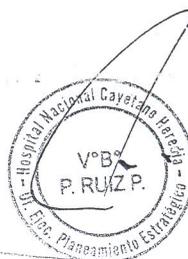
Cuadro N° 17

Establecimientos de Salud vigentes categorizados - MINSA de la jurisdicción de la DISA V Lima Ciudad Actualizada al año -2009

Establecimiento de Salud	Categoría							Total	%
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-2	III-1	III-2		
Institutos	0	0	0	0	0	0	6	6	4.29
Hospitales	0	0	0	0	1	9	0	10	7.14
Red	Lima Ciudad	0	9	19	5	0	0	33	23.57
	Puente Piedra	0	5	5	4	0	0	14	10.00
	Rímac	0	9	24	2	0	0	35	25.00
	Túpac Amaru	0	13	27	2	0	0	42	30.00
Ttotal	0	36	75	13	1	9	6	140	100

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) – MINSA-2010.

Sin embargo, dentro de la Jurisdicción de la DISA V Lima Ciudad, se muestra inequidad en la distribución de sus establecimientos de salud. En el gráfico N° 09 se muestra que en la Red Lima, existen 7 hospitales para atender una población de 1'233,532 habitantes, mientras que podemos observar en el gráfico N° 09 que para los distritos de San Martín de Porres, Los Olivos y el Rímac, con una población de 1'055,697 habitantes, sólo se cuenta con el Hospital Nacional Cayetano Heredia, que por esta gran responsabilidad implicaría contar con una mayor capacidad resolutoria.



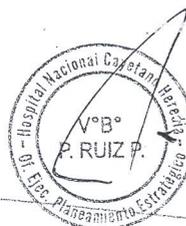
3.1.2 Análisis del Entorno Interno

3.1.2.1 Diseño Organizacional

El Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado según Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA de fecha 9 de Marzo del 2009, considera dentro de su estructura orgánica:

- Órgano de Dirección
- Órgano de Control
- Órganos de Asesoramiento
- Órganos de Apoyo
- Órganos de Línea

La estructura orgánica con todos sus componentes se visualiza en el siguiente organigrama estructural:



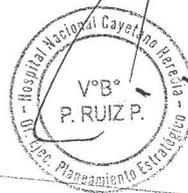
3.1.2.2 Cartera de Servicios y Producción

En el Cuadro N° 18 se muestra la cartera de servicios del Hospital que se compone de las siguientes líneas:

Cuadro N° 18
CARTERA DE SERVICIOS
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

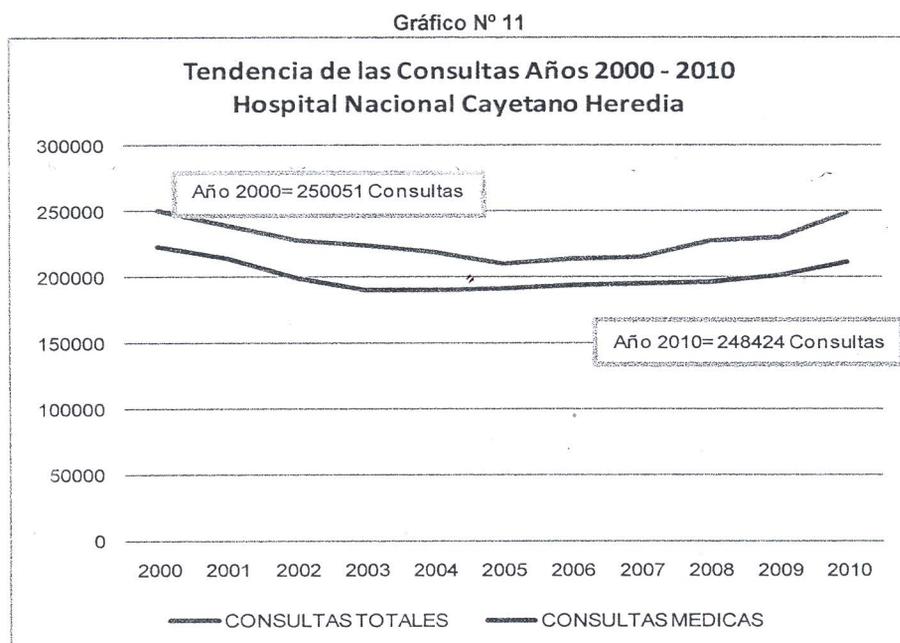
CARTERA DE SERVICIOS		CARTERA DE SERVICIOS	
MEDICINA GENERAL	PEIATRIA	ESTRATEGIAS SANITARIAS	DIAGNOSTICO POR IMAGENES
Endocrinología Gastroenterología Cardiología Neuro – Psiquiatría Neumología Nefrología Inmuno-Reumatología Hematología Especialidades Medicas Medicina Física y Rehabilitación	Neonatología Medicina Pediátrica Cirugía de peditria Gastroenterología Cardiología Nefrología Infectología Endocrinología Neurología	Prevenición y Control de Tuberculosis Salud Sexual y Reproductiva Prevenición y Control de Enfermedades Metabólicas Prevenición y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH – SIDA Prevenición y Control de Daños No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes, Obesidad y Osteoporosis) Salud Ocular y Prevenición de la Ceguera Inmunizaciones Salud Bucal Salud Mental y Cultura de Paz Alimentación y Nutrición Saludable Área de Atención Diferenciada del Adolescente Crecimiento y Desarrollo	Radiología Convencional y Procedimientos Especiales Ecografías Doppler a Color Tomografía Multicorte (TEM) Resonancia Magnética Nuclear Mamografía
CIRUGIA	ODONTOESTOMATOLOGIA	EMERGENCIA ADULTOS	
Cirugía general y Laparoscopia Traumatología y Ortopedia Neurocirugía Urología Otorrinolaringología Oftalmología Cirugía de Tórax y cardiovascular Cirugía Oncológica Cirugía Plástica	Atención de Pacientes Especiales (APE) Cirugía Máxilo Faciales Odontología General	Shock Trauma Tópico Medicina Tópico Cirugía Tópico Ginecología y Obstetricia Sala Observación Emergencia RX Ecografía de Emergencia Laboratorio – Toma de Muestras Procedimientos	Emergencia Médico Peditricas Emergencias Quirúrgicas en Niños Shock Trauma RX Emergencias Unidad de Cuidados Intensivos Trauma Shock
ONCOLOGIA MEDICA	PSICOLOGIA	EMERGENCIA PEDIATRICA	
Unidad Oncológica Quimioterapia	Unidad Funcional de Atención Psicológica del Niño y el Adolescente Unidad Funcional de Atención Psicológica del Adulto y Adulto Mayor Unidad Funcional Neuropsicológica	UCI GENERAL	UCI PEDIATRICA
PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	UCI Medicina UCI Quirúrgica (CQ) UCI Emergencia	
Patología Clínica Anatomía Patológica Banco de Sangre Laboratorio	Centro Quirúrgico Recuperación Atención Ambulatoria	UCI NEONATAL	
NUTRICION Y DIETETICA	GINECO - OBSTETRICIA	Cuidados Intermedios Neonatales	
Nutrición Nutrición Ambulatoria y Vigilancia Nutricional	Obstetricia Medicina Reproductiva Atención Integral del Adolescente		

El análisis de la producción de servicios comprende los procesos de: Atención ambulatoria, Hospitalización, Emergencia e Intervenciones Quirúrgicas, que se detallan a continuación:



Atención Ambulatoria

La evolución de la consulta externa se muestra en el Gráfico N°11, notándose que en el año 2000 se alcanzó la mayor producción en atención de consultas (250051), entre los años 2003 al 2007 se presentó una situación estacionaria a la baja en las atenciones, una de los motivos se encontró en los problemas de conflicto laboral y otro de los motivos fue el horario de atención que se brindaba sólo en las mañanas, así como el desorden por mayores ingresos de consulta hacia la atención por emergencia que en los años siguientes se fueron ordenando.



Fuente: Oficina de Estadística. Elaboración propia

Atenciones por Emergencia

Las atenciones por emergencia presentaron una tendencia creciente hasta el año 2003, con una razón de atención de emergencia /atención ambulatoria que superaba el 0.4, para los años siguientes se han ordenado las atenciones que realmente son de emergencia y/o urgencia a través de la implementación de una unidad de triaje, obteniéndose a la fecha una proporción de 3 atenciones de emergencia por consulta ambulatoria que se realiza. (Ver Gráfico N° 12).

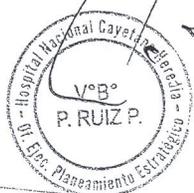
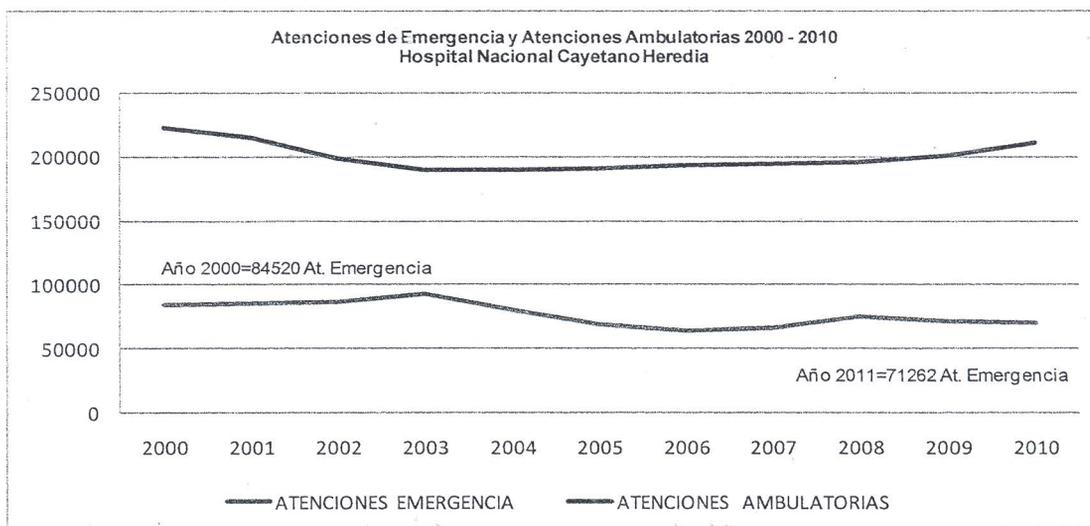


Gráfico N° 12

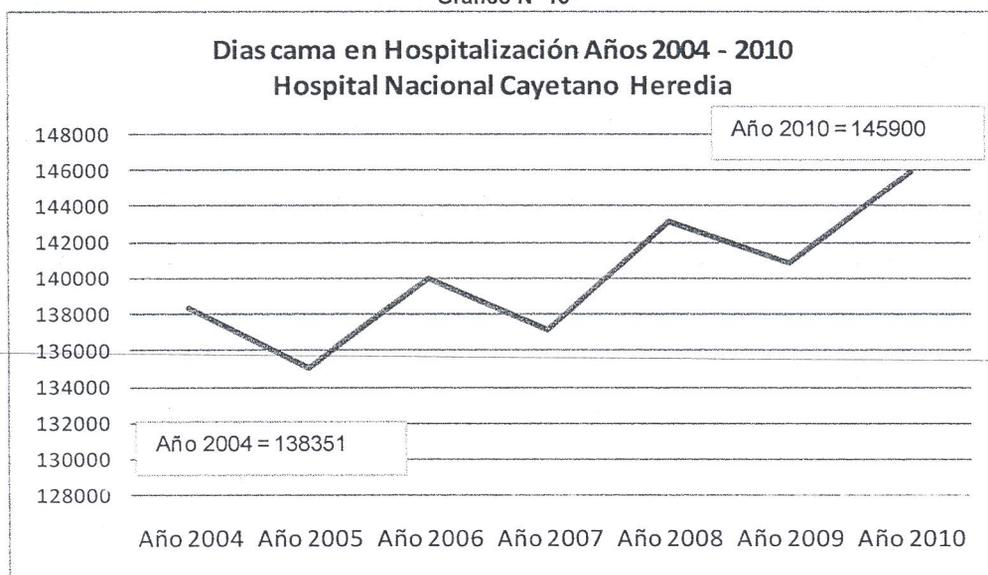


Fuente: Of. de Estadística e Informática.

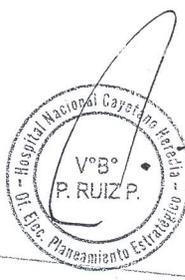
Hospitalización

En el gráfico N° 13 se aprecia el comportamiento de los días que ocuparon las camas hospitalarias de los años 2004 al 2010, notándose un incremento importante en la ocupación de camas al año 2010, las estancias prolongadas se explican en la situación económica de los pacientes con problemas crónicos o de patologías complejas que no permiten su alta inmediata, este problema a su vez afecta a la rápida respuesta para los pacientes que llegan de Emergencia.

