



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas,

13 JUL. 2012

Visto el Informe Nº 047-2012-OEPE-HNSEB, emitida por la Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante el cual se solicita la aprobación del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016 del Hospital Sergio E. Bernales; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 589-2007/MINSA, se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, como instrumento de la gestión y de la implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado, orientada a mejorar la situación de salud de la población, en el marco de los lineamientos del sector salud para los próximos 20 años;

Que, el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016, es un documento de gestión institucional, donde se describen y establecen los objetivos, metas, indicadores y estrategias a seguir en el mediano plazo para la ejecución de mejoras efectivas de la calidad del servicio brindado a los usuarios, optimizando la inversión;

Que, el numeral 71.1 del artículo 71 de la Ley General del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico establece que las Entidades para la elaboración de sus Planes Operativos Institucional y Presupuestos Institucional, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), los Planes Estratégicos Sectoriales y Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC) y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLG);

Que, el Hospital "Sergio E. Bernales como entidad dependiente de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad, que constituye un Organismo Desconcentrado del Ministerio de Salud, ente rector del Sector Salud, según la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, debe elaborar su Plan Estratégico Institucional en el marco de las políticas, los objetivos y metas sectoriales;

Que, mediante la Resolución Directoral Nº 090-2012-DG-HNSEB, se conformo el comité para la Formulación del Plan Estratégico Institucional del Hospital "Sergio E. Bernales", para la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016;

Con las visaciones del Director Adjunto, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Sergio E. Bernales;



De conformidad y en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 795-2003-SA/DM y modificado mediante Resolución Ministerial N° 512-2004-MINSA, Resolución Ministerial N° 343-2007-MINSA y Resolución Ministerial N°124-2008-MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el “**PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL “SERGIO E. BERNALES**”, correspondiente al periodo 2012-2016, que forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico realizar el seguimiento, logro de metas y la evaluación periódica del Plan Estratégico Institucional.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral y el correspondiente documento de Gestión, en el portal de Internet del Hospital Sergio E. Bernales.

Regístrese, y comuníquese,

**MINISTERIO DE SALUD**
Hospital Nacional Sergio E. Bernales
Personas que Atendemos Personas


Jaime A. Arvalo Torres
DIRECTOR GENERAL
CMP. N° 23856

JAAT/EMAV/ssl.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DISA V LIMA CIUDAD

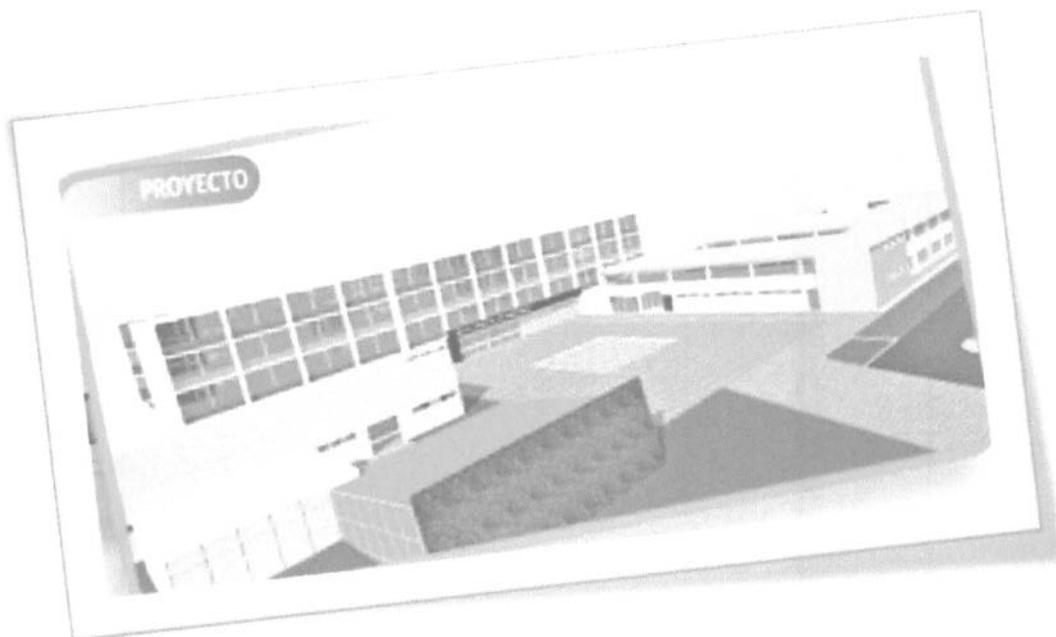
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2012 – 2016

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



“PERÚ: Salud para todos”

2012





MINISTERIO DE SALUD

Dr. Alberto Tejada Noriega
Ministro de Salud

Dr. Percy Luis Minaya León
Vice – Ministro de Salud

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD

Dra. Yolanda Tomasa Orozco Mori de Rosalino
Directora General

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Dr. Jaime Alfredo Arévalo Torres
Director General

Dr. Julio Antonio Silva Ramos
Director Adjunto

Lic. Feliciano Portuguez Luyo
Director Ejecutivo de Planificación y Presupuesto

Equipo técnico de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto

Bach. Contabilidad. Sara Silva López
Sra. Liliana Mott Berrospi





PERÚ

Ministerio de Salud

DISA V LIMA CIUDAD

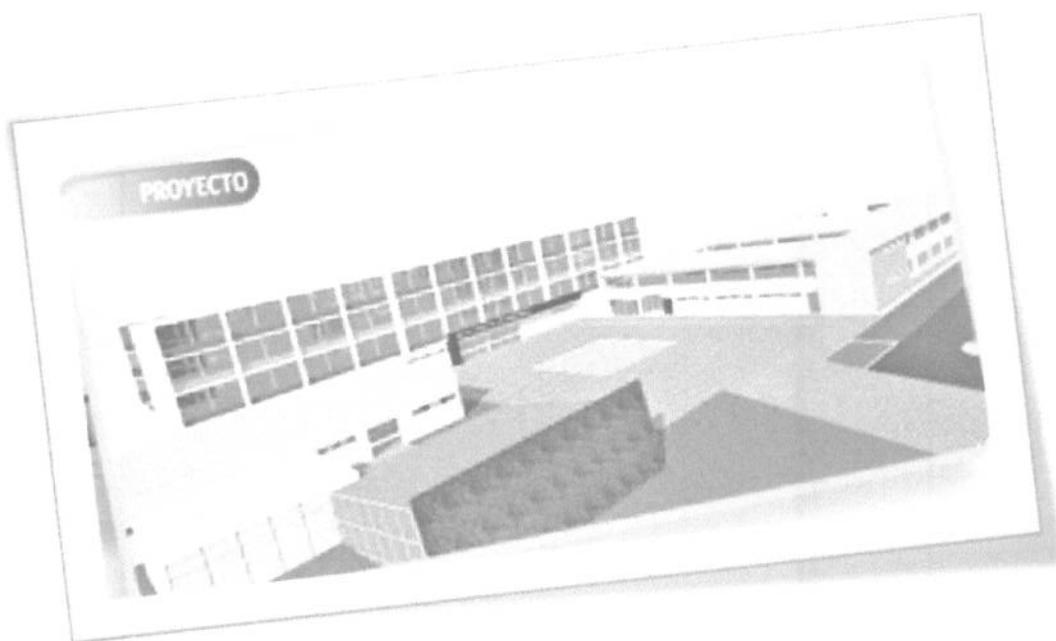
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2012 – 2016

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES



“PERÚ: Salud para todos”

2012



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

ORGANOS DE ASESORAMIENTO

Lic. FELICIANO PORTUGUEZ LUYO

Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Abog. JUAN MANUEL MANRIQUE TALAVERA

Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Dr. JULIO MANUEL RUIZ OLANO

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Dr. JORGE HUAYTALLA HUAMAN

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ORGANOS DE APOYO

Dra. EVA MARIA ASENCIOS VILLAVICENCIO

Directora de la Oficina Ejecutiva de Administración

- **C.P.C. ANA ROSA RISOLAZO CRIBILLERO**
Jefe de la Oficina de Economía
- **Ing. Adm. MANUEL ERASMO LUZQUIÑOS CHÁVEZ**
Jefe de la Oficina de Personal
- **Sr. TULIA ELENA RIVAS LOPEZ**
Jefa de la Oficina de Logística
- **Bach. Ing.Ind. OSCAR RUBEN SALAZAR BRIONES**
Jefe de la Oficina de Servicios Generales

Dr. FERNANDO RAFAEL NORIEGA RUCKAUF

Jefe de la Oficina de Comunicaciones

Dr. FREDDY AMADEO GARCIA ORTEGA

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

Lic. Obst. EIDA FANNY VALDIVIEZO CAMPOS

Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Dr. CARLOS ESPINO VEGA

Jefe de la Oficina de Seguros

ORGANO DE APOYO

Lic. DANIEL ADOLFO OLIVAS OCAÑA

Jefe Órgano de Control Institucional



ORGANOS DE LINEA

Dr. JORGE EMILIO COLINA CASAS

Jefe del Departamento de Cirugía

Dr. CARLOS GABRIEL HOLGUIN COPPA

Jefe del Departamento de Medicina

Dr. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT

Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia

Dra. NANCY RAMÓN MUSAURIETA

Jefa del Departamento de Pediatría

Dr. CESAR ANTONIO MEZA GUERRERO

Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Dr. FELIPE JESUS PAREDES CAMPOS

Jefe del Departamento de Consultorios Externos y Hospitalización

Dr. VICTOR RUFINO RIOS GUTIERREZ

Jefe del Departamento de Odontoestomatología

Dr. MIGUEL ANGEL TORRES CHIRRE

Jefe del Departamento de Medicina de Rehabilitación

Dr. JAIME WALTER COTOS REYES

Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Dra. GIULIANA URQUIZO SALAS

Jefa del Departamento de Anatomía Patológica y Patología Clínica

Dr. HUGO JAVIER FLOREZ VILLAVERDE

Jefe del Departamento de Diagnostico por Imágenes

Lic. ENF. ZENA ALEJANDRINA VILLAORDUÑA MARTINEZ

Jefa del Departamento de Enfermería

Lic. NUT. YOLANDA MAGDALENA ZARE REYES

Jefa del Departamento de Nutrición y Dietética

Q.F. NELLY CARMELA CHACALTANA MERE

Jefa del Departamento de Farmacia

Lic. LEONILA MELIS MARCELO CORONADO

Jefa del Departamento de Servicio Social

Psic. MIRYAN PACHERRES SALINAS

Jefa del Departamento de Psicología



RESOLUCION DIRECTORAL

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
"SERGIO E. BERNALES"

N° 165 - 2012 - DG-HNSEB



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas 13 JUL 2012

Visto el Informe N° 047-2012-OEPE-HNSEB emitida por la Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante el cual se solicita la aprobación del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016 del Hospital Sergio E. Bernales; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud, como instrumento de la gestión y de la implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado, orientada a mejorar la situación de salud de la población, en el marco de los lineamientos del sector salud para los próximos 20 años.

Que, el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016, es un documento de gestión institucional donde se describen y establecen los objetivos, metas, indicadores y estrategias a seguir en el mediano plazo para la ejecución de mayores efectivos de la calidad del servicio brindado a los usuarios, optimizando la inversión.

Que, el numeral 71.1 del artículo 71 de la Ley General del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico establece que las Entidades para la elaboración de sus Planes Operativos Institucional y Presupuestos Institucional deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), los Planes Estratégicos Sectoriales y Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC) y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLCL).

Que, el Hospital "Sergio E. Bernales" como entidad dependiente de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad, que constituye un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud, ente rector del Sector Salud, según la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, debe elaborar su Plan Estratégico Institucional en el marco de las políticas, los objetivos y metas sectoriales;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 090-2012-DG-HNSEB, se conformó el comité para la Formulación del Plan Estratégico Institucional del Hospital "Sergio E. Bernales" para la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016;

Con las visaciones del Director Adjunto, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Sergio E. Bernales,



De conformidad y en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales aprobado mediante Resolución Ministerial N° 795-2003 SA/DM y modificado mediante Resolución Ministerial N° 502-2004-MINSA, Resolución Ministerial N° 343-2007-MINSA y Resolución Ministerial N°124-2008-MINSA,

SE RESUELVE:

Artículo 1° - Aprobar el "PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL "SERGIO E. BERNALES" correspondiente al periodo 2012-2016, que forma parte de la presente resolución.

Artículo 2° - Disponer a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico realizar el seguimiento, logro de metas y la evaluación periódica del Plan Estratégico Institucional.

Artículo 3° - Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral y el correspondiente documento de Gestión en el portal de internet del Hospital Sergio E. Bernales.

Regístrese y comuníquese.



INDICE

	Pág.
Presentación.	1
Enfoque metodológico del PEI – HNSEB 2012 – 2016.	3
Marco de referencia.	9
1. Diagnóstico general	17
1.1. Mega tendencias mundiales.	19
1.2. Situación de salud de la población adscrita al HNSEB.	19
2. Rol estratégico del HNSEB	63
2.1. Historia.	66
2.2. Rol del HNSEB en el sistema de salud.	64
2.3. Rol HNSEB en el periodo 2012 – 2016 (Cultura organizacional del hospital).	68
3. Diagnóstico institucional	73
3.1. Macro-procesos institucionales o misionales.	75
3.2. Capacidad institucional.	76
3.3. Análisis FODA.	77
3.4. Problemas identificados en los macro-procesos institucionales.	78
4. Objetivos estratégicos generales, específicos y acciones	79
4.1. Objetivos estratégicos generales con articulados a los macro procesos institucionales.	81
4.2. Caracterización de los macro problemas centrales con los macro procesos institucionales identificados.	84
5. Objetivos estratégicos generales, específicos y acciones estratégicas y sus indicadores	87
6. Programación de metas de los objetivos estratégicos generales	113
7. Programación y distribución del financiamiento por objetivos estratégicos generales	117
8. Sistema de monitoreo y evaluación	121
Referencia bibliográfica.	125



PRESENTACION

La gestión en salud en el Perú, se encuentra en una etapa de cambios, con dos procesos irreversibles: el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y la Descentralización del Sector Salud (DSS); que tienen en el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) el documento que establece las bases para que el Estado de manera concertada con la población orienten las acciones para el mejoramiento de la situación de salud del país. En este contexto, el reto es desarrollar e implementar estrategias que contribuyan al desarrollo social y económico de la población, con la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas a la alimentación y nutrición, las enfermedades endémicas y emergentes infecciosas y las no infecciosas, las relacionadas a la salud ambiental, salud ocupacional de manera oportuna y efectiva; relacionado directamente con la vigilancia de la salud pública y de las determinantes que afectan la salud de los peruanos.

El Plan Estratégico Institucional 2012–2016 (PEI 2012-2016), se elaboró de manera participativa, considerando el escenario nacional y el contexto en el que el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) se circunscribe; este documento técnico y de gestión, es el esfuerzo de los jefes y sus equipos de trabajo de los órganos de asesoramiento, apoyo, línea y control con la finalidad de contribuir con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población adscrita directa e indirectamente a nuestra institución.

Para la elaboración del PEI 2012-2016, se realizó el acopio e internalización de los documentos doctrinarios nacionales que trazan el quehacer de las políticas en salud; el ASIS 2012, mesas de técnicas con los jefes y sus equipos de trabajo de los órganos del hospital, finalmente la Dirección Ejecutiva de Planificación Estratégica y el Equipo formulador del PEI compiló, redactó, editó, distribuyó y divulgó el presente; en relación a esta última acción; será en dos tipos de formatos; impreso, de tiraje restringido, únicamente para Dirección General, Dirección Adjunta, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Órgano de Control Interno; y, electrónico, que se encuentra disponible en: <http://www.hnseb.gob.pe>.

Dr. Jaime Alfredo Arévalo Torres
Director General





Enfoque Metodológico
Del
Plan Estratégico Institucional.
2012-2016





ENFOQUE METODOLÓGICO

El HNSEB, formuló el presente PEI 2012–2016, incorporando nuevos retos frente al nuevo escenario político sanitario nacional y local; definiendo una política institucional basado en los resultados que puedan ser alcanzables durante este periodo, se ha enfatizado el mejoramiento de la pertinencia y coherencia de los objetivos estratégicos generales y específicos los que van de la mano con una adecuada y/o correcta elección de las metas (Eficacia) y uso racional y oportuno de los recursos disponibles por la institución (Eficiencia) para lograr un exitoso desempeño organizacional.

Enfoque participativo (1)

El PEI, es producto de un proceso coordinado, concertado, participativo y consensuado de los funcionarios, jefes y de sus equipos de trabajo del HNSEB. Se desarrollaron mesas técnicas sobre: Diagnóstico general, Rol estratégico del hospital, Diagnóstico institucional e Identificación de los objetivos estratégicos generales, específicos y acciones estratégicas; culminando con el trabajo de gabinete del equipo de OEPE con la identificación de los indicadores por objetivo general, específico y acciones; programación de metas por objetivos, programación de la distribución del presupuesto y esbozar el sistema de monitoreo y evaluación de indicadores del PEI.