Gráfico N° 13



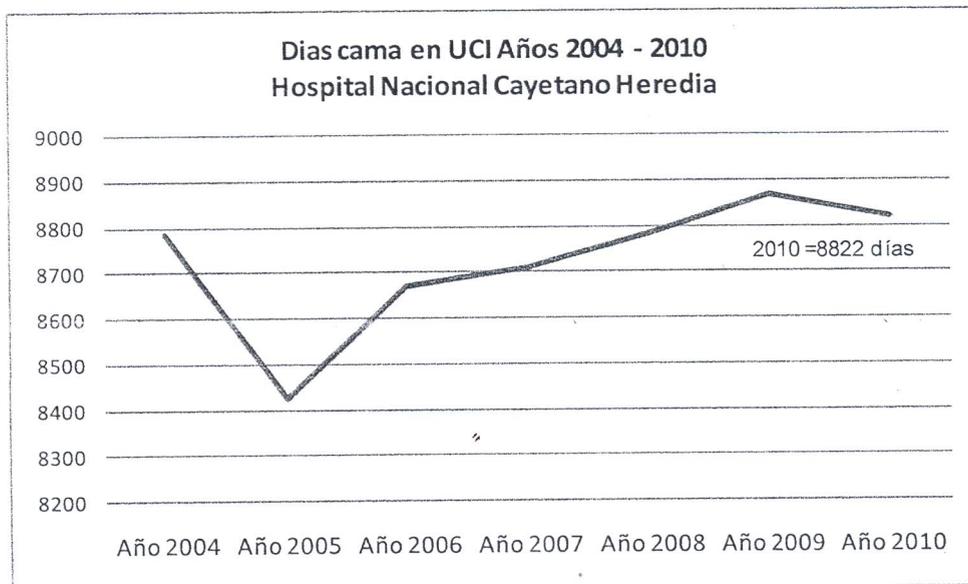
Fuente: Of. de Estadística e Informática.



Cuidados Intensivos

La ocupación de las camas (24) en UCI se muestra con el incremento de la ocupación en los días de uso de las camas asignadas y demuestra la alta demanda en el requerimiento de unidades críticas y su completo equipamiento.

Gráfico N° 14



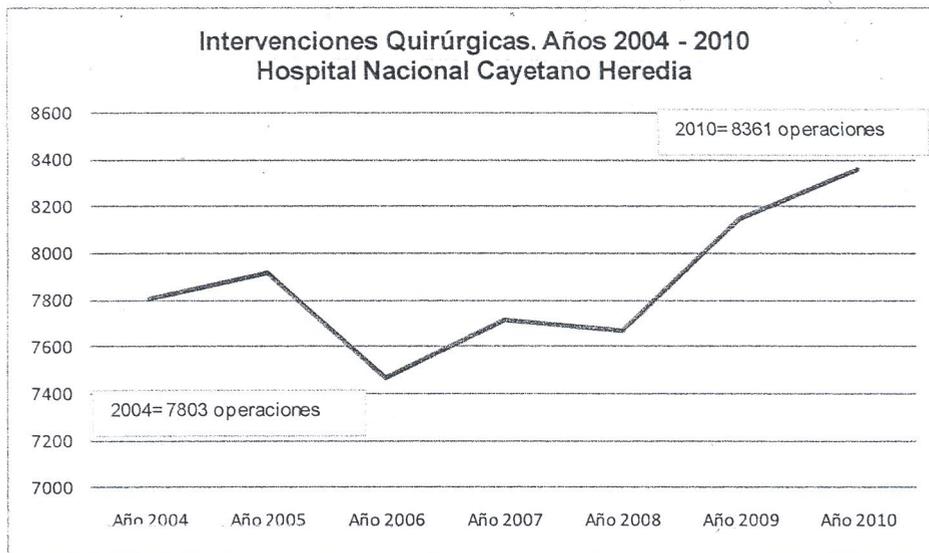
Fuente: Of. de Estadística e Informática.

Intervenciones Quirúrgicas

En el Gráfico N° 15 se aprecia la producción de sala de operaciones desde el año 2004, observándose niveles menores de producción en comparación al período 2009 – 2010, explicado por dos problemas presentados: Al año 2006 se presentó un foco infeccioso que obligó al cierre de centro quirúrgico central y sala de partos, en el año 2008 se realizaron remodelaciones a dos salas con demoras en su ejecución, siendo sólo 5 las salas operativas de las 7 disponibles.



Gráfico N° 15



Fuente: Of. de Estadística e Informática.

3.1.2.3 RECURSOS HUMANOS

El Hospital Nacional Cayetano Heredia al año 2011 presentó una fuerza laboral de 1919 personas, siendo 66% correspondiente al personal de planta o nombrado y 34% al personal bajo la modalidad Contrato Administrativo de Servicios (CAS).

Los profesionales de salud representan el 46% del total de la población laboral, en este grupo se consideran a los médicos, enfermeras, obstetricas, psicólogos, tecnólogos y biólogos. Los técnicos asistenciales son el 40%, los técnicos administrativos representan el 12% y los profesionales administrativos constituyen el 2% (Ver Cuadro N° 19).

Es importante mencionar que la incorporación de C.A.S. se ha orientado al área asistencial, ante la carencia de plazas para nombramiento.



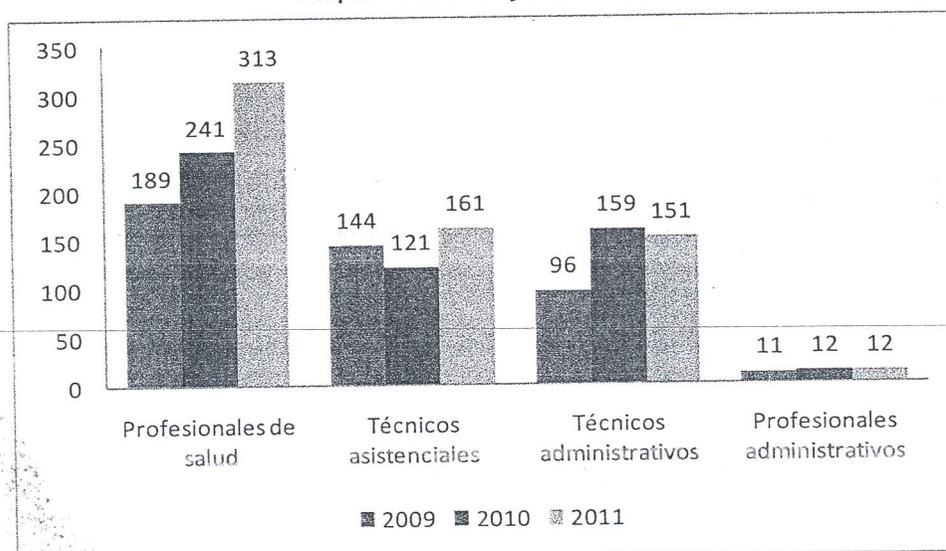
Cuadro N° 19
Distribución del Recurso Humano por Grupos Ocupacionales, Año 2011
Hospital Nacional Cayetano Heredia

GRUPO OCUPACIONAL	NOMBRADO	CAS	TOTAL
MEDICOS	190	133	323
ENFERMERAS	212	121	333
OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	144	59	203
DIRECTIVOS	13	0	13
PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	25	12	37
TECNICOS ADMINISTRATIVOS	83	151	234
TÉCNICOS ASISTENCIALES	577	161	738
TOTAL	1244	637	1881

Fuente: U. Presupuesto/Of. Adm. Personal/U. Organización - OEPE.

El crecimiento del personal CAS se observó principalmente en los grupos ocupacionales de profesionales de salud, técnicos asistenciales y profesionales administrativos. En el Gráfico N° 16 observamos el comportamiento que ha presentado la contratación del personal CAS, notándose que en el grupo de profesionales de salud se registró un crecimiento de 35% con relación a los CAS del 2010, de la misma manera los técnicos asistenciales contratados como CAS presentaron un incremento de 38% con relación al 2010.

Gráfico N° 16
Comportamiento del Recurso Humano C.A.S., AÑOS 2009 – 2011
Hospital Nacional Cayetano Heredia

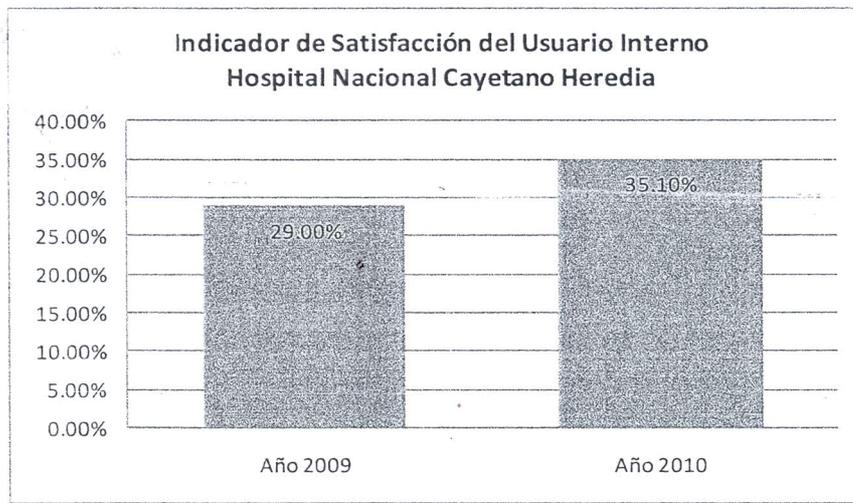


Fuente: U. Presupuesto/Of. Adm. Personal.



En cuanto al aspecto de satisfacción del recurso humano, se han obtenido dos resultados de medición desde el año 2009 realizados por la Oficina de Calidad: Al año 2009, el 29% de trabajadores se encontraban satisfechos, mientras que al año 2010, la percepción de satisfacción fue de 35%. Si bien se observa un incremento aún sigue siendo bajo el nivel de satisfacción del usuario interno, siendo el principal motivo de insatisfacción los escasos mecanismos de motivación y reconocimiento al buen desempeño que existen en la Institución.

Gráfico N° 17



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad -HNCH

Con relación al proceso de Docencia e Investigación, la oferta de campos clínicos aún es baja frente a las posibilidades que podría ofrecer el hospital (actualmente se cuenta con 130 plazas presupuestadas para residentes médicos). En el caso del proceso de investigación, se ha obtenido avances, principalmente por las tesis de los alumnos, aún es bajo el apoyo interno para el investigador original.

Gráfico N° 18

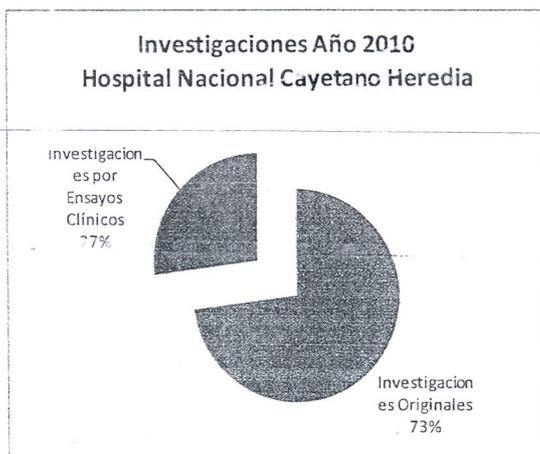
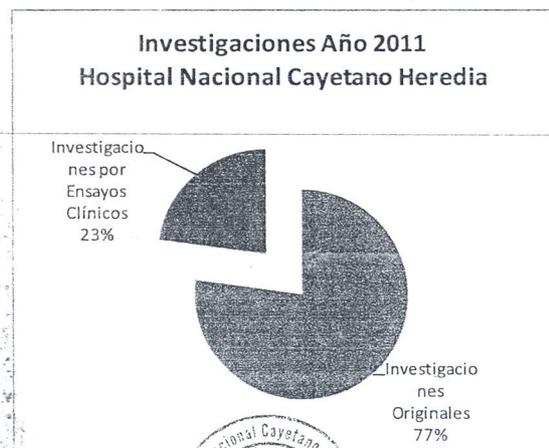


Gráfico N° 19



3.1.2.4 Recursos Financieros.

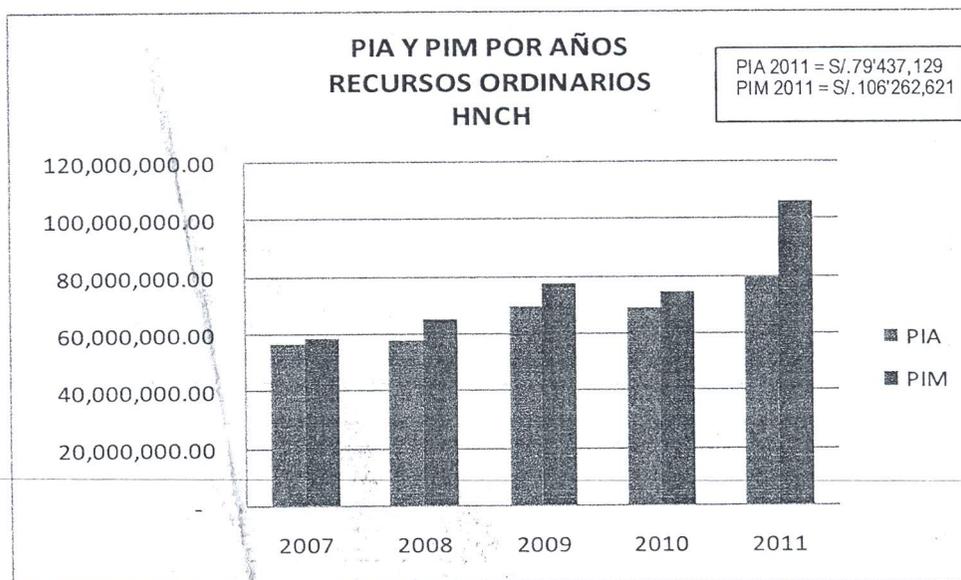
El H.N.C.H. cuenta con 03 Fuentes de Financiamiento (F.F.):

- Recursos Ordinarios (R.O.).
- Recursos Directamente Recaudados (R.D.R).
- Transferencias y Donaciones (D.yT.).