Enfoque de descentralización en salud (2, 3)

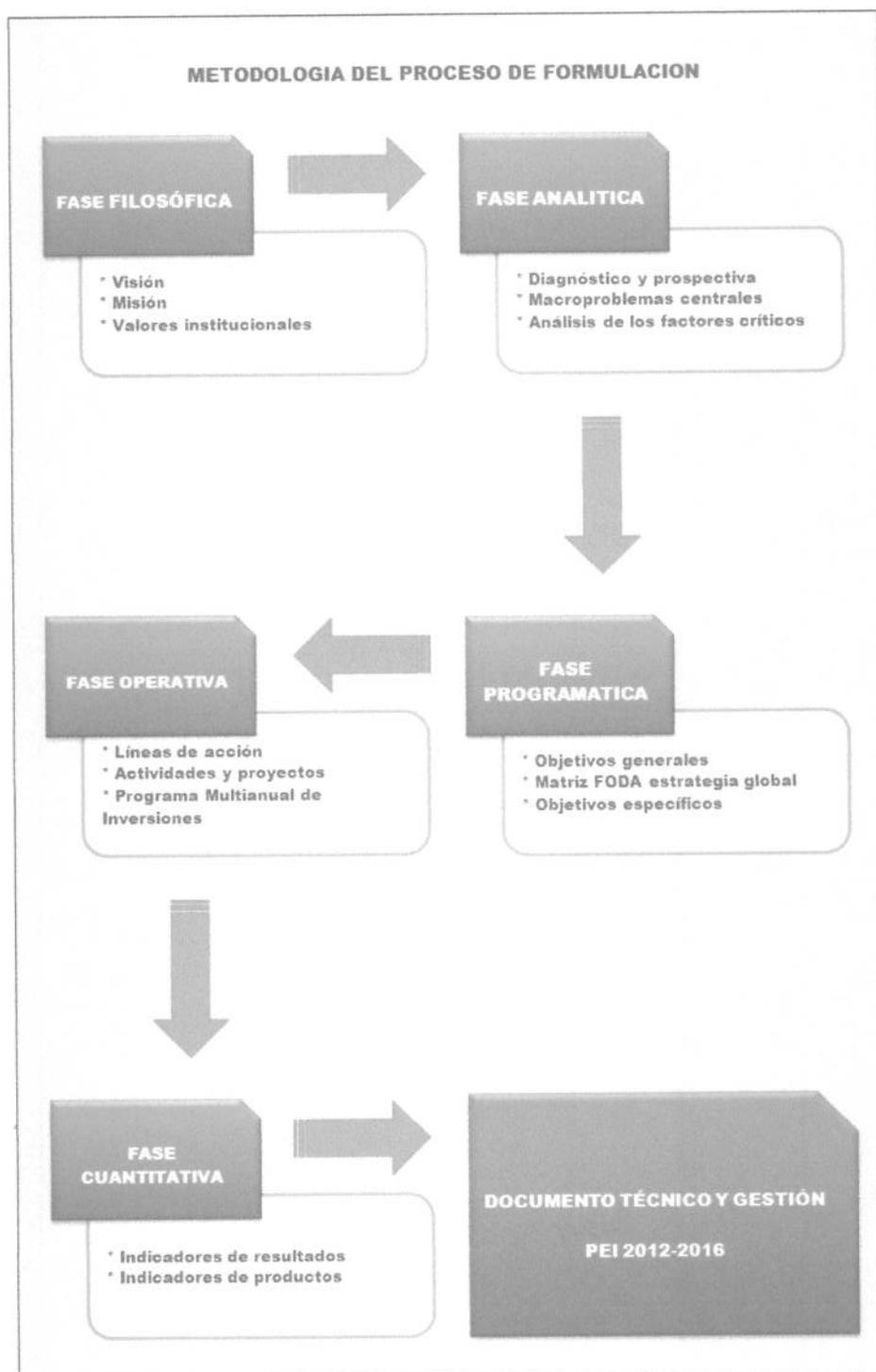
El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs), tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando planes y programas de todas las instituciones del sector salud a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y peruanas y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. El PEI del HNSEB aborda este escenario de la descentralización en el marco de las funciones y facultades transferidas desde el MINSA a los gobiernos regionales y locales (Municipalidades provinciales y distritales), y donde el HNSEB, como organismo executor del MINSA, tiene el rol de brindar asistencia médica preventiva–promocional, diagnóstica, recuperativa (tratamiento) y de rehabilitación a su población adscrita directa e indirectamente.

Metodología de formulación (1)

Comprendió la realización de un conjunto de tareas de análisis y toma de decisiones organizadas en cinco fases:



1. Fase filosófica: Concepción del rol estratégico institucional.
2. Fase analítica: Determinación de las necesidades estratégicas.
3. Fase programática: Determinación de los objetivos estratégicos generales y específicos.
4. Fase operativa: Formulación de las acciones estratégicas.
5. Fase cuantitativa: Selección de indicadores de desempeño.



Enfoque de gestión por resultados (4, 5)

La gestión del HNSEB, orienta sus acciones y actividades de gestión al cumplimiento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que define que la gestión y el uso de los recursos en la administración pública están sometidos a la medición del cumplimiento de las funciones asignadas y a la obtención de resultados los que serán evaluados periódicamente. Los macro-procesos, procesos, actividades y tareas del hospital están insertados en los programas estratégicos del presupuesto por resultados.





Marco de Referencia





MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia para la formulación del PEI 2012-2016 del HNSEB, lo constituyen los documentos técnicos y normativos que orientan la respuesta nacional, sectorial e institucional a los problemas de salud del país. El Hospital implementa sus estrategias como Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud y del Gobierno Nacional.

Las principales referencias, son:

Plan Nacional Concertado de Salud (6-8)

Es un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de los menos favorecidos en un horizonte futuro, con un enfoque de género, reconociendo la interculturalidad, la biodiversidad y que la salud es un derecho fundamental. Se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en las prioridades de salud que fueron determinadas en el Acuerdo nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud del 2005.

Presenta la problemática de la salud del país en tres grandes grupos: i) los problemas sanitarios, ii) los problemas de funcionamiento del sistema de salud y, iii) los problemas ligados a los determinantes de la salud. Este último, en el convencimiento que la salud de la población trasciende los límites del sector salud y la participación de otros sectores en la planificación de los objetivos y estrategias de mejora de estos aspectos. Define los objetivos nacionales en salud, expresados en Objetivos Sanitarios, Objetivos del Sistema de Salud y Objetivos de los Determinantes.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (9, 10)

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, consideran desde reducir a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA, constituyendo un plan convenido por todas las naciones e instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. En tal sentido y en merito a que el Perú suscribió estos compromisos referidos al Sector Salud, el PEI del HNSEB toma como referencia tres de ellos que son vinculantes con el quehacer de nuestra institución; estos son:

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.



Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

El Acuerdo Nacional (11-15)

El 22 de julio del 2002, los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, firmaron el Acuerdo Nacional (AN), actualmente el AN define 33 políticas de Estado, como base de la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. Siendo las relevantes en salud las que se refieren a los Objetivos de Equidad y Justicia Social, Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado. Las que contemplan las siguientes *Políticas de Estado*:

Décimo Primera Política de Estado

Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Con el compromiso de dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de discriminación e inequidad social, en particular contra la mujer, la infancia, los adultos mayores, las personas integrantes de comunidades étnicas, los discapacitados y las personas desprovistas de sustento, entre otras.

Décimo Tercera Política de Estado

Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Tiene como compromiso, asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables, y promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Décimo Quinta Política de Estado

Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Señala el establecimiento de una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.



Décimo Sexta Política de Estado

Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.

Con el compromiso de fortalecer a la familia como espacio fundamental del desarrollo integral de las personas. Es política de Estado prevenir, sancionar y erradicar las diversas manifestaciones de violencia que se producen en las relaciones familiares. Garantizando el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en especial de aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión.

Vigésimo Cuarta Política de Estado

Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente.

Señala el compromiso a construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, y que promueva el desarrollo y buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos. Señala también el compromiso que tiene el Estado de atender las demandas de la población asegurando su participación en la gestión de políticas públicas y sociales, así como en la regulación de los servicios públicos en los tres niveles de gobierno. Garantizando una adecuada representación y defensa de los usuarios de estos servicios, la protección a los consumidores y la autonomía de los organismos reguladores.

Trigésima Segunda Política de Estado

Gestión de Riesgos de Desastres

Tiene el compromiso de promover una política de gestión del riesgo de desastres, con la finalidad de proteger la vida, la salud y la integridad de las personas; así como el patrimonio público y privado, promoviendo y velando por la ubicación de la población y sus equipamientos en las zonas de mayor seguridad, reduciendo las vulnerabilidades con equidad e inclusión, bajo un enfoque de procesos que comprenda: la estimación y reducción del riesgo, la respuesta ante emergencias y desastres y la reconstrucción.

Lineamientos de Política de Salud 2007 - 2020

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.



2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal en Salud.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento Progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la salud.

Políticas Nacionales (15)

En el año 2007, se establecen las políticas nacionales entendiéndose por política nacional, toda norma que emite el Poder Ejecutivo en su calidad de ente rector, con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública; así como, los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios y que son de cumplimiento obligatorio y con metas semestrales verificables para todas las entidades del Gobierno Nacional, a fin de que el conjunto de las instituciones y funcionarios públicos impulsen transversalmente su promoción y ejecución en adición al cumplimiento de las políticas sectoriales. Por lo que, resulta necesario e importante que el equipo de gestión del HNSEB incorpore en el presente PEI, los siguientes **Lineamientos de Política Nacional:**

1. Descentralización.
2. Igualdad de hombres y mujeres.
3. Juventud.
4. Pueblos andinos, amazónicos, afro-peruanos y asiático-peruanos.
5. Personas con discapacidad.
6. Inclusión.



Plan Estratégico de Desarrollo Nacional – Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021 (16, 17).

El PEDN, concibe el ejercicio universal de los derechos fundamentales por las personas; como, la finalidad esencial de toda sociedad humana. Esto es reconocido en el primer artículo de la Constitución, donde se establece que “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”. De allí que el primer objetivo nacional del PB, que determina y orienta la propuesta de este plan de largo plazo, es lograr la vigencia plena de los derechos fundamentales y de la dignidad de las personas. Ello requiere erradicar la pobreza y la pobreza extrema y eliminar las barreras sociales, de género, culturales y de todo tipo que limitan las libertades humanas y la posibilidad de que todas las personas puedan realizar su máximo potencial como seres humanos. Este objetivo concuerda con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las NN.UU, que reconoce la libertad, la justicia, la paz y la dignidad intrínseca de las personas como derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Asimismo, dicho objetivo asume los postulados de Amartya Sen, quien concibe el desarrollo como un proceso integrado de ampliación de las libertades fundamentales, articulado a consideraciones económicas, sociales y políticas, que incluye el reconocimiento de los valores sociales y culturales. El HNSEB, contempla el **lineamiento estratégico**:

Oportunidad y acceso a los servicios

Objetivo específico 2

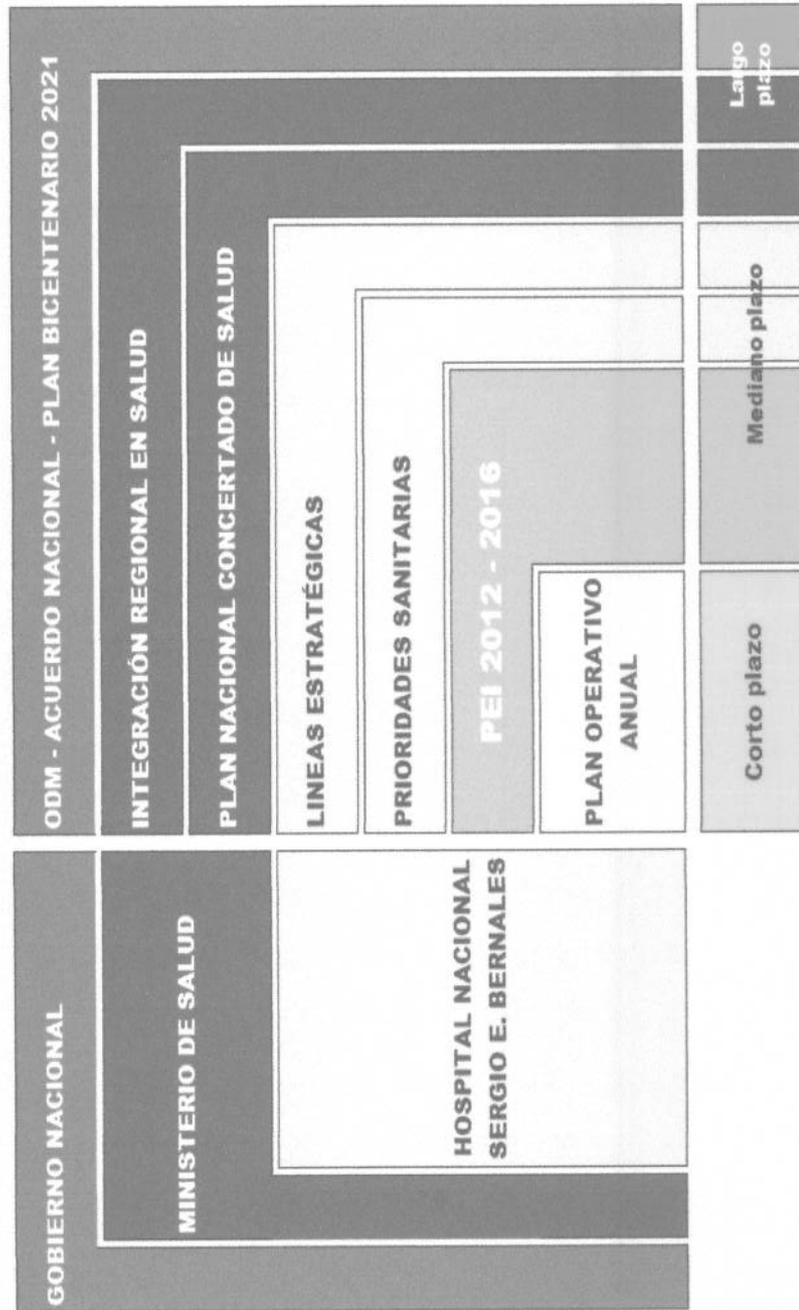
Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad.

Acciones Estratégicas

1. Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el desarrollo de las actividades del aseguramiento universal en salud.
2. Dotar a los establecimientos de salud de la infraestructura y el equipamiento necesarios.
3. Dotar de personal a los establecimientos de salud de acuerdo con sus necesidades y capacidad resolutoria, en una lógica de red.
4. Fortalecer el primer nivel de atención en el país, especialmente en los departamentos con mayor nivel absoluto de pobreza.
5. Ejecutar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el SIS, EsSalud, EPS, Seguros privados y Sanidad de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales.



MARCO DE REFERENCIA



Diagnóstico General





1. DIAGNÓSTICO GENERAL

1.1. Mega tendencias mundiales (18, 19)

El Plan Bicentenario: "El Perú: hacia el 2021" formulado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), identificó el contexto internacional y las mega tendencias que se perfilan en el momento actual y las que están relacionadas con el sistema de salud y el rol del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; estas son:

1. La globalización.
2. La democracia global.
3. Las telecomunicaciones y la masificación del uso de Internet.
4. El surgimiento de nuevas potencias económicas.
5. El envejecimiento de la población.
6. El crecimiento de las megas ciudades.
7. El cambio climático.
8. La preocupación por el ambiente y la preferencia por los productos naturales.
9. El desarrollo biotecnológico y la ingeniería genética.
10. El desarrollo de la nanotecnología y la robótica.

1.2. Situación de salud de la población adscrita al HNSEB (20)

1.2.1. Determinantes de la salud

Según el ASIS 2012 (2012); la población adscrita al hospital, **la demanda**; es 100% urbana, con un crecimiento promedio del 2,4%; Comas e Independencia están densamente pobladas. Más de la mitad de la población es mujer, dos tercio de la población pertenece a la PEA.

Hay incremento de la población mayor de 65 años y disminución de la población menor de 15 años. La edad media y la edad mediana (29 y 26 años) se ha incrementado en 4 años con relación al censo de 1993. Más del 50,0% de la población tiene menos de 17 años. Los mayores de 60 años, en promedio son el 9,0% de la población adscrita, esta crece a una tasa promedio de 6,1%;



actualmente hay 33 mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años y el 14,0% de ellos son dependientes. El promedio de hijos por mujer ha disminuido de 1,7 a 1,4 y se ha incrementado el porcentaje de madres adolescentes. Con relación a hogares con miembros que han migrado hacia otros países, el promedio es casi del 15,0% del total de los hogares.

El promedio del analfabetismo esta en 2,4% a predominio de las mujeres (7,7%) y es mayor en los distritos de Carabayllo e Independencia con valores por encima del 8,0%. En promedio el 14,0% de la población tiene primaria, casi el 50,0% secundaria, un quinto educación superior no universitaria y el 17,0% son universitarios.

Casi dos quintos de la población tiene algún tipo de seguro de salud, menos del 10,0% usa únicamente el SIS, un quinto el de EsSalud y el 8,4% utiliza otros tipos.

En promedio el 93,0% de la población total tiene al castellano como lengua aprendida desde su niñez, el porcentaje restante aprendieron el quechua, aymara y otras lenguas nativas.

El porcentaje de la población mayor de 14 años en edad de trabajar se incrementó de 70,2 a 74,7% a una tasa de crecimiento promedio anual del 2,8%.

Más del 50,0% de los hogares son nucleares y el 31,4% son extendidos.

El crecimiento de la población para el periodo intercensal 1981 - 2007 (26 años), la población adscrita al Hospital, se incrementó en promedio, 15.871 habitantes por año. El porcentaje del crecimiento vegetativo promedio de la población de los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia, fue 5,0; 1,3 y 0,9% respectivamente. Carabayllo, es el distrito que más migración interna ha recibido en los últimos 30 años; su población se triplicó (crecimiento del 300,0%).