Recursos Ordinarios (RO).

En el Gráfico N°20, observamos el comportamiento de la fuente de financiamiento R.O. desde el año 2007 al 2011, notando un crecimiento progresivo tanto en el presupuesto que se asigna al inicio del año (PIA)⁶, como en el presupuesto final (PIM)⁷. Como puede notarse el PIM presentó incrementos importantes en el año 2011, principalmente por la incorporación de 18'610,806.00 millones de nuevos soles para la adquisición de equipos por reposición como política del MINSA para el mejoramiento de la capacidad en los hospitales y S/. 5'210,000.00 en Bienes y Servicios para gastos corrientes. El crecimiento del PIM 2011 es del 34% con relación al PIA asignado inicialmente.

Gráfico N° 20



Fuente: Reportes SIAI-MIPP. Año 2011/Udad. Ppto-OF. EJ. Planeamiento Estratégico
Elaboración propia

⁶ PIA, Presupuesto Institucional de Apertura

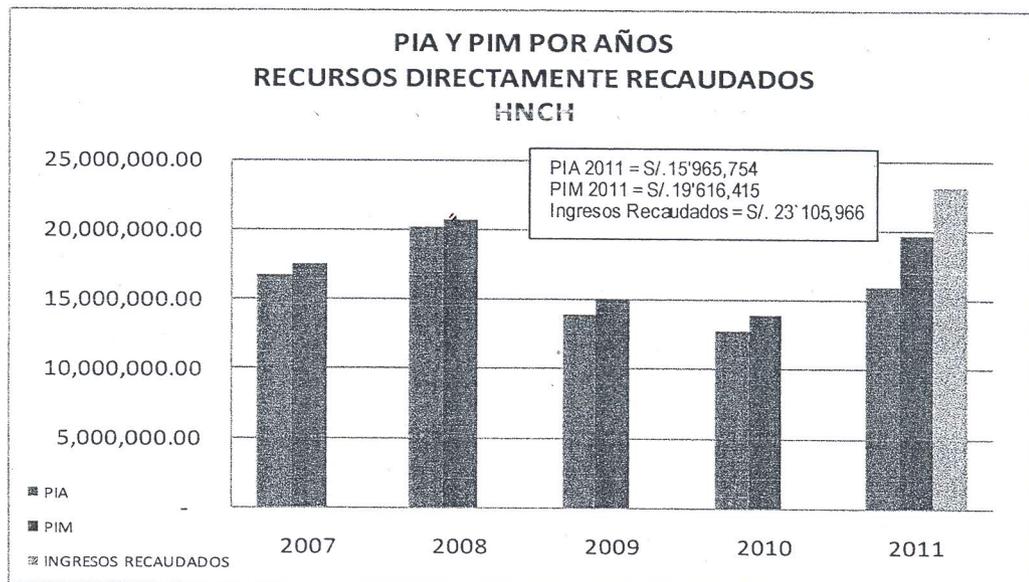
⁷ PIM, Presupuesto Institucional Modificado



Recursos Directamente Recaudados (RDR).

Durante los años 2007 al 2011 se observa una tendencia variable entre el PIA y el PIM de RDR, para los años 2007 y 2008 la gestión había estimado mayores ingresos con la implementación de mejoras en la infraestructura que se empiezan a concretar a partir del año 2010 a través del SNIP⁸. En el año 2011, el crecimiento del PIM es de 23% con relación al PIA asignado inicialmente, sin embargo la recaudación de ingresos por RDR alcanzó los S/.23'105,965.90, es importante mencionar que dentro de la recaudación se considera el saldo de balance por ingresos generados el año 2010. (Ver Gráfico N° 21).

Gráfico N° 21



Fuente: Reportes SIAF-MPP. Año 2011/Udad. Ppto-OF. EJ. Planeamiento Estratégico
Elaboración propia

Ingresos Recaudados 2009 – 2011

Año 2009	Año 2010	Año 2011
13'430,794.00	17'629,960.04	23'105,965.90

Fuente: Reportes SIAF-MPP. Año 2011/Udad. Ppto-OF. EJ. Planeamiento Estratégico

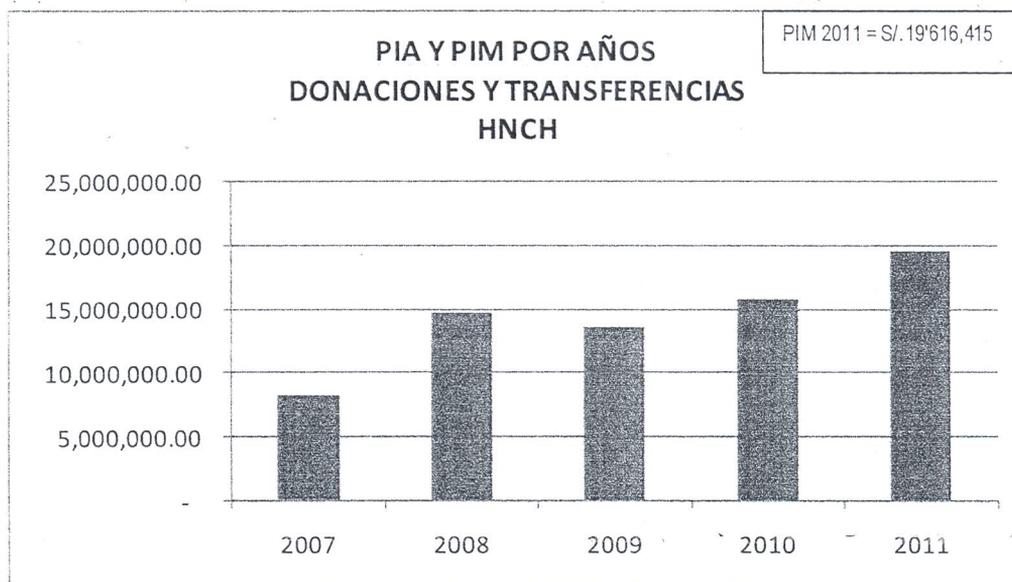
Donaciones y Transferencias

En esta fuente, se contempla principalmente las transferencias por las remesas del Seguro Integral de Salud (S.I.S). Se observa que a partir del año 2008 hay mejoría en los reembolsos, gracias a las mejoras en las coordinaciones con el SIS Central, para disminuir los rechazos por prestaciones observadas. Al año 2011 se transfirió al hospital S/. 19'616,415.00. (Ver Gráfico N° 22).

⁸ SNIP, Sistema Nacional de Inversión Pública



Gráfico N° 22



Fuente: Reportes SIAF-MPP. Año 2011/Udad. Ppto-OF. EJ. Planeamiento Estratégico
Elaboración propia

3.1.2.5 Condiciones de Infraestructura.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia, tiene 43 años de funcionamiento y está ubicado en un área superficial de terreno de 51,769 m².y un área construida de 34,222 m²., su estructura posee edificios que alcanzan hasta los tres pisos de altura y sótanos.

El hospital desde su creación se diseñó para ser un centro de salud de apoyo docente, que fue creciendo en forma desordenada por la presión de la demanda. Los servicios y actividades funcionan en diferentes ambientes, con áreas sub-dimensionadas, subdivididas y compartidas. La Organización Panamericana de la Salud-OPS y el Ministerio de Salud-MINSA, a través de la Oficina de Defensa Nacional, realizaron el Análisis de Vulnerabilidad Sísmica en Hospitales del Perú, encargando el estudio de Vulnerabilidad Estructural, al Centro Peruano Japonés de Investigaciones Sísmicas y Mitigación de Desastres-CISMID de la Universidad Nacional de Ingeniería-UNI, concluyendo que se cuenta con un componente arquitectónico insuficiente, alta vulnerabilidad estructural, nivel de daño de moderado a pérdida, riesgo para la vida, riesgo de pérdida del bien y riesgo de pérdida funcional. Ante este panorama se ha lanzado el proceso de Formulación del Plan Maestro de Inversiones 2012, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 386-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 161-MINSA/OCPP V.01, Directiva Administrativa para la elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos.



El siguiente cuadro nos muestra la capacidad instalada en camas y consultorios, observando incremento en las camas asignadas a sala de observación en Emergencia entre el 2008 y el 2009 para la atención a pacientes afectados por la Influenza Pandémica – Virus A (H1N1) y que luego se consideraron necesarias mantener.

Cuadro N° 20
 Consultorios y Camas por Años
 Hospital Nacional Cayetano Heredia

RUBROS	2007	2008	2009	2010
N° DE CAMAS DE HOSPITALIZACION	413	381	381	345
N° DE CAMAS DE EMERGENCIA	43	39	60	60
N° DE CONSULTORIOS FISICOS	84	101	101	99
N° DE CONSULTORIOS FUNCIONALES	141	147	147	145

Fuente: Oficina de Estadística
 Elaboración Propia

Con relación a los recursos disponibles en las áreas quirúrgicas, notamos en el Cuadro N° 21, la siguiente distribución:

Cuadro N° 21
 Salas de Operación Disponibles
 Hospital Nacional Cayetano Heredia

Salas Quirúrgicas	N°
Salas Cirugía Central	5
Sala de Traumatología	1
Sala de Emergencia	1

Fuente: Oficina de Estadística
 Elaboración Propia

Cabe señalar, que existe espacio físico para abrir 10 salas de operaciones, siendo el requerimiento de implementación con profesionales anestesiólogos, enfermeras y técnicos de enfermería, así como de equipamiento e instrumental.

Desde el año 2008, se han venido elaborando Proyectos de Inversión, cuya ejecución se inició en el año 2011. Los proyectos para los años 2011 y 2012 se muestran en el punto 4.7.



3.1.2.6 Recursos Tecnológicos.

Con Resolución Secretarial N° 005-2011/MINSA(04.03.2011) y Resolución Secretarial N° 035-2011/MINSA(22.09.2011) se autoriza al Hospital Nacional Cayetano Heredia modificaciones presupuestarias para la adquisición de equipos por reposición de S/.10'000,000.00 y S/.8'307,450.00 respectivamente, siendo el monto total de S/. 18'307,450.00. Los equipos adquiridos se muestran en los siguientes cuadros.

Cuadro N° 22
EQUIPAMIENTO POR REPOSICION - AÑO 2011
AREA: EMERGENCIA, CUIDADOS CRITICOS y SALA DE OPERACIONES

AREA	EQUIPO	CANTIDAD
EMERGENCIA	VENTILADOR VOLUMETRICO NEONATAL	2
EMERGENCIA	VENTILADOR MECANICO ADULTO PEDIATRICO	4
EMERGENCIA	ECOGRAFO PORTATIL DOPPLER	1
EMERGENCIA	VENTILADOR VOLUMETRICO ADULTO	2
EMERGENCIA	ASPIRADOR DE SECRECIONES SOBRE MESA	8
EMERGENCIA	VENTILADOR PORTATIL DE EMERGENCIA	2
EMERGENCIA	CAMILLA MULTIPROPOSITO	2
EMERGENCIA	OXIMETRO DE PULSO	7
EMERGENCIA	INCUBADORA NEONATAL	3
UCI NEONATOLOGIA	MONITOR DE SIGNOS VITALES	3
UCI NEONATOLOGIA	ECOGRAFO PORTATIL NEONATAL	1
UCI NEONATOLOGIA	INCUBADORA NEONATAL INTEGRADA	3
UCI NEONATOLOGIA	EQUIPO DE FOTOTERAPIA	2
UCI NEONATOLOGIA	VENTILADOR NEONATAL AVANZADO	4
UCI NEONATOLOGIA	INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL	1
UCI PEDIATRIA	MONITOR DE SIGNOS VITALES	3
UCI PEDIATRIA	VENTILADOR ADULTO PEDIATRICO NEONATAL	1
UCI PEDIATRIA	ECOGRAFO PORTATIL ADULTO PEDIATRICO	1
UCI PEDIATRIA	BRONCOFIBROSCOPIO PEDIATRICO	1
SALA DE OPERACIONES	MESA DE OPERACIONES	2
SALA DE OPERACIONES	ASPIRADOR DE SECRECIONES	6
SALA DE OPERACIONES	LAMPARA CIALITICA	1
SALA DE OPERACIONES	LAMPARA CIALITICA DE TECHO	1
SALA DE OPERACIONES	LAMPARA CIALITICA RODABLE	1
SALA DE OPERACIONES	MAQUINA DE ANESTESIA	1
SALA DE OPERACIONES	ELECTROBISTURI	1
SALA DE OPERACIONES	TORRE LAPAROSCOPICA	1
SALA DE OPERACIONES	MONITOR MULTIPARAMETRO	11
SALA DE OPERACIONES	MONITOR FETAL	1