La población para el periodo 2012–2016, se incrementará de **987.394** a **1¹103.122** habitantes; el incremento será casi del 10,0% aproximadamente. La población se estimó a partir del censo poblacional del 2007 con un crecimiento



vegetativo promedio del 2,4%. Carabayllo, será el distrito con el mayor crecimiento poblacional durante el próximo quinquenio.

Crecimiento poblacional para el periodo 2012 - 2016
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V Lima Ciudad. Comas- Lima - Perú

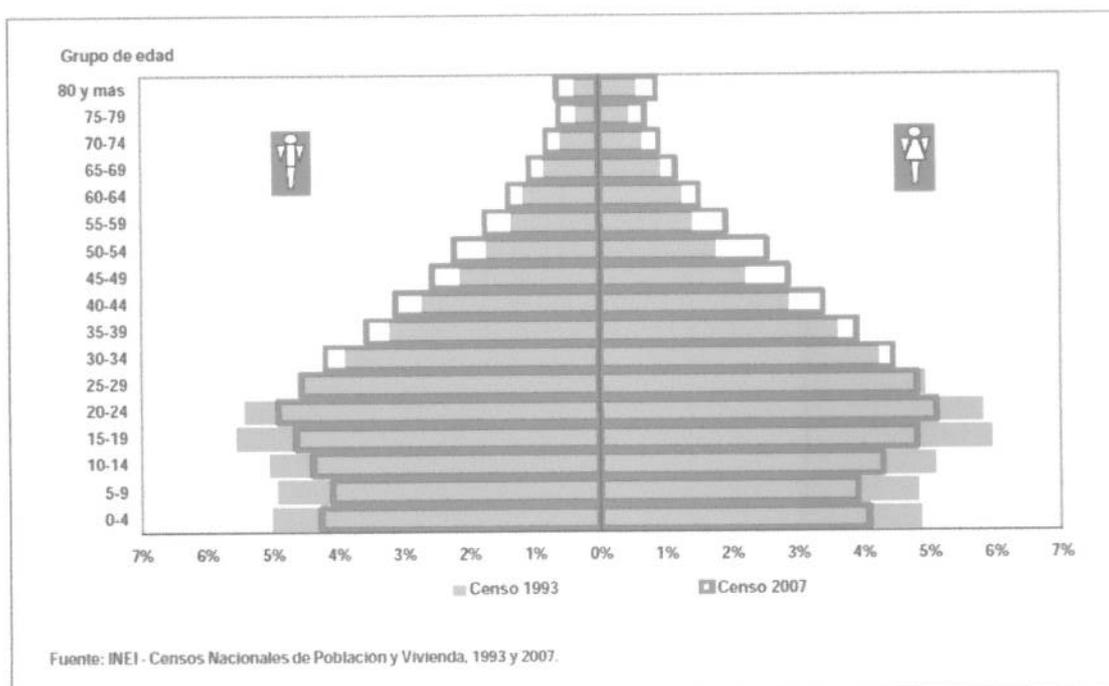
Años proyectados	Total	Carabayllo 1/	Comas 2/	Independencia 3/
2012	1008964	272340	519464	217160
2013	1031289	285957	526217	219115
2014	1054400	300255	533058	221087
2015	1078332	315268	539987	223077
2016	1103122	331031	547007	225084

Fuente: INE-Censos Nacionales 2007. XI de Población y VI de Vivienda
 Proyección elaborada por: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental 2011

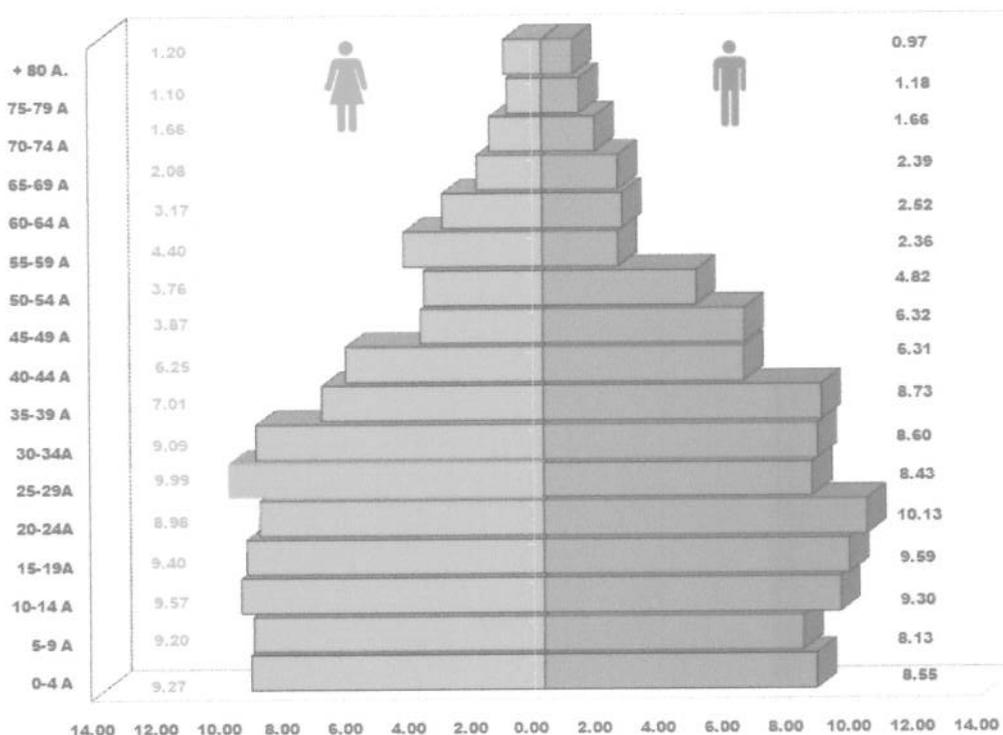
Notas:

- 1/ Carabayllo: Crecimiento vegetativo del 5.0%
- 2/ Comas: Crecimiento vegetativo del 1.2%
- 3/ Independencia: Crecimiento vegetativo del 0.9%

Pirámide de la población censada, 1993 y 2007
Provincia de Lima – Perú. 2007



Pirámide poblacional
Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes – Dirección de Salud V Lima Ciudad
Comas - Lima – Perú. 2011



1.2.2. Análisis de la morbilidad

1.2.2.1. Consolidado anual de las atenciones en general

Durante el año 2011, se realizaron 279.126 atenciones, el promedio mensual fue 23.261; el total de atenciones por todos los departamentos fueron 166.357 y por los Programas 112.769; la razón fue de 1,48 atenciones por los departamentos contra una de los programas. **Ver Tabla.**

Consolidado anual de la consulta externa por etapas de vida

En la EV Niño, el 9.98% son patologías, el resto están referidas a Exámenes médicos, Exámenes de control, Exámenes de la visión, Consultas de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones en niños menores de 5 años; Método de planificación familiar, Psicoprofilaxis en las gestantes, Control prenatales, Consulta a gestantes de alto riesgo obstétrico, Cuidados post cirugía, Consultas de psicología, Terapias y atención al paciente con VIH, y otros.



En la EV Adolescente, solo el 12,0% son patologías; el porcentaje restante son atenciones de los programas. En la EV Joven, el 8,9% son patologías; en la Adulta, el 10,2% son patologías y, en la Adulto mayor el 93,0% son patologías.

Consolidado anual de las atenciones en general

Atenciones		N°	%
		279.126	100,0
Departamentos		166.357	59,6
1.	Medicina	61.997	22,2
2.	Cirugía	53.852	19,3
3.	Ginecología y obstetricia	26.000	9,3
4.	Pediatría	17.110	6,1
5.	Medicina física y Rehabilitación	4.803	1,7
6.	Anestesiología	2.595	0,9
Programas		112.769	40,4
1.	Fisioterapia	35.008	12,5
2.	Inmunizaciones	19.235	6,9
3.	Psicología	10.078	3,6
4.	Odontología	8.829	3,2
5.	Programa materno perinatal	8.256	3,0
6.	ESN-ITS-VIH-SIDA	7.284	2,6
7.	Psicoprofilaxis	4.827	1,7
8.	Programa crecimiento y desarrollo	4.430	1,6
9.	Tópico	4.147	1,5
10.	Servicio social	4.127	1,5
11.	Nutrición y apoyo alimentario	3069	1,1
12.	Tuberculosis	2557	0,9
13.	Saneamiento ambiental	922	0,3

Consolidado anual de las atenciones por emergencia por etapas de vida.