Fuente: Of. Ej. de Administración. Año 2011



Cuadro N° 23
EQUIPAMIENTO POR REPOSICION - AÑO 2011
AREA: MEDICO-QUIRURGICA, DIAGNOSTICA Y OTRAS

AREA	EQUIPO	CANTIDAD
AREAS COMUNES	ASCENSORES	2
CENTRAL DE ESTERILIZACION	ESTERILIZADOR	2
CENTRAL DE ESTERILIZACION	ESTERILIZADOR A VAPOR	1
CIRUGIA - OFTALMOLOGIA	MICROSCOPIO QUIRURGICO PARA MICROCIROGIA	1
CIRUGIA - OFTALMOLOGIA	EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO	2
CIRUGIA - OTORRINO	AUDIOMETRO DE DOS CANALES	1
CIRUGIA - OTORRINO	OTOSCOPIO	1
CIRUGIA - TRAUMATOLOGIA	ARCO EN C	1
CIRUGIA - TRAUMATOLOGIA	SIERRA ELECTRICA	2
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	DIGITALIZADOR DE IMÁGENES	1
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	EQUIPOS DE RAYOS ESTACIONARIO	1
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	EQUIPOS DE RAYOS PARA RADIOGRAFIA	1
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	EQUIPOS DE RAYOS X RODABLE	2
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	ECOGRAFO DOPPLER	1
ESTADISTICA	LICENCIA ANTIVIRUS	400
GINECO-OBSTETRICIA	COLPOSCOPIO	1
MEDICINA - CARDIOLOGIA	SISTEMA DE PRUEBA DE ESFUERZO	1
MEDICINA - GASTROENTEROLOGIA	DUODENOSCOPIO	1
MEDICINA - GASTROENTEROLOGIA	VIDEOCOLONOSCOPIO	1
MEDICINA - GASTROENTEROLOGIA	VIDEO PROCESADOR DE FUENTE DE LUZ	1
MEDICINA - GASTROENTEROLOGIA	GASTROSCOPIO	1
MEDICINA - GASTROENTEROLOGIA	AMBULANCIA URBANA C/EQUIPAMIENTO TIPO III	1

Fuente: Of. Ej. de Administración. Año 2011

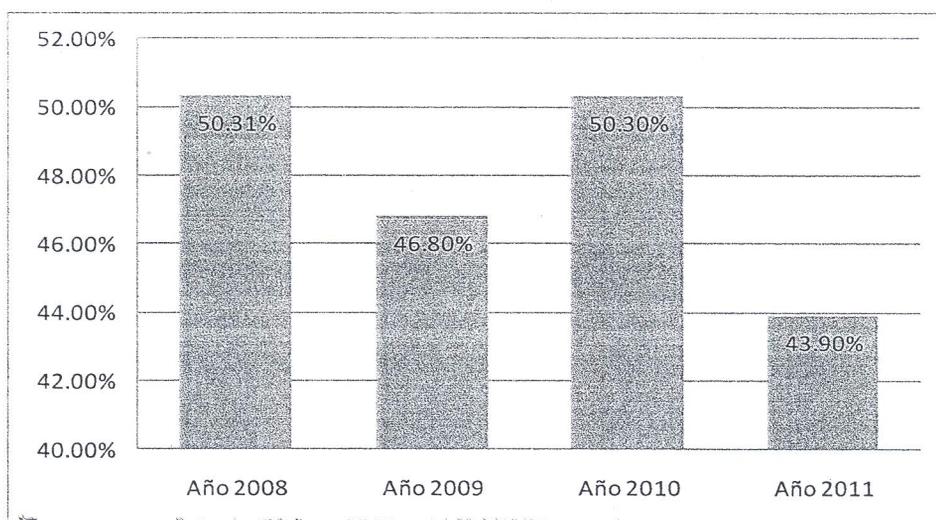
Adicionalmente, se adquirió un conjunto de equipos menores y mobiliario para diversas áreas como parte del mejoramiento en la atención.

3.1.2.7 Gestión de la Calidad.

La calidad de la atención ha disminuido en los últimos años, los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario muestran entre el período 2008 y 2011 que la percepción del usuario que acudió a la Consulta Externa, fue menor al 50%.



Gráfico N° 23
Satisfacción del Usuario Externo, Años 2008 - 2011



Fuente: Oficina de Calidad. Año 2011 al 3er. Trimestre

Entre las causas que indica el usuario como insatisfacción se mencionaron⁹: Débil orientación del personal de informes, tiempo prolongado de citas, demoras en la atención de farmacia, bajo interés en solucionar dificultades que se hayan presentado durante la atención, específicamente el trato del personal de enfermería, demoras en la atención en caja y/ módulo SIS.

El sistema de citas no permite mayor disponibilidad para conseguir cupos, obteniéndose un promedio de 1 mes como tiempo de espera entre cita y cita. Por otro lado, en consultorios el tiempo de espera es de 78 minutos (Año 2010), detectándose que no existe buena optimización de los consultorios, principalmente en el turno tarde.

Otro aspecto con avance limitado en los últimos años ha sido la implementación de guías de práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales, debido a desconocimiento y baja asistencia técnica en este proceso, así como baja disposición en algunos servicios.

3.2 IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA

El Comité para la Formulación del PEI 2012 – 2016 realizó la identificación de problemas, sobre la base del diagnóstico general realizado, los resultados mostrados por el ASIS Hospitalario Año 2011, así como los resultados del proceso de Evaluación de los Planes Operativos, sectorizándolo en dos componentes: Demanda y Oferta, así como la relación con las prioridades de salud públicas.

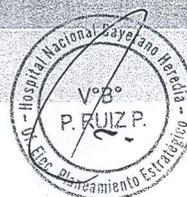


⁹Extraído de Exposición de Evaluación POA – 1er. Semestre 2011, Of. Calidad



Nº	PROBLEMAS DEL ENTORNO EXTERNO
1	Alta morbilidad materno-neonatal, la tasa de muertes maternas intrahospitalarias al 3er. trimestre del año 2011 fue de 8.9%, mientras que al año 2010 fue de 4.2%.
2	Persistencia de morbi-mortalidad en enfermedades agudas respiratorias y diarreicas, que agudizan el problema de desnutrición crónica en menores de 5 años.
3	Incremento de enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas.
4	Continua presencia de enfermedades transmisibles como TBC, VIH-SIDA.
5	Incremento de la incidencia de cáncer, que afecta a la población de ambos sexos de edad adulta y a la población adulto mayor.
6	Limitaciones en la accesibilidad al servicio del HNCH por causas económicas.
7	Alta mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.
8	Baja percepción del usuario sobre el servicio de salud que ofrece el HNCH.
9	Alta demanda por casos que requieren hospitalización en pacientes jóvenes (15 -39 años) del sexo femenino y de niños menores a 4 años.
10	Alta demanda de atención de enfermedades agudas que corresponden a niveles de atención de menor complejidad.
11	Retraso de pagos en los reembolsos por el aseguramiento público.
12	Débil sistema de referencias y contrareferencias.
13	Alto riesgo por amenazas de daños a la salud por factores externos.

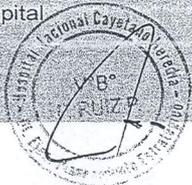
Nº	PROBLEMAS DEL ENTORNO INTERNO
1	Alta vulnerabilidad estructural y no estructural.
2	Crecimiento arquitectónico desordenado y con baja optimización de las áreas
3	Gestión clínica con uso escaso de tecnologías de información
4	Alta ocupación de los servicios de hospitalización y emergencia
5	Baja capacidad resolutive para la atención de más de 2 millones de habitantes en la zona de influencia de Lima Norte
6	Sólo el 43% de los recursos humanos son profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos, entre otros) para la alta demanda de atención
7	Los procesos y procedimientos se ejecutan sin criterios técnicos ni identificación de los aspectos críticos orientados al usuario.
8	Escasas políticas para el desarrollo del recurso humano
9	Baja implementación de los programas de capacitación
10	Usuario interno altamente insatisfecho con su ambiente laboral (Sólo 35% de los usuarios mostraban una percepción de satisfacción, Año 2010)
11	Bajos niveles de investigación original, considerando que en el HNCH, la docencia e investigación son parte del compromiso del hospital hacia la comunidad
12	Sistema de compras burocrático que no facilita el apoyo al área asistencial
13	Desarticulación entre necesidades requeridas y asignación de recursos en el Presupuesto por Resultados.
14	Débil gestión en la provisión de medicamentos.



Como se puede apreciar de la identificación de la problemática se obtuvieron 27 problemas, que debían ser evaluados y agrupados, con un enfoque estratégico, realizándose un proceso de priorización por los miembros del Comité de Formulacióndel PEI, aplicando la Matriz de Hanlony la técnica de afinidad de ideas, el resultado obtenido, se muestra a continuación:

Cuadro N° 24
Problemas Priorizados – Hospital Nacional Cayetano Heredia

N°	PROBLEMAS PRIORIZADOS	DESCRIPTORES
1	Alta morbi-mortalidad materno y neonatal con prioridad en la población más vulnerable que acude al hospital.	De acuerdo al perfil de morbilidad en hospitalización (Ver Cuadros N° 8,9), se aprecia las relacionadas a complicaciones de la gestante y el neonato grupo que generalmente procede del sector económico menos favorecido, por otro lado presenta barreras culturales en asistir a las instituciones de salud para los controles médicos respectivos
2	Desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	La baja calidad de la alimentación, baja prevención en los controles de vacunación, así como la poca práctica en los hábitos de limpieza forma parte de las principales causas de enfermedades respiratorias y diarreicas. (Ver Cuadro N°9).
3	Incremento de las enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas.	La transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas se viene observando en los últimos años, principalmente en el grupo etáreo adulto mayor, notándose presencia importante de enfermedades como: Hipertensión arterial, diabetes, cataratas (Ver Cuadros N° 7, 10).
4	Presencia constante de las enfermedades transmisibles, con énfasis en la población más vulnerable.	La TBC y el VIH/SIDA presentan una tendencia constante que no se detiene y sigue siendo importantes causas de mortalidad (Ver Cuadro N° 10)
5	Alto riesgo por amenazas de daños a la salud por factores externos	Riesgos constantes por movimientos telúricos, inundaciones o desastres naturales no controlables que podrían ocasionar daños en las personas.
6	Insatisfacción del usuario externo.	Los últimos 5 años se muestran bajos niveles de satisfacción del usuario (Graf. N°21), siendo las causas principales la demora en los tiempos de atención, la baja orientación, comunicación al paciente, el mal trato y desinterés del personal.
7	Baja capacidad resolutive y de gestión en los servicios de salud, con relación a la categoría de un establecimiento de salud de nivel III.	Los procesos de atención son deficientes, burocráticos y desalineados pensados en la oferta y no en el usuario, sin implementación de procedimientos clínicos estandarizados (guías) La infraestructura ha tenido un crecimiento desordenado y es altamente vulnerable, no facilitando los flujos en la atención. El desarrollo tecnológico ha sido menor al nivel de complejidad que tiene el hospital. Ver Cuadros 20 y 21. Débil sistema de información que no permite toma de decisiones oportuna. Débil gestión farmacéutica y del aseguramiento.
8	Limitado desarrollo del recurso humano en todas sus dimensiones.	En el aspecto de recursos humanos, el deterioro del clima organizacional y la débil cultura institucional han generado un alto nivel de insatisfacción en los trabajadores (Graf. N° 16,17,18), principalmente en el reconocimiento a la labor que realizan. En el aspecto de la docencia e investigación, aún es limitada la oferta de campos clínicos con mejores condiciones y en el aspecto de investigación, es bajo el apoyo al investigador original en cuanto a condiciones y financiamiento.
9	Limitada gestión económico-financiera en el hospital	Bajo nivel de participación y relación entre el área asistencial y el área administrativa tendiente a la gestión por resultados. Bajos niveles de conocimiento en gestión administrativa hospitalaria. Baja asignación económica hacia áreas críticas.



3.3 TENDENCIAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

Con base a los problemas identificados, se han definido las prioridades del Hospital Nacional Cayetano Heredia para el período 2012 – 2016. Estas prioridades serán las líneas de base para el desarrollo de los objetivos estratégicos.

	PRIORIDADES INSTITUCIONALES	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES
1	Control, tratamiento y recuperación de las enfermedades prevalentes para la disminución de la morbi-mortalidad materno neonatal.	Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.
2	Control, tratamiento y recuperación de las enfermedades agudas en la población infantil menor de 5 años.	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.
3	Control, tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas.	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.
4	Control, tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles.	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.
5	Desarrollar las capacidades y la respuesta rápida ante eventos adversos ambientales.	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.
6	Mejoramiento continuo de todos los procesos de atención.	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.
7	Desarrollo de inversiones en tecnología e infraestructura conducentes a fortalecer el nivel de alta complejidad del hospital.	Fortalecer la capacidad resolutive hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.
8	Desarrollo de la capacidad de gestión de los servicios de salud.	
9	Impulso de la gestión por competencias, la docencia e investigación científica.	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.
10	Desarrollo con efectividad de los procesos administrativos y financieros	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.



3.4 ANALISIS ESTRATEGICO

El análisis estratégico se desarrolló utilizando el análisis FODA y el diagnóstico de la oferta y la demanda, identificando el ambiente interno y el ambiente externo y matricialmente cruzando las diversas fuerzas que inciden en forma positiva y negativa hacia el cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos planteados.