La EV Niño, el 36,4% son patologías de origen respiratorio y el 15,6% son digestivas; en los adolescentes, el 18,6 y 11,0% son patologías del aparato digestivo y respiratorio. La fiebre no especificada es el 2,0%. En los

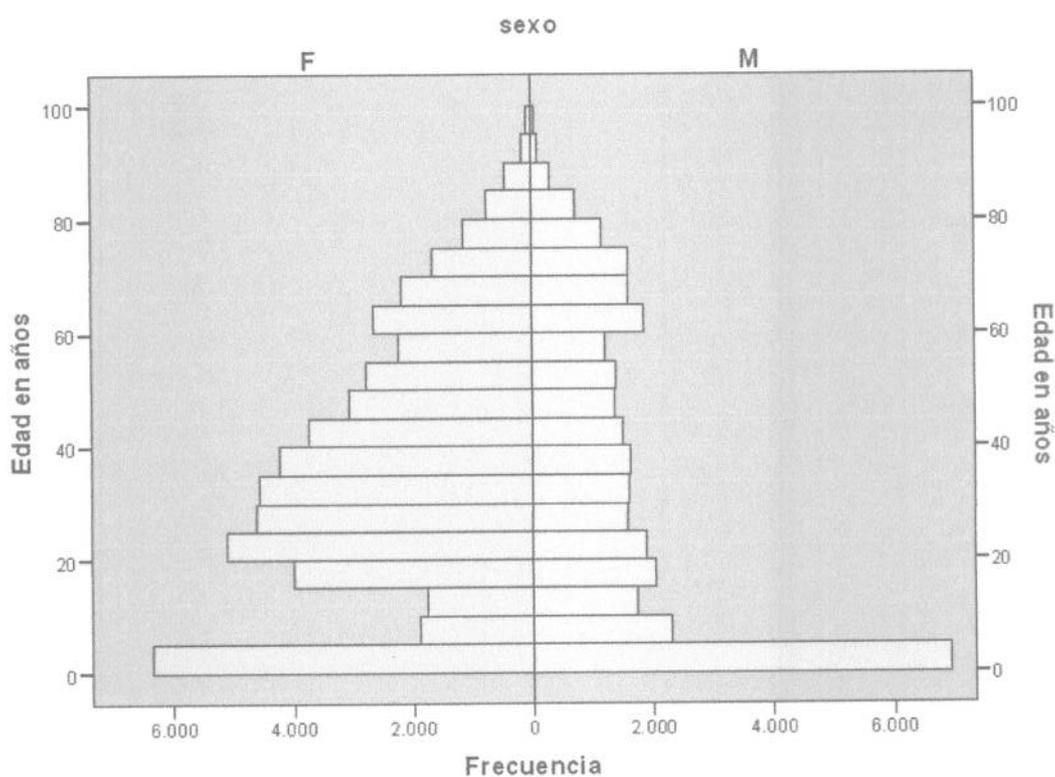


jóvenes, el 20,3% son patologías de la mujer y del embarazo; en los adultos, el 20,3% son patologías abdominales y, en los adultos mayores, el 8,3% son portadores de HTA.

Consolidado anual de los egresos hospitalarios por etapas de vida

Del total de egresos en los niños, el 26,7% son patologías de origen respiratorio y el 17,9% son del RN. En los adolescentes, el 33,7% son patologías de la mujer y relacionadas al embarazo. En los jóvenes, el 76,3% son patologías de la mujer y del embarazo. En los adultos, el 51,8% son patologías del embarazo y en los adultos mayores, el 39,5% son enfermedades no transmisibles (ENT).

Pirámide de atendidos
Consulta externa por género y grupo de edad.



Morbilidad general atendida en consultorios por etapas de vida especiales (Mayores de 60 y 75 años).

Los mayores de 60 años, son el 20,7% de la demanda de servicios de salud y la razón con los menores de 60 años, es de 1 por cada 4 consultas de los menores de 60 años.

Con relación a los mayores de 75 años, la demanda es del 6,2% y la razón con los menores de 75 años, fue de 1 por cada 16 consultas de los menores de 75 años.

1.2.2.2. Consultas ambulatorias

Durante el 2011, se realizaron 260.323 consultas externas, los meses de mayor demanda fueron: marzo, mayo, junio, agosto, septiembre y noviembre, que sumaron el 55,2% de la demanda total. El porcentaje promedio mensual de las atenciones programadas debe ser aproximadamente el 8,3%.

Más de las tres cuartas partes (77,6%) de las atenciones fueron demandadas por tres de las cinco etapas de vida; adulto (34,6%), niño (22,3%) y adulto mayor (20,7%). La etapa de vida adolescente, es la que menos ha demandado los servicios de salud del hospital. Con relación a la demanda de consultas ambulatorias por grupos especiales (mayores de 60 y 75 años); los mayores de 60 años; fueron el 20,7% de la demanda total y la razón con los menores de 60 años, fue de 1:4. La demanda de consultas ambulatorias por parte de los mayores de 75 años, fue 6,2%; la razón con los menores de 75 años, fue de 1:16.

De los 22 capítulos de morbilidad del CIE 10; nueve de ellos abarcan el 81,5% de las atenciones de la consulta externa y el 50,9% corresponden a los dos capítulos: Factores influyentes en la salud y Contacto con el servicio de salud (43,3%) y Códigos de condiciones especiales (7,6%). De las siete restantes, cuatro pertenecen a las enfermedades no transmisibles (ENT), como: Enfermedad del sistema musculo-esquelético y tejido conectivo, Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas, todas ellas suman el 18,9%; dos,



son consideradas como Enfermedades Transmisible (ET) y suman el 8,5% y los Accidentes y traumatismo fueron el 3,2%.

Del total de las atenciones, los tres primeros capítulos de morbilidad específica fueron las enfermedades: Sistemas génito-urinario (6,9%), Digestivo (6,0%) y Respiratorio (5.3%). El 18,5% de la morbilidad por capítulos, la conforman 13 de ellos; el 12,4% son ENT, como: Enfermedades del sistema circulatorio, Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedades del ojo y sus anexos, Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo, Neoplasias, Enfermedades del sistema nervioso y Enfermedades hematológicas e inmunológicas.

Las ET y Enfermedades del embarazo, parto y puerperio, son el 4,0%; estas son: Condiciones originadas en el periodo perinatal, Enfermedades del oído y proceso mastoideo, Malformaciones congénitas y cromosomopatías y las Enfermedades del embarazo, parto y puerperio. Las causas mal definidas sumaron el 4,9% del total.

1.2.2.3. Indicadores de la demanda por unidades productoras de servicios de salud (Consulta externa, Hospitalización y Emergencia)

Departamento de medicina

El departamento de medicina, ha incrementado sus atenciones en los últimos diez años; el promedio de las atenciones para el periodo 2002-2010, fue de 74.795; fueron 4.693 más atenciones que para el mismo periodo. Los porcentajes promedios de la consulta externa, emergencia y hospitalización o egreso hospitalario fueron: 68,7%; 29,5% y 1,82% respectivamente.

En el 2011, el total de atenciones realizadas por el departamento fueron 90.226, resultado muy por encima del promedio del periodo de observación (2002-2010); pero por debajo del alcanzado en el 2010, y los porcentajes para cada tipo de atención tienen valores muy similares a los promedios antes mencionados, consulta externa (67,4%); atenciones de emergencia (30,4%) y los egresos hospitalario (2,2%).



Con respecto a las atenciones brindadas en la consulta externa por las 13 especialidades disponibles, las de mayor demanda fueron gastroenterología, cardiología, medicina general, dermatología, endocrinología, neumología, neurología, psiquiatría, todas ellas sumaron el 59,8% (53.936) del total de atenciones por la consulta externa del departamento de medicina.

Para este mismo año, los totales de las atenciones de emergencias y de los egresos hospitalarios fueron 26.592 y 1.637. Con relación al total de los egresos hospitalarios, el 1,56% egresa del servicio de hospitalización de neumología.

Con relación a las especialidades de geriatría, reumatología, infectología, hematología y nefrología, estas se ofertan desde hace nueve años aproximadamente de manera permanente. La especialidad de geriatría se brinda desde el año 2003, reumatología (2004); infectología (2005); nefrología (2007); y hematología se brindó del 2000 al 2002 y del 2004 al 2005.

Departamento de pediatría

Tiene cuatro tipos de atenciones: consulta externa, emergencia, hospitalización en el servicio de pediatría y hospitalización en la unidad de cuidados intensivos de neonatología; los porcentajes promedios para cada uno de ellos, fueron 47,4%; 45,0%; 3,0% y 4,0% respectivamente.

Durante el 2011, el total de atenciones realizadas por el departamento fueron 36.505, resultado por debajo del promedio del periodo de observación (40.777). Total que se distribuye de la siguiente manera: consulta externa (37,5%), atenciones de emergencia (45,8%), egresos hospitalarios del servicio de pediatría (4,4%) y los egresos hospitalarios de la unidad de cuidados intensivos de neonatología (3,0%).

Los porcentajes de las cuatro atenciones del servicio de pediatría fueron menores a los promedio del periodo 1996-2011. Al inicio del mismo periodo de observación, las atenciones por consulta externa eran el doble de las



emergencias; hoy esta relación se ha invertido a favor de las consultas de emergencia, llegando se está mayores de 1.

Departamento de ginecología y obstetricia

Para el periodo 1996-2011, el departamento de ginecología y obstetricia incrementó sus atenciones en los últimos quince años, el promedio de las atenciones para este periodo es de 43.863.

Los porcentajes promedios de la consulta externa, emergencia y hospitalización o egreso hospitalario fueron 54,2%; 28,0% y 17,8% respectivamente.

El total de las atenciones realizadas por el departamento, fueron 50.002, resultado muy por encima del promedio del periodo de observación; el porcentaje para las atenciones de emergencias gineco-obstétricas (30,8%) tiene un valor por encima de los promedios antes mencionados.

Con respecto a las atenciones brindadas en la consulta externa gineco-obstétrica, los porcentajes promedios por consultorio especializado, es la siguiente: consulta externa G-O (24,3%); planificación familiar (12,3%); alto riesgo (13,8%); atención pre-natal (3,4%); colposcopia (3,1%); climaterio (0,1%) e infertilidad (0,2%). Con relación al año 2011, los resultados por las atenciones en consulta externa G-O fue 35,9%; planificación familiar 13,8%; alto riesgo 41,3%; atención pre-natal 0,0%; colposcopia 8,7%; climaterio 0,0 e infertilidad 0,3%.

La razón promedio de partos vaginales es 2,3 por cada parto por cesárea; la razón más alta fue en el año 2002 (3,4) y la más baja fue en el 2011 (1,3). La proporción promedio de partos por cesárea es 31,3%; la más baja fue en el 2002 (22,6%) y la más alta en el 2011 (43,3%). El promedio de partos por año es 5.250. El de los partos vaginales y por cesárea fueron 3.588 y 1.663 respectivamente.



Departamento de cirugía

El departamento de cirugía incrementó sus atenciones para el periodo 2007-2010; el promedio de las atenciones para el periodo 1996-2010, fue 69.995. Así mismo, los porcentajes promedios de la consulta externa, atenciones de emergencia y hospitalización post quirúrgica o egreso hospitalario fueron 70,5%; 23,1% y 3,7% respectivamente.

En año 2011, el total de atenciones realizadas por el departamento fueron 83.275, resultado muy por encima del promedio del periodo de observación; y los porcentajes por tipo de atención, fueron: consulta externa (64,7%); atenciones de emergencia (26,2%) y los egresos hospitalario (4,0%). Con respecto a las atenciones brindadas en la consulta externa por las 11 especialidades quirúrgicas ofertadas, las de mayor demanda fueron: oftalmología, urología, traumatología, otorrinolaringología y cirugía general; las atenciones de todas ellas sumaron el 52,6% del total. Para este mismo año, los totales de las atenciones de emergencias y de los egresos hospitalarios fueron 21.831 y 3.329. Con relación al total de los egresos hospitalarios, el 2,1% egresa del servicio de hospitalización de cirugía general; el 0,5% de traumatología; el 0,4% de urología; 0,3% de cirugía pediátrica, otorrinolaringología, neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, cirugía plástica, cirugía oncológica y cirugía de tórax y vascular todas ellas sumaron el 0,8%.

Departamento de neonatología

Para el periodo 2004-2011, el promedio mensual máximo y mínimo de los recién nacidos (RN) vivos atendidos en el servicio de neonatología, fueron 517 (2005) y 446 (2009). El número total de recién nacidos por años oscila entre 5.353 (2009) y 6.203 (2005). El servicio mantiene el número de atenciones de recién nacidos prematuros (RNP), el promedio anual, es 383 RNP y el mensual está entre 30 y 38. La mayor atención de RNP se dio en el año 2004 (459) y la menor en el 2009 (354).

Para el mismo periodo, el promedio anual de recién nacidos de bajo peso (RNBP), fue 352, y el promedio mensual estuvo entre 24 y 33. En ambos



casos, el incremento y disminución del número de RNP y RNBP no están relacionados con la estacionalidad.

Departamento de diagnóstico por imágenes

Los últimos 12 años, la razón promedio del examen radiográfico con el ecográfico, fue 3,6. En la consulta externa, es 1,9 veces más. En hospitalización es 3,0 y en emergencia 12,7 veces más utilizadas para definir un diagnóstico.

La razón promedio del examen radiográfico por una tomografía, es 16,2. En la consulta externa, es 22,3 veces más solicitada. En hospitalización es 10,8 y en el servicio de emergencia es 14,7; situación que depende de la gravedad y tipo de enfermedad o si tiene o no algún tipo de seguro de atención de salud o solvencia económica. La razón promedio del examen ecográfico con la ecografía G-O, es 1,1.

Departamento de patología clínica y anatomía patológica

La demanda de los exámenes de bioquímica y hematológicos como exámenes clínicos de ayuda diagnóstica, ha disminuido con respecto al 2010. Con relación a los exámenes bacteriológico, inmunológicos, orina completa tuvieron un escaso incremento.

1.2.2.4. Indicadores hospitalarios

Neonatología

La tasa de mortalidad infantil, estima el riesgo o la probabilidad de muerte de los nacidos vivos en su primer año de vida. La tasa de mortalidad neonatal precoz, estima el riesgo de un nacido vivo de morir durante la primera semana de vida. La tasa de mortalidad neonatal tardía, estima el riesgo de un nacido vivo de morir entre el 7mo. y 27vo. día de vida.

Los indicadores descritos, denotan el desarrollo socio-económico y la infraestructura ambiental, que condicionan la desnutrición infantil y las infecciones a ella asociadas. También, el acceso y la calidad de los



recursos disponibles para la atención de la salud materno-infantil. Aquí también, están el porcentaje de prematuridad y el porcentaje de RNV-BP.

La tasa de mortalidad perinatal, estima el riesgo de muerte de un feto cuando nace sin ninguna señal de vida o, si naciera vivo, de morir en la primera semana. Este indicador refleja la existencia de factores vinculados a la gestación y al parto, como el peso al nacer, las condiciones de acceso a los servicios de salud y la calidad de la asistencia prenatal, en el parto y al RN.

Los indicadores hospitalarios, periodo 2006-2011, las tasas de mortalidad infantil y tasa de mortalidad perinatal promedios del hospital, son altas (14,2 y 21,2 por mil) con relación al estándar nacional (4 por mil). La razón de mortalidad materna, está en disminución desde el año 2007, en el 2011, fue 7,0 por 10000; siendo el estándar 4 por 10 mil.

Sala de operaciones

La producción promedio de las salas de emergencia para el periodo 2006-2011, es 1.66 operaciones por una de las siete salas operativas que posee el hospital. En el 2011, el hospital contó con siete salas de operaciones, sin embargo su producción fue por debajo del promedio (1.206); en el 2006, se contaba con 5 salas de operaciones y fue el año con el mayor número de operaciones efectuadas (1.395).

Indicadores de morbi – mortalidad del departamento de anestesiología y centro quirúrgico

Durante el 2011, el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, se realizaron 8.442 operaciones, de ellas el 42,8% fueron programadas, el 11,4% ambulatorias y el 45,8% de emergencia. Con un rendimiento promedio mensual de 101 operaciones por sala y 1206 operaciones anuales y una tasa de mortalidad de 1,9 por mil pacientes sometidos a una intervención. La razón entre las operaciones de emergencia y las programadas fue 1,1:1.



Calidad

El porcentaje promedio de la infecciones intrahospitalaria para el periodo 2006-2011, fue de 0.5%; el año 2011 fue 0,4%. El estándar nacional, es 7,0%; el hospital tiene un porcentaje muy por debajo del promedio nacional.

Con relación al porcentaje de partos por cesárea para el mismo periodo, fue 43,3%, el estándar es 10,0%, el porcentaje promedio para el periodo, fue 36,8%. Y respecto, al porcentaje promedio de cesáreas primarias fue 16,5% siendo el estándar nacional, 6,0%.

La razón de mortalidad materna promedio del hospital, para el periodo 2006-2011; es mayor (7 por 10 mil) al estándar nacional (4 por 10 mil); en el 2011, la razón MM para el hospital fue de 7,1 por 10 mil, valor por encima del estándar nacional.

La tasa de muertes neonatal precoz promedio del hospital, para el periodo mencionado; es ligeramente menor al promedio nacional (11 por mil). Para el periodo 2010-2011, las tasas alcanzadas (8,1 y 8,3 por mil) fueron menores al nacional.

La tasa de mortalidad infantil promedio del hospital, para el periodo 2006-2011; fue 14,1 por mil RN vivos; la nacional de 4 por mil. Los valores obtenidos por el hospital son entre 3,0 y 4,9 veces por encima del valor nacional. El valor más alto fue en el año 2006 y el más bajo en el 2011.