Análisis FODA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Ambiente Interno	F1 Hospital de referencia nacional. F2 Hospital docente. F3 Reconocimiento y prestigio F4 Hospital con premio en Gestión de la Calidad. F5 RRHH altamente especializado. F6 Se cuenta con unidades críticas y especialidades médicas de alta especialización. F7 Se cuenta con servicios diagnósticos especializados. F8 Ubicación estratégica de fácil acceso.	D1 Limitado desarrollo del recurso humano (limitadas políticas, bajos niveles de competencia-"actitudes", limitado programa de capacitación) D2 Débil cultura organizacional y clima laboral desfavorable D3 Sistema de información deficiente, no integrado y que no permite la toma de decisiones oportuna D4 Bajo nivel de desarrollo de la investigación. D5 Infraestructura altamente vulnerable y con deficiente diseño arquitectónico. D6 Bajo desarrollo del Presupuesto por Resultados. D7 Tecnología obsoleta. D8 Procesos deficientes en el área administrativa y asistencial.
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Ambiente Externo	O1 Crecimiento económico de LIMA NORTE que permite a un sector de la población contar con mayores recursos para financiar gastos en salud. O2 Política de gobierno: Presupuesto por Resultados, SIS e Inclusión social que fortalecerá el financiamiento de los pobres y pobres extremos. O3 Asociaciones Público Privadas, como alternativas de financiamiento para inversiones públicas. O4 Presupuesto de Inversiones asignado al Sector Salud. O5 Alianza estratégica con la UPCH dentro del convenio –marco vigente. O6 Alianza estratégica entre instituciones públicas (municipio), privadas (educativas) y el hospital. O7 Fidelización del paciente con el Hospital Nacional Cayetano Heredia. O8 Buena disposición de los medios de comunicación de Lima Norte para coordinar la difusión de información en salud. O9 Mayor asignación de financiamiento anualmente	A1 Demoras en la implementación del proceso de regionalización de los establecimientos de salud en la región Lima. A2 Presencia de desastres naturales (Perú - país sísmico) A3 Retraso en los reembolsos de pacientes por SIS. A4 Limitada continuidad en la política de estado en temas de salud. A5 Instituciones que ofrecen mejores oportunidades laborales a nuestros profesionales y técnicos. A6 Bajo incremento de plazas asistenciales por parte del MINSA. A7 Crisis económica mundial. A8 Transición epidemiológica (incremento de pacientes de tercera edad y crónicos) A9 Planificación inadecuada para un desarrollo del primer nivel de atención y sus redes de referencia y contrareferencia. A10 Insatisfacción del Usuario Externo. A11 Alta morbilidad materno-neonatal. A12 Desnutrición crónica y desarrollo de enfermedades agudas. A13 Presencia constante de enfermedades transmisibles (TBC-VIH/SIDA).

Este análisis, nos servirá más adelante para el planteamiento de las estrategias enlazadas a cada objetivo del PEI.



IV. IMPLEMENTACION ESTRATEGICA

4.1 LINEAMIENTOS DE POLITICA INSTITUCIONAL

El Plan Bicentenario al 2021, contiene los objetivos en materia de salud a nivel nacional:

Objetivo N° 02: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios

Eje Estratégico N° 02: Oportunidades y acceso a los servicios de salud

LINEAMIENTOS DE POLITICA DEL SECTOR SALUD AL 2016

Objetivos del Milenio	Objetivos Estratégicos MINSAL al 2016	Objetivos Estratégicos DISA al 2016 ¹⁰	Ejes Estratégicos MINSAL
Mejorar la salud materna Reducir la mortalidad en la infancia. Erradicar la pobreza externa y el hambre	Reducir la mortalidad materna y neonatal en la población más vulnerable.	Reducir la morbimortalidad materna y neonatal en Lima Metropolitana.	Prevención y control de problemas sanitarios. Atención integral de la salud con calidad priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.
	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.	Reducir la morbilidad y mortalidad por causas nutricionales y otras enfermedades prevalentes que afectan la salud infantil en Lima Metropolitana.	
Combatir el VIH / SIDA, la malaria y otras enfermedades. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles en Lima Metropolitana.	
	Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Revertir la tendencia incremental de las enfermedades no transmisibles y crónico-degenerativas según población afectada en Lima Metropolitana.	
	Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	Mejorar la respuesta ante riesgos y daños a la salud por factores externos y de origen antrópico en Lima Metropolitana.	
Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de Salud	Incrementar la capacidad de intervención con acciones de promoción de la salud.	
		Gestionar el acceso a medicamentos según necesidades de salud de la población en Lima Metropolitana.	
		Gestionar infraestructura de salud que contribuya a ordenar y mejorar la capacidad de oferta de servicios de salud.	
		Fortalecer la implementación del aseguramiento universal en salud en Lima Metropolitana	
		Fortalecer la rectoría del Sistema de Salud de Lima Metropolitana	
		Armonizar la gestión y desarrollo de recursos humanos de salud del ámbito de Lima Metropolitana.	
		Mejorar la capacidad para la gestión de los servicios, que respondan a las necesidades sanitarias de Lima Metropolitana.	Rectoría en salud.

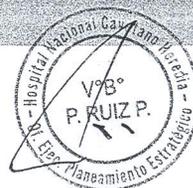
¹⁰ Extraído del Plan Estratégico 2012 – 2016 - DISA V. aprobado con R.D N° 1554/2011-DG- OEPE-DISA VLC(29.12.2011)



4.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Se plantearon ocho (8) Objetivos Estratégicos Generales del HNCH, con sus correspondientes Objetivos Específicos para el período 2012 – 2016 y se describen a continuación:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES HNCH		OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS HNCH	
OEG1	Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	OEE1.1	Reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal por causas intrahospitalarias.
OEG2	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	OEE2.1	Brindar las atenciones de protección y tratamiento de las enfermedades agudas en niños menores de 5 años
OEG3	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	OEE3.1	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas.
OEG4	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	OEE4.1	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades transmisibles.
OEG5	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	OEE5.1	Promover las intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria ante situaciones de riesgos.
OEG6	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	OEE6.1	Mejorar el trato y las condiciones de atención al paciente, considerando los atributos de calidad, calidez e información.
OEG7	Fortalecer la capacidad resolutoria hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	OEE7.1	Incorporar las características estructurales, tecnológicas y de respeto al medio ambiente, acorde a un hospital de alta complejidad.
		OEE7.2	Lograr el desarrollo de una gestión de procesos de salud orientada al usuario, integrando el concepto de aseguramiento universal.
		OEE7.3	Implementar el desarrollo de tecnología de información hospitalaria, confiable, oportuna y segura.
		OEE7.4	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.
OEG8	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	OEE8.1	Mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo individual y organizacional, dentro de un ambiente laboral favorable.
		OEE8.2	Impulsar el desarrollo del campo docente y la investigación científica en todos los niveles.
OEG9	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	OEE9.1	Lograr la administración adecuada y eficiente de los recursos financieros.

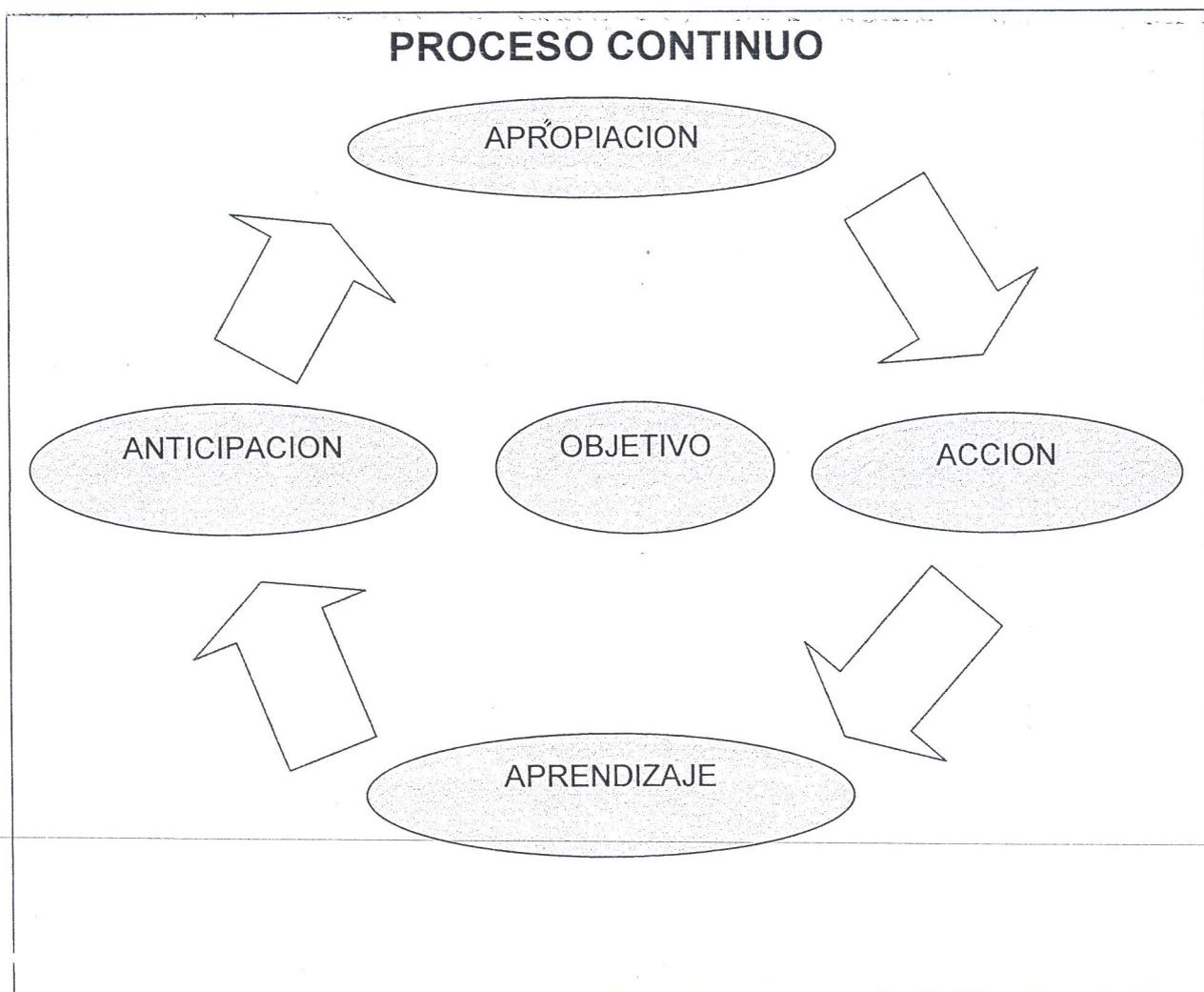


ARTICULACION DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES, JURISDICCIONALES Y DEL HNCH 2012 - 2016

OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES MINSAL	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES DISA / LIMA CIUDAD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES HNCH	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS HNCH
Reducir la mortalidad materna y neonatal en la población más vulnerable.	Reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en Lima Metropolitana.	OEG1. Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	OEE1.1 Reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal por causas intrahospitalarias.
Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.	Reducir la morbilidad y mortalidad por causas nutricionales y otras enfermedades prevalentes que afectan la salud infantil en Lima Metropolitana.	OEG2. Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	OEE2.1 Brindar las atenciones de protección y tratamiento de las enfermedades agudas en niños menores de 5 años
Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Revertir la tendencia incremental de las enfermedades no transmisibles y crónico-degenerativas según población afectada en Lima Metropolitana.	OEG3. Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	OEE3.1 Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas.
Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles en Lima Metropolitana.	OEG4. Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	OEE4.1 Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades transmisibles.
Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	Mejorar la respuesta ante riesgos y daños a la salud por factores externos y de origen antrópico en Lima Metropolitana.	OEG5. Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	OEE5.1 Promover las intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria ante situaciones de riesgos.
Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de Salud	Incrementar la capacidad de intervención con acciones de promoción de la salud.	Está consignado como parte de OEG1, OEG2, OEG3, OEG4 y OEG5.	Está consignado como parte de OEG1, OEG2, OEG3 y OEG4.
		OEG6. Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	OEE6.1 Mejorar el trato y las condiciones de atención al paciente, considerando los atributos de calidad, calidez e información.
	Gestionar el acceso a medicamentos según necesidades de salud de la población en Lima Metropolitana.		OEE7.1 Incorporar las características estructurales, tecnológicas y de respeto al medio ambiente, acorde a un hospital de alta complejidad.
	Gestionar infraestructura de salud que contribuya a ordenar y mejorar la capacidad de oferta de servicios de salud.	OEG7. Fortalecer la capacidad resolutoria hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	OEE7.2 Lograr el desarrollo de una gestión de procesos de salud orientada al usuario, integrando el concepto de aseguramiento universal.
	Fortalecer la implementación del aseguramiento universal en salud en Lima Metropolitana		OEE7.3 Implementar el desarrollo de tecnología de información hospitalaria, confiable, oportuna y segura.
			OEE7.4 Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.
	Armonizar la gestión y desarrollo de recursos humanos de salud del ámbito de Lima Metropolitana.	OEG8. Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora	OEE8.1 Mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo individual y organizacional, dentro de un ambiente laboral favorable.
			OEE8.2 Impulsar el desarrollo del campo docente y la investigación científica en todos los niveles.
	Mejorar la capacidad para la gestión de los servicios que respondan a las necesidades sanitarias de Lima Metropolitana.	OEG9. Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	OEE9.1 Lograr la administración adecuada y eficiente de los recursos financieros.



Los objetivos mencionados forman parte de la construcción del futuro de nuestra institución, que en forma integrada componen un proceso permanente que exige resultados dentro de la gestión. Un objetivo es el resultado de la anticipación soluciones posibles de un problema. Como consecuencia de la apropiación de los problemas, para el análisis e interpretación, concluimos en acciones, entendiendo que accionar, es poner en marcha los proyectos pertinentes y eficaces, mirando al futuro de manera integral. De todo ello es necesario cerrar el circuito a través del aprendizaje, la retroalimentación que permita examinar las brechas entre lo obtenido y lo deseado en un futuro propuesto, es decir una evaluación permanente.



4.3 EJES ESTRATÉGICOS Y FACTORES CRITICOS DEL EXITO

EJES ESTRATEGICOS

Planteados los objetivos estratégicos y tomando el Marco Estratégico al 2016 del Ministerio de Salud, se plantean 4 ejes estratégicos sobre los que junto con la misión, visión y objetivos se plasmarán las estrategias a realizar.

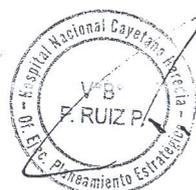


Atención integral de salud especializada

El Eje principal en el quehacer del Hospital es la atención de salud en todo el proceso que implica desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad técnica.

Calidad de atención

Este eje establece el énfasis en el proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades del paciente, como elemento vital en la organización hospitalaria y conlleva a un proceso de mejoramiento continuo que identifique los nudos críticos y las alternativas de solución de los procesos claves en salud.



Docencia en Servicio e Investigación Científica

En armonía con la misión hospitalaria, se establece a la docencia y la investigación como dos pilares estratégicos. En Docencia se orienta los esfuerzos a promover la regulación, articulación y desarrollo sostenido del espacio para las actividades docentes; contribuyendo con la formación académica integral y actualizada de los Recursos Humanos de las Ciencias de la Salud, a nivel de Pregrado y Post Grado, acorde a la problemática de salud del país y a los avances científico-tecnológicos.

En el área de investigación las acciones van dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de las personas a través de los procesos relacionados con promoción, desarrollo y difusión de la Investigación Científica, con la conducción de Ensayos Clínicos como Centro de Investigación formado por el Instituto Nacional de Salud. De acuerdo a la Resolución Directoral N° 368-2011-SA-DS-HNCH/DG de fecha 28.12.2011 se establecieron:

Prioridades Institucionales de Investigación en Salud para el período 2010 -2014

- Problemas de recurso humanos.
- Enfermedades No Transmisibles.
- Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en Mortalidad Materno-Infantil.
- Enfermedades Transmisibles.
- Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en Enfermedades Transmisibles.
- Salud Mental.

Adicionalmente y de acuerdo a los objetivos estratégicos generales se considera poder intervenir en investigaciones en el campo de la gestión, que contribuyan a identificar y brindar soluciones para la mejora continua en la administración de los procesos claves.

FACTORES CRITICOS DEL ÉXITO

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados se identificaron factores que por su criticismo son claves para el éxito en la implementación de los objetivos y metas planteadas. Se identificaron 9 factores claves que son transversales con los objetivos y con mayor énfasis en alguno de ellos, como se muestra en la siguiente tabla:



FACTORES CRITICOS DEL ÉXITO DEL HNCH

OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES		FACTORES CRITICOS DEL EXITO
OEG1	Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	Gestión de la Calidad
		Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
OEG2	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	Gestión de la Calidad
		Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
OEG3	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	Gestión de la Calidad
		Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
OEG4	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Gestión de la Calidad
		Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
OEG5	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
OEG6	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	Calidad de Servicio
		Gestión de la Calidad
		Cultura Organizacional Sólida
OEG7	Fortalecer la capacidad resolutoria hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	Liderazgo
		Calidad de Servicio
		Innovación en infraestructura y tecnología
		Gestión de la Calidad
		Capacidad Financiera
OEG8	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	Compromiso de los Directivos
		Gestión por Competencias
		Compromiso de los Directivos
OEG9	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	Clima laboral favorable
		Gestión por Competencias

4.4 ESQUEMA ESTRATEGICO DEL HNCH

Del cruce de las estrategias se elaboró la Matriz FODA, que permitió identificar las estrategias para las potencialidades, riesgos, desafíos y limitaciones, que servirán para lograr el cumplimiento de la visión y objetivos estratégicos trazados para este período.



Matriz de Confluencia - Matriz FODA

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FORTALEZAS	<p style="text-align: center;">Estrategias de las Potencialidades</p> <p>PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y FIDELIZACION DEL CLIENTE (OG5)</p>	<p style="text-align: center;">Estrategias de los Riesgos</p> <p>TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y CONTROL DE DAÑOS PRIORITARIOS A LA SALUD(OG1,OG2,OG3,OG4).</p> <p>FORTALECIMIENTO Y PROMOCION DE LOS SERVICIOS DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS (OG6)</p>
DEBILIDADES	<p style="text-align: center;">Estrategias de los Desafíos</p> <p>INNOVACION ESTRUCTURAL Y TECNOLOGICA (OG6)</p> <p>GESTION POR COMPETENCIAS Y APLICACION DEL COACHING(OG7)</p> <p>GESTION POR RESULTADOS(OG8)</p> <p>INNOVACION EN PRODUCCION CIENTIFICA (OG7)</p>	<p style="text-align: center;">Estrategias de las Limitaciones</p> <p>INNOVACION EN EL MODELO DE GESTION HUMANA Y CULTURA ORGANIZACIONAL (OG5,OG7)</p> <p>GESTIÓN DE PROCESOS ORIENTADA AL USUARIO (OG6)</p> <p>USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMACION EN TODOS LOS PROCESOS (OG6)</p>

4.4.1 ESTRATEGIAS AL 2016 DEL HNCH

Estrategias para las Potencialidades:

E1 PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y FIDELIZACION DEL CLIENTE (OG5).

Estrategias para los Riesgos:

E2 TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y CONTROL DE DAÑOS PRIORITARIOS A LA SALUD. (OG1, OG2, OG3, OG4).

E3 FORTALECIMIENTO Y PROMOCION DE LOS SERVICIOS DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS (OG6).

Estrategias para los Desafíos:

E4 INNOVACION ESTRUCTURAL Y TECNOLOGICA (OG6).

E5 GESTION POR COMPETENCIAS Y APLICACION DEL COACHING (OG7).

E6 GESTION POR RESULTADOS (OG8).

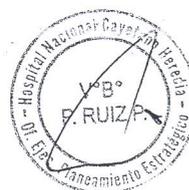
E7 INNOVACION EN PRODUCCION CIENTIFICA (OG7).

Estrategias para las Limitaciones:

E8 INNOVACION EN EL MODELO DE GESTION HUMANA Y CULTURA ORGANIZACIONAL(OG5, OG7).

E9 GESTION DE PROCESOS ORIENTADA AL USUARIO (OG6).

E10 USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMACION EN TODOS LOS PROCESOS (OG6).



Con base en las 10 estrategias formuladas para el logro de los objetivos propuestos, se plantea una estrategia de *diferenciación y liderazgo*:

Liderazgo en calidad del servicio

4.4.2 ESQUEMA ESTRATEGICO DEL HNCH

En el siguiente mapa podemos observar el despliegue y articulación desde la visión hacia los objetivos y estrategias.

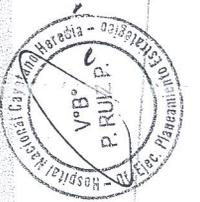
VISION					
Al 2016, ser un hospital ecológico, acreditado en la atención integral de salud altamente especializada, con pleno respeto a los derechos de los usuarios en salud.					
MISION					
Somos un hospital docente de alta complejidad y referencia nacional, comprometidos en brindar atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a la interculturalidad; contribuyendo en la formación de recursos humanos investigación científica y tecnológica.					
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	EJES ESTRATEGICOS				ESTRATEGIAS
Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESPECIALIZADA	DOCENCIA EN SERVICIO	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	CALIDAD DE ATENCIÓN	Tratamiento especializado y control de daños prioritarios a la salud Programa de mejora de la calidad y fidelización del cliente Fortalecimiento y promoción de los servicios diagnósticos y procedimientos especializados Gestión por competencias y aplicación del coaching Gestión por Resultados
Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.					
Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.					
Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.					
Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.					
Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.					
Fortalecer la capacidad resolutoria hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1					
Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.					
Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.					

FACTORES CRITICOS DEL ÉXITO
Gestión de la Calidad
Calidad de Servicio
Innovación en infraestructura y tecnología
Cultura Organizacional Sólida
Liderazgo
Capacidad Financiera
Compromiso de los Directivos
Clima laboral favorable
Gestión por Competencias

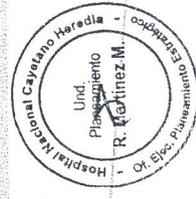
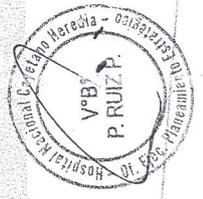


4.5 OBJETIVOS ESTRATEGICOS E INDICADORES AL 2016 DEL HNCH

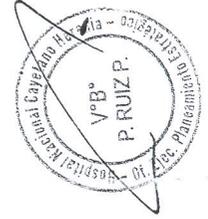
COD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	LINEA BASE	2012	2013	2014	2015	2016	ORGANO RESPONSABLE
OEG1	Contribuir en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	Reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal por causas intrahospitalarias.	Tasa de incidencia acumulada en infección de Herida Operatoria en partos por Cesárea x 100 partos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de incidentes de Herida Operatoria en partos por Cesárea}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos en el hospital}} \times 100$	1.72	1.72	1.72	1.72	1.72	1.72	Gineco-Obstetricia
OEG2	Contribuir en la reducción de la morbilidad crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	Brindar las atenciones de protección y tratamiento a las enfermedades agudas en niños menores de 5 años	Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	$\frac{\text{N}^\circ \text{ muertes neonatales en el hospital}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos en el hospital}} \times 1000$	8.10	8.10	8.10	8.10	8.10	8.10	Pediatría Emergencia
OEG3	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas.	Porcentaje de atenciones de control y tratamiento a pacientes diabéticos realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos tratados en IRAY/EDA complicada}}{\text{N}^\circ \text{ de casos programados para tratamiento de IRAY/EDA complicada en menores de 5 años}} \times 100$	80.00%	90.00%	95.00%	100.00%	100.00%	100.00%	Pediatría
OEG4	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades transmisibles.	Porcentaje de atenciones de control y tratamiento a pacientes hipertensos realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de control y tratamiento a pacientes hipertensos programadas}}{100}$	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	Medicina Endocrinología
OEG5	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Promover las intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria ante situaciones de riesgos.	Porcentaje de mujeres con examen de papnicolu realizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con examen de papnicolu programados}}{100}$	80.00%	85.00%	85.00%	90.00%	90.00%	90.00%	Medicina Cardiología
OEG6	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades transmisibles.	Porcentaje de exámenes de mamografía realizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con examen de papnicolu realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con examen de papnicolu programados}} \times 100$	90.00%	90.00%	90.00%	100.00%	100.00%	100.00%	Ginecología
OEG7	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Promover las intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria ante situaciones de riesgos.	Simulacros realizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de 40 a 65 años con exámenes de mamografía programados}}{100}$	85.00%	85.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	Ginecología Diagnóstico por Imágenes
OEG8	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con enfermedades transmisibles.	Porcentaje de personas que reciben tratamiento con VIH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que reciben tratamiento por VIH (TARGA)}}{\text{N}^\circ \text{ de personas diagnosticadas con VIH}} \times 100$	75.00%	80.00%	90.00%	85.00%	85.00%	90.00%	Enf. Infecciosas - E.S. Prevención y control de ITS y VIH-SIDA
OEG9	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Promover las intervenciones para mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria ante situaciones de riesgos.	Simulacros realizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que reciben tratamiento por VIH (TARGA)}}{\text{N}^\circ \text{ de personas diagnosticadas con VIH}} \times 100$	2	3	3	4	4	4	Emergencia



COD.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	2012	2013	2014	2015	2016	ORGANO RESPONSABLE
0EG6	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	Mejorar el trato y las condiciones de atención al paciente, considerando los atributos de calidad, calidez e información.	Satisfacción del usuario externo en consulta externa.	Nº de usuarios externos encuestados satisfechos / total de usuarios externos encuestados x 100	43.90%	55.00%	55.00%	60.00%	60.00%	65.00%	Calidad Dptos. Médicos Enfermería Estadística Comunicaciones
0EG7	Fortalecer la capacidad resolutiva hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	Incorporar las características estructurales, tecnológicas y de respeto al medio ambiente, acorde a un hospital de alta complejidad.	Satisfacción del usuario externo en el Servicio de Hospitalización de Traumatología	Nº de usuarios externos encuestados satisfechos con el nivel comunicacional / total de usuarios encuestados x 100	16.30%	16.30%	2.00%	40.00%	50.00%	60.00%	Dirección General Planeamiento Estratégico Administración
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de avance en la ejecución de Proyectos de Inversión programados	Nº de proyectos de inversión de proyectos de inversión programados x 100	0.00%	10.00%	30.00%	50.00%	80.00%	100.00%	Servicios Generales
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de equipos con mantenimiento correctivo realizado	Nº de equipos con mantenimiento correctivo realizado / Nº de equipos con mantenimiento correctivo programado x 100	40.00%	60.00%	70.00%	80.00%	90.00%	100.00%	Servicios Generales
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad implementados en las UPSS	Nº de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad implementados en la UPSS / Nº de Proyectos programados x 100	20.00%	30.00%	50.00%	70.00%	80.00%	80.00%	Calidad Dptos. Asistenciales Oficinas Administrativas
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Tiempo de Espera promedio para obtener una cita en Consulta Externa	Fecha de la cita disponible - Fecha de la solicitud de la cita	8 días	8 días	7 días	6 días	5 días	3 días	Calidad Dptos. Asistenciales Oficinas Administrativas
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Tiempo de Espera para la programación de las cirugías electivas por colectadomía laparoscópica.	Fecha de la cita disponible para la programación - Fecha de la solicitud de la cita	S.D.	62 días	60 días	40 días	30 días	15 días	Calidad Dptos. Asistenciales Oficinas Administrativas
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Tasa de Infección al Torrente Sanguíneo por cauter: venoso central (CVC) en la UCI Neonatal x 1000 días de exposición al CVC.	Nº de infecciones al torrente sanguíneo asociadas al CVC / Nº de días de exposición al CVC x 1000	17.68 x 1000	17.68 x 1000	16 x 1000	15 x 1000	14 x 1000	13 x 1000	Epidemiología Dptos. Médicos
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de Transferencias SIS ejecutadas	Monto de transferencias SIS realizadas / Monto de transferencias SIS programadas x 100	90.00%	95.00%	93.00%	98.00%	100.00%	100.00%	Seguros
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de avance en la implementación del Plan Informático	Nº acciones Informático / Nº acciones programadas en el Plan Informático x 100	0.00%	30.00%	50.00%	70.00%	80.00%	100.00%	Estadística e Informática
0EG7	Lograr el desarrollo de tecnologías de información hospitalaria, confiable oportuna y segura.	Lograr el abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos genéricos de calidad, propiciando su uso racional.	Porcentaje de medicamentos en substock	Nº items del Peltorio en substock / Nº items del Peltorio en stock x 100	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	Farmacia



COD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	LINEA BASE	2012	2013	2014	2015	2016	ORGANO RESPONSABLE
OEG8	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	Mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo individual y organizacional, dentro de un ambiente laboral favorable.	Porcentaje de trabajadores capacitados subvencionados por la institución Satisfacción del usuario interno	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores capacitados} / \text{N}^\circ \text{ de trabajadores totales} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores encuestados satisfechos} / \text{N}^\circ \text{ total de trabajadores encuestados} \times 100}$	47.00%	50.00%	50.00%	60.00%	70.00%	80.00%	Recursos Humanos- Capacitación
OEG8	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	Impulsar el desarrollo del campo docente y la investigación científica en todos los niveles	Porcentaje de investigaciones realizadas Número de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales Número de convenios específicos de cooperación docente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de investigaciones presentadas} / \text{N}^\circ \text{ de investigaciones programadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de artículos publicados por año}}{\frac{\text{N}^\circ \text{ de convenios específicos vigentes de cooperación docente en el año}}{\text{N}^\circ \text{ de artículos publicados por año}}}$	70.00%	75.00%	75.00%	80.00%	80.00%	85.00%	Dirección General Recursos Humanos:
OEG9	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	Lograr la administración adecuada y eficiente de los recursos financieros	Ingresos Recaudados	$\frac{\text{Monto de ingresos recaudados (RDR)}}{\text{Ejecución del gasto a nivel de devengados en Programas del PpR} / \text{Presupuesto Institucional Modificado asignado a Programas del PpR} \times 100}$	20,000,000.00	22,000,000.00	23,000,000.00	27,000,000.00	28,000,000.00	30,000,000.00	Recursos Humanos: Docencia e Investigación Dirección General Planeamiento Estratégico Administración Dptos. y Oficinas
OEG9	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	Lograr la administración adecuada y eficiente de los recursos financieros	Eficacia del Gasto en Programas del PpR	$\frac{\text{Ejecución del gasto a nivel de devengados en Programas del PpR} / \text{Presupuesto Institucional Modificado asignado a Programas del PpR} \times 100}{\text{Ejecución del gasto a nivel de devengados en Programas del PpR} / \text{Presupuesto Institucional Modificado asignado a Programas del PpR} \times 100}$	99.00%	95.00%	95.00%	100.00%	100.00%	100.00%	Planeamiento Estratégico Administración



4.6 PROGRAMACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS Y RECURSOS NECESARIOS DEL HNCH.

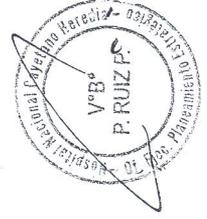
COD	OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES	ACCIONES	2012	2013	2014	2015	2016	ORGANO RESPONSABLE
OEG1	Contribuir en la reducción de la morbimortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.	Atenciones para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna	22,756,587.00	40,000,000.00	42,000,000.00	44,100,000.00	46,305,000.00	Gineco-Obstetricia
OEG2	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	Atenciones para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	5,225,335.00	22,408,509.00	23,500,000.00	24,700,000.00	26,000,000.00	Pediatría Emergencia
OEG3	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	Atenciones de protección y tratamiento de las enfermedades agudas de niños menores de 5 años	6,441,178.00	50,000,000.00	58,250,000.00	61,000,000.00	64,000,000.00	Enfermería Pediatría Emergencia
OEG4	Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Atención especializada y recuperación de pacientes con daños no transmisibles y enfermedades crónicas degenerativas.	5,554,471.00	25,000,000.00	26,250,000.00	27,500,000.00	29,000,000.00	Medicina Cirugía, Psicología, Odontología, Gineco- Obstetricia
OEG5	Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Atención especializada y tratamiento de pacientes con daños transmisibles: TBC-VIH/SIDA.	500,000.00	20,000,000.00	20,000,000.00	20,000,000.00	20,000,000.00	Medicina El Tropicales y Dermatológicas (VIH/SIDA)
OEG6	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	Atención especializada y tratamiento de pacientes con daños transmisibles: Metaxénicas y Zoonóticas	52,982,670.00	50,000,000.00	52,500,000.00	59,200,000.00	69,045,000.00	El Tropicales y Dermatológicas (Metaxénicas y Zoonóticas)
OEG7	Fortalecer la capacidad resolutive hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	Implementación del Plan de Gestión de la Calidad Desastres en Salud	13,214,699.00	70,000,000.00	70,000,000.00	70,000,000.00	70,000,000.00	Emergencia
OEG8	Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	Ejecución de Proyectos de Inversión programados en el Plan Maestro Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipamiento Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos	21,569,671.00	30,000,000.00	31,500,000.00	33,000,000.00	34,650,000.00	Calidad, Consulta Externa, Dptos. Médicos Planeamiento Estratégico, Administración Servicios Generales Servicios Generales Epidemiología
OEG9	Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	Planes de Trabajo de las UFSS Proyectos de Mejora Continua Implementación del Programa de Disminución de Tiempos de Espera Implementación del Programa de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias Desarrollo del Plan Informático Gestión de Stocks de Productos Farmacéuticos Implementación del Plan de Desarrollo Humano y Gestión por Competencias Plan Anual de Docencia Plan Anual de Investigación Programa de Mejora del Clima Laboral Aplicación de la Herramienta de Gestión por Resultados	5,260,000.00	6,000,000.00	6,000,000.00	6,000,000.00	6,000,000.00	Calidad, Dptos. Médicos Calidad, Dptos. Médicos Epidemiología, Dptos. Médicos Estadística e Informática Farmacia Recursos Humanos Adm. Personal (Capacitación) Docencia e Investigación Docencia e Investigación Recursos Humanos Calidad, Psicología Planeamiento Estratégico, Administración Recursos Humanos
Total Recursos Financieros (Nuevos Soles)			133,603,691.00	313,408,509.00	330,000,000.00	345,500,000.00	385,000,000.00	



4.7 PROGRAMACION DE PROYECTOS DE INVERSION DEL HNCH.

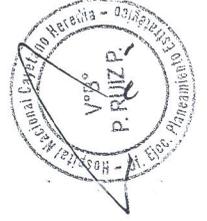
N°	Nombre del PIP	Código SNIP	Costo Total	Proyectado (2011)	Proyectado (2012)	Proyectado (2013)	Proyectado (2014)	Estado
1	Implementación del Centro de Excelencia para la atención de pacientes con Tuberculosis del Hospital Nacional Cayetano Heredia	88276	5,644,893.00	3,082,926.00	1,826,970.00			PIP en Ejecución
2	Reubicación y construcción del nuevo Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Cayetano Heredia	69000	2,294,454.86	2,234,673.00	712,330.00			Expediente Técnico Aprobado
3	Infraestructura y reubicación del Archivo de Historias Clínicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia	67487	628,922.97	669,216.00	229,721.00			Expediente Técnico Aprobado
4	Mejoramiento de los procedimientos y centralización en los servicios de caja estadística, comunicaciones, seguros y admisión del Hospital Nacional Cayetano Heredia	60720	985,198.73	842,655.00	229,972.00			Expediente Técnico Aprobado
5	Mejoramiento del centro de almacenamiento final de Residuos Sólidos del Hospital Nacional Cayetano Heredia	61182	489,751.00	351,625.00	489,751.00			Vable
6	Mejoramiento de la cobertura de atención en los servicios del Dpto. de Odonto-Estomatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia	104190	1,328,875.00		1,323,875.00			Vable
7	Mejoramiento de la capacidad resolutive del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Nacional Cayetano Heredia	144038	4,123,025.00		4,123,025.00			Perfil

Elaborado en base a la Programación Multianual de Inversión Pública-HNCH, aprobado con RM N° 803-2011/MINSA
Fuente: Unidad de Proyectos de Inversión - OEPE



N°	Nombre del PIP	Código SNIP	Costo Total	Proyectado (2011)	Proyectado (2012)	Proyectado (2013)	Proyectado (2014)	Estado
8	Implementación de las unidades de preparados galénicos, Nutrición Parenteral y Mezclas Intravenosas en el Dpto. de Farmacia del Hospital Nacional Cayetano Heredia	144409	970,428.00		970,428.00			Viable
9	Mejoramiento de la capacidad del Almacén Especializado de Medicamentos del Dpto. de Farmacia del Hospital Nacional Cayetano Heredia	144387	280,394.00		280,394.00			Viable
10	Mejoramiento de la capacidad operativa en la Unidad de Gestión Tecnológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia	120553	184,680.00		184,680.00			Viable
11	Equipamiento y ampliación de la infraestructura del Laboratorio Clínico del Hospital Nacional Cayetano Heredia	82524	835,207.00			835,207.00		Con estudios en Formulación - Evaluación
12	Construcción y equipamiento de la Unidad Oncológica del Quimioterapia Ambulatoria del Hospital Nacional Cayetano Heredia	144033	894,730.11			894,730.11		Con estudios en Formulación - Evaluación
13	Mejoramiento de la capacidad operativa en la Unidad de Transportes del Hospital Nacional Cayetano Heredia	144402	552,449.17			552,449.17		Con estudios en Formulación - Evaluación

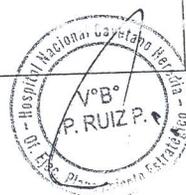
Elaborado en base a la Programación Multianual de Inversión Pública-HNCH, aprobado con RM N° 803-2011/MINSA
 Fuente: Unidad de Proyectos de Inversión - OEPE



IV. MATRIZ DE MARCO LOGICO DEL HNCH

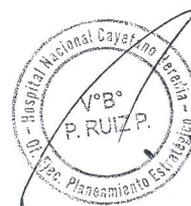
OBJETIVO ESTRATEGICO 1: Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable	Reducir a menos de 2% las infecciones intrahospitalarias por heridas en cesáreas Reducir a menos de 8% la mortalidad neonatal precoz	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Atención Especializada Infraestructura y Equipamiento
PROPOSITO			
Contribuir en la reducción de la morbi-mortalidad materno y neonatal, con énfasis en la población más vulnerable que acude al hospital	Tasa de incidencia acumulada en Infección de herida operatoria por Cesáreas en 1.72% Tasa de infecciones intrahospitalarias por catéter venoso central en UCI Neonatal menos de 20%	Registros estadísticos – Of. de Epidemiología	Información permanente de la Of. de Epidemiología
COMPONENTES			
Atención especializada preventiva, recuperativa y tratamiento de la población materna. Atención especializada preventiva, recuperativa y tratamiento de la población materna.	Nº Partos Normales Nº Cesáreas Nº Recién nacidos atendidos Nº Recién nacidos atendidos con internamiento Nº Recién nacidos atendidos que requieren UCI	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Procesos estandarizados de acuerdo a guías técnicas normadas. Insumos necesarios.
ACTIVIDADES			
Promover las acciones de control de la gestante Realizar la atención y tratamiento de la puerpera y el recién nacido sin complicaciones. Realizar la atención y tratamiento de la puerpera y el recién nacido con complicaciones.	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología	Procesos ejecutados Plan Anual de Contrataciones (PAC).	Cumplimiento de los procesos y tiempos de ejecución.



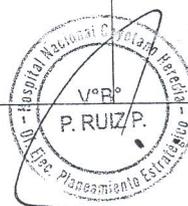
OBJETIVO ESTRATEGICO 2: Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.	Cobertura de casos en IRA y EDA complicados al 100%.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Atención Especializada Infraestructura y Equipamiento
PROPOSITO			
Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza que acude al hospital.	Niños con controles de CRED al 100% Niños inmunizados al 100% de acuerdo a programación. Atención especializada en enfermedades agudas, con énfasis en las complicaciones al 100%.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Atención Especializada Infraestructura y Equipamiento.
COMPONENTES			
Atenciones de protección a niños menores de 5 años. Tratamiento de las enfermedades agudas de niños menores de 5 años.	Nº de niños tratados con IRAS complicadas. Nº de niños tratados con EDAS complicadas.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Procesos estandarizados de acuerdo a guías técnicas normadas. Insumos necesarios.
ACTIVIDADES			
Inmunizaciones CRED Atención de IRAS Atención de EDAS	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología.	Procesos ejecutados Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Cumplimiento de los procesos y tiempos de ejecución



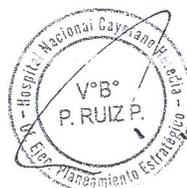
OBJETIVO ESTRATEGICO 3: Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Pacientes con enfermedades no transmisibles controlados y tratados al 100% de los que acuden al hospital.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Demanda de pacientes constante. Tecnología implementada
PROPOSITO			
Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas de la población que acude al hospital.	Cobertura del 100% de pacientes con diabetes mellitus II programados. Cobertura del 100% de pacientes con Hipertensión Arterial programados. Cobertura del 100% de pacientes con otros daños de la salud programados. Tamizaje de mujeres para detección de cáncer de cérvix al 100% de las programadas. Detección del cáncer de mama al 100% de las programadas.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Demanda de pacientes constante Tecnología implementada
COMPONENTES			
Atención especializada y recuperación de pacientes con daños no transmisibles y enfermedades crónicas degenerativas.	Nº atenciones de pacientes con diabetes mellitus. Nº de atenciones de pacientes con hipertensión arterial Nº de operaciones de cataratas realizadas. Nº de atenciones en salud mental y bucal realizadas. Nº de atenciones preventivas en oncología realizadas. Nº de atenciones oncológicas realizadas.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Procesos estandarizados de acuerdo a guías técnicas normadas Insumos necesarios
ACTIVIDADES			
Atenciones en medicina – Endocrinología Atenciones en Medicina – Cardiología Atenciones en Cirugía – Oftalmología Atenciones en Odontología Atenciones en Psicología	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología.	Procesos ejecutados del Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Cumplimiento de los procesos y tiempos de ejecución del PAC.



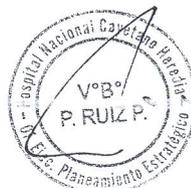
OBJETIVO ESTRATEGICO 4: Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.	Porcentaje de pacientes con enfermedades transmisibles controlados y tratados al 100% de los programados.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Pacientes comprometidos en el cumplimiento del tratamiento. Recursos financieros. Abastecimiento oportuno de materiales por compras nacionales.
PROPOSITO			
Garantizar el tratamiento y recuperación de las enfermedades transmisibles de la población que acude al hospital.	Cobertura al 100% de atenciones a pacientes con TBC programados. Cobertura al 100% de atenciones a pacientes con VIH/SIDA programados. Cobertura al 100% de atenciones a pacientes con enfermedades metaxénicas y zoonóticas.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Pacientes comprometidos en el cumplimiento del tratamiento. Recursos financieros. Abastecimiento oportuno de materiales por compras nacionales.
COMPONENTES			
Atención especializada y tratamiento de pacientes con TBC y VIH/SIDA Atención especializada y tratamiento de pacientes con daños transmisibles: Metaxénicas y Zoonóticas.	Nº de pacientes tratados con TBC. Nº de pacientes tratados con VIH/SIDA. Nº de casos de enfermedades zoonóticas atendidas. Nº de casos de enfermedades metaxénicas atendidas.	Registros estadísticos – Of. de Estadística	Procesos estandarizados de acuerdo a guías técnicas normadas Insumos necesarios
ACTIVIDADES			
Atención de pacientes en Medicina (Neumología) Atención de pacientes en Tropicales (VIH/SIDA)	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología.	Procesos ejecutados del Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Cumplimiento de los procesos y tiempos de ejecución del PAC



OBJETIVO ESTRATEGICO 5: Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	Índice de Seguridad Hospitalaria.	Informe Semestral – Dpto. de Emergencia	Recursos financieros. Compromiso Directivo. Apoyo Logístico de Defensa Nacional
PROPOSITO			
Optimizar la respuesta hospitalaria ante riesgos y daños a la salud por factores externos.	Hospital Seguro al 100% al año 2016.	Informe Semestral – Dpto. de Emergencia	Compromiso Directivo. Recurso Humanodel hospital comprometido. Materiales logísticos oportunos.
COMPONENTES			
Establecimientos de Salud Seguros. Control de daños a la salud frente a emergencias y desastres. Capacidades complementarias y respuesta en salud frente a emergencias y desastres. Gestión del riesgo de desastres en salud.	Establecimiento. Simulacros Hospital de campaña Plan Implementado	Informes Semestrales – Dpto. de Emergencia	Compromiso Directivo. Apoyo Logístico de Defensa Nacional
ACTIVIDADES			
Realizar el reforzamiento para la seguridad estructural, no estructural y funcional. Organización de simulacros. Implementación de brigadas. Implementación del Plan de Gestión del Riesgo.	Personal especializado, materiales, insumos, equipamiento e infraestructura.	Procesos ejecutados del Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Cumplimiento de los procesos y tiempos de ejecución del PAC



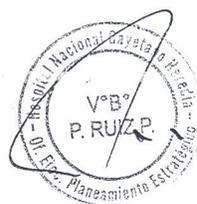
OBJETIVO ESTRATEGICO 6: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Lograr la satisfacción del usuario externo que acude al Hospital.	Al 2016, incrementar en 20% la satisfacción del usuario en consulta externa, en 44% al usuario con respecto al nivel comunicacional de emergencia y en 35% al usuario en hospitalización.	Registros estadísticos – Of. de Calidad	Compromiso Directivo. Personal capacitado y altamente motivado en las áreas de atención directa al paciente
PROPOSITO			
Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital.	Nivel de satisfacción del usuario externo al 2016 en 60- 65% a nivel de la consulta externa, hospitalización y comunicación en Emergencia.	Registros estadísticos – Of. de Calidad	Personal capacitado y altamente motivado en las áreas de atención directa al paciente
COMPONENTES			
Implementación del Plan de Gestión de la Calidad	Plan de Mejora de la Calidad ejecutado al 100%	Registros estadísticos – Of. de Calidad	Personal capacitado y altamente motivado en las áreas de atención directa al paciente
ACTIVIDADES			
Diseño y Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad. Ejecución del Plan de Gestión de la Calidad. Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad.	Personal especializado, materiales y equipamiento de alta tecnología.	Insumos asignados – Of. Calidad	Disponibilidad presupuestal Asignación oportuna de recursos.



OBJETIVO ESTRATEGICO 7: Fortalecer la capacidad resolutive hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Lograr el desarrollo hospitalario hacia una organización de atención de alta complejidad.	Hospital acreditado y con infraestructura acorde al nivel III.1 en 100% al 2016	Informe de Inversiones – Of. Ej. de Planeamiento Estratégico Informe Of. Calidad	Recursos Financieros asignados. Compromiso a nivel Directivo y Jefatural.
PROPOSITO			
Fortalecer la capacidad resolutive hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III.1.	Aprobar el proceso de autoevaluación con 85%.	Informe Of. Calidad	Recursos Financieros asignados. Trabajo en Equipo.
COMPONENTES			
Plan Maestro de Inversiones (Infraestructura y Tecnología). Plan Informático. Gestión de Stocks de Productos Farmacéuticos. Proyectos de Mejora Continua en las UPSS Plan de Gestión Clínica (Plan de Trabajo) en las UPSS.	Plan Maestro de Inversiones ejecutado al 100%. Plan Informático al 100%. Stock cero de medicamentos. Proyectos de Mejora Continua en las UPSS al 100%. Tiempo de Espera promedio para obtener una cita en Consulta Externa de 3 días en el 2016. Tiempo de Espera para la programación de las cirugías electivas por colecistectomía laparoscópica de 15 días en el 2016	Informe de Inversiones – Of. Ej. de Planeamiento Estratégico Informe de Estadística e Informática Reporte de indicador Stock Cero Medicamentos Informe de Calidad	Recursos Financieros asignados. Trabajo en Equipo
ACTIVIDADES			
Aprobar el Plan Maestro de Inversiones Aprobar el Plan Informático Gestión de Farmacia Mejora Continua de Calidad Desarrollar los Planes de Trabajo en las UPSS.	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología.	Insumos asignados	Recursos Financieros asignados. Trabajo en Equipo



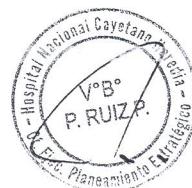
OBJETIVO ESTRATEGICO 8: Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Conseguir el desarrollo de las competencias en todos los trabajadores del hospital.	Incrementar en 30% el número de personas capacitadas. Incrementar en 15% las investigaciones en ejecución.	Informe Udad. Capacitación/Of. Adm. Personal Of. Docencia e Investigación	Recursos asignados. Compromiso a nivel Directivo y Jefatural.
PROPOSITO			
Fortalecer el desarrollo del recurso humano a través de la gestión por competencias e impulso de la capacidad docente e investigadora.	80% del Personal capacitado al 2016. Número de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Número de convenios específicos de cooperación docente	Informe Udad. Capacitación/Of. Adm. Personal Of. Docencia e Investigación	Recursos asignados.
COMPONENTES			
Plan de Desarrollo Humano. Programa de Mejora del Clima Laboral. Plan Anual de Docencia Plan Anual de Investigación	Porcentaje de avance del Plan de Desarrollo Humano. Porcentaje de avance del Programa de Mejora de Clima Laboral.	Informe Of. Ej. de RRHH	Recursos asignados Profesionales del Equipo multidisciplinario capacitado.
ACTIVIDADES			
Capacitación Programa de Incentivos Evaluación Periódica de las acciones en gestión de desarrollo humano. Núcleos de Excelencia en Docencia e Investigación. Sistema de Registro de Publicaciones.	Personal especializado, materiales, insumos, red y equipamiento informático.	Insumos asignados	Recursos asignados. Compromiso a nivel Directivo y Jefatural.

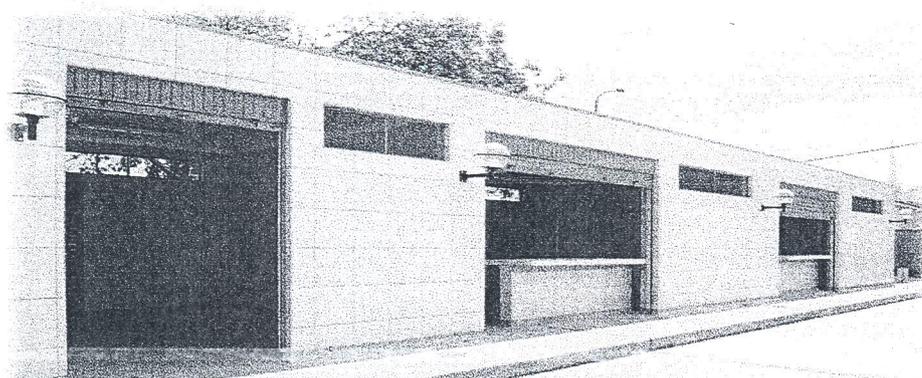


OBJETIVO ESTRATEGICO 9: Garantizar la eficiente gestión económico financiera del hospital.

	INDICADORES DE DESEMPEÑO	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	SUPUESTOS
FIN			
Lograr la optimización de los recursos en el hospital.	Incrementar el cumplimiento en la ejecución de todos los compromisos del hospital.	Informe Of. Administración Reportes SEACE	Profesional altamente capacitado
PROPOSITO			
Garantizar la eficiente gestión económico-financiera del hospital.	Al 2016, estándar de cumplimiento de gastos a nivel de compromisos y devengados al 100% Cumplimiento al 100% de los procesos programados en el PAC.	Informe Of. Administración Reportes SEACE	Profesional altamente capacitado
COMPONENTES			
Gestión Logística Gestión Financiera	Ingresos Recaudados Eficacia del gasto en los Programas del PpR.	Informe Of. Administración	Profesional altamente capacitado
ACTIVIDADES			
Capacitación del equipo administrativo Facilitar flujos eficientes en los procesos administrativos Desarrollar el mecanismo de Presupuesto por Resultados	Personal especializado, material médico, medicamentos y equipamiento de alta tecnología.	Insumos asignados	Recursos Financieros asignados.



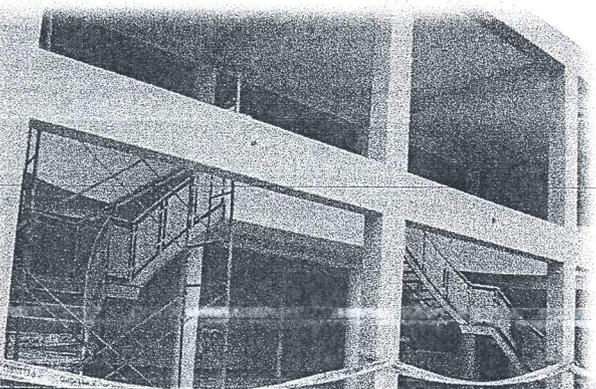
AVANCE EN INVERSIONES DE OBRAS PÚBLICAS HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA



CENTRO DE ALMACENAMIENTO DE
RESIDUOS SOLIDOS



REUBICACION Y CONSTRUCCION DEL DPTO.
MEDICINA FISICA



CENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE CAJA, ESTADISTICA,
COMUNICACIONES, SEGUROS Y ADMISION



CENTRO DE EXCELENCIA EN TBC