El porcentaje de las IIH, denota problemas en la cadena de la bio-seguridad del paciente por parte del servicio hospitalario. El porcentaje de cesáreas y porcentaje de cesáreas primarias del hospital tienen valores muy por encima del valor promedio nacional, situación que tiene relación directa con el RR.HH especializado y el nivel de complejidad del hospital (III-1).

La RMM, TMNP y TMI, tiene que ver de manera directa con el acceso y la tipo de calidad de los recursos disponibles para la atención de la salud materno- infantil. También, con el desarrollo socio-económico de la población y la infraestructura de los servicios, que condicionan la



Porcentaje de ocupación de camas de los servicios de hospitalización y emergencia

El grado de uso u ocupación de camas promedio del hospital, es 57,0% (Periodo 2006-2011), el estándar nacional es 90,0%; el grado de uso está en incremento en los últimos cinco años sobre todo para el periodo 2008-2011, en los que los valores de ocupación se han mantenido entre el 81,0 y 86,0% de ocupación del total de las camas disponibles del hospital. El año 2011 fue 79,0%.

1.2.2.5. Análisis de situacional de las infecciones intrahospitalarias.

Según el tipo de infección, durante el año 2011, ocurrieron 61 infecciones intrahospitalarias; las de mayor porcentaje fueron las infecciones del torrente sanguíneo (36,0%), las infecciones de herida operatoria (26,0%) y las infecciones del tracto urinario (23,0%) respectivamente; y, la de menor porcentaje fueron las endometritis puerperales (2,0%). En relación a las IIH por servicios de hospitalización, el servicio de la UCI neonatal presentó el mayor porcentaje (31,0%) y obstetricia cero por ciento.

Infecciones intrahospitalarias por procedimiento invasivo

- **Infección del torrente sanguíneo por uso de catéter venoso central y periférico.**

En el servicio de neonatología, la tasa de densidad de incidencia acumulada de las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociado al uso de catéter venoso central (CVC), fue cero; y , el de las ITS debido por el uso de catéter venoso periférico (CVP), fue 6,54 por 1.000 días de exposición (d.e). Ambos resultados, son menores a las tasas de densidad de incidencia del promedio nacional (11,71 y 2,52 por 1.000 d.e respectivamente) para el periodo 2007-2010.

En el servicio de la UCI de adultos, la tasa de densidad de incidencia acumulada de la infección del torrente sanguíneo (ITS) por el uso de catéter venoso central (CVC), fue 7,35 por 1.000 d.e. El resultado es menor a la tasa promedio nacional (3,26 * 1.000 d.e)



para el periodo 2007-2010. La tasa de densidad de incidencia acumulada de las infecciones del torrente sanguíneo (TDIA-ITS) para el hospital durante el año 2011, fue 6,52 * 1000 d.e.

- **Neumonías por uso del ventilador mecánico**

En los servicio de neonatología y UCI de adultos, las tasas de densidad de incidencia acumuladas de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico (VM), fue 8,73 y 11,86 por 1.000 d.e, respectivamente.

La tasa de la UCIN es ligeramente mayor a la tasa de densidad de incidencia del promedio nacional (8,26) y la tasa de la UCI de adultos es menor (17,31) para el periodo 2007 – 2010. La tasa de densidad de incidencia acumulada a diciembre del 2011 de las neumonías asociadas al uso de VM (TDIA-Neu) para el hospital, fue 10,88 por 1.000 d.e.

- **Infecciones del tacto urinario por uso de catéter urinario permanente.**

En los servicios de la UCI de adultos, medicina y cirugía; las tasas de densidad de incidencia acumuladas de las infecciones del tracto urinario (ITU) asociado al uso de catéter urinario permanente (CUP), fueron 4,55; 2,45 y 2,81 por 1.000 d.e. respectivamente, resultados que se encuentran por debajo de la densidad de incidencia del promedio nacional (4,75; 6,21 y 3,26 por 1.000 d.e respectivamente.) para el periodo 2007-2010. La tasa de densidad de incidencia acumulada de las infecciones del tracto urinario (TDIA-ITU) para el hospital, para el periodo enero-diciembre 2010, fue 3,1 por 1.000 d.e.

- **Infección de las heridas operatorias por procedimientos quirúrgicos.**

En el servicio de ginecología y cirugía, las tasas de incidencia acumulada a diciembre del 2011, de las infecciones de heridas



operatorias (IHO) por parto por cesárea, colecistectomías y hernioplastías inguinales, fueron 0,58; 0,00 y 0,52 por 100 procedimientos quirúrgico (p.q) respectivamente.

Los resultados obtenidos fueron menores a las tasas de incidencia acumulada nacionales (1,72; 0,56 y 0,54 por 100 p.q respectivamente) para el periodo 2007 – 2010. La tasa de incidencia acumulada de las infecciones por herida operatoria (TIA-IHO) del hospital, fue 0,53 por 100 p.q.

- **Endometritis puerperal post parto vaginal o parto por cesárea.**

En el servicio de ginecología, las tasas de incidencia acumulada de las endometritis puerperales post parto vaginales y por cesárea, fueron 0,00 y 0,04 por 100 partos vaginales (pv) o por cesáreas (pc) respectivamente. Resultados que fueron menores a las tasas de incidencia nacionales (0,46 y 0,87 por 100 pv y pc, respectivamente) para el periodo 2007 – 2010. La tasa de incidencia acumulada de las endometritis puerperales por partos vaginales y por cesárea para el hospital, durante el año 2010, fue 0,02 por 100 pv-pc.

Infecciones intrahospitalarias por servicio de hospitalización

- **Servicio de neonatología**

Durante el año 2011, el riesgo (tasa de densidad de incidencia) de contraer infecciones del torrente sanguíneo y neumonías en este servicio, fue 6.50 por cada 1.000 días de exposición al cateterismo venoso central o cateterismo venoso periférico o ventilación mecánica. El promedio de días de exposición por persona fue de 6,9 días. En total, fueron 2.921 días de exposición y 421 pacientes bajo vigilancia.

El riesgo de los RN con relación a la exposición al cateterismo venoso central y a la ventilación mecánica fue cero y 8,73 por 1.000 d.e.



Por lo tanto, el riesgo de presentar una IIH es mayor en los pacientes expuestos al cateterismo venoso periférico (6,54 por 1.000 d.e), debido a 2.599 días de exposición. El número de pacientes vigilados fue 17 y promedio de días de exposición por paciente, fue 7,6 días.

- **Servicio de la unidad de cuidados intensivos de adultos**

Entre enero y diciembre del 2011, el riesgo (tasa de densidad de incidencia) de contraer una infección del torrente sanguíneo o infección del tracto urinario o neumonías en la UCI de adultos, fue de 7,0 por cada 1.000 días de exposición al cateterismo venoso central, cateterismo urinario permanente y ventilación mecánica. En este servicio, se vigilaron en total 439 pacientes con 2.286 días de exposición, siendo el promedio de días de exposición por paciente de 6,2 días.

El mayor número de días (1.099) de exposición estuvo en los pacientes expuestos (191) al cateterismo urinario permanente (promedio = 5,8 días) el que, no se relaciona necesariamente con el riesgo de contraer una IIH, debido que en mayor riesgo (11,86 por 1.000 d.e) lo tuvieron los pacientes expuestos (80) a ventilación mecánica teniendo 506 días de exposición (promedio = 6,3 días / persona).

- **Servicio de obstetricia**

La tasa de incidencia de endometritis puerperal para el servicio de obstetricia, fue de 0,0 por cada 100 partos vaginales. Se atendieron 3.265 partos y de ellos ninguno se complicó.

Servicio de ginecología

La tasa de endometritis puerperal post parto por cesárea; fue 0,04 por cada 100 cesáreas realizadas. Se realizaron 2.587 partos por cesáreas y se presentó un caso de endometritis puerperal.



El riesgo de infección de la herida operatoria, fue de 0,58 por cada 100 cesáreas realizadas. El número de heridas infectadas fue 15.

Por lo tanto, el riesgo (tasa de incidencia) para contraer una endometritis puerperal post parto vaginal o parto por cesárea, fue 0,02 por cada 100 partos vaginales o cesáreas. Se presentó una endometritis en 5.852 partos atendidos.

- **Servicio de medicina**

Este servicio, presentó una tasa de densidad de incidencia (riesgo) por infecciones del tracto urinario de 2,45 por 1.000 d.e al cateterismo urinario permanente. El número de días de exposición, fueron 1.634 en 257 pacientes expuestos y de estos 4 presentaron una infección de tracto urinario. El promedio de días expuestos al riesgo por persona, fue 6.4.

- **Servicio de cirugía**

La tasa de densidad de incidencia de las infecciones del tracto urinario en el servicio de cirugía, fue 2,81 por 1.000 d.e. a cateterismo urinario permanente. El número de días de exposición, fueron 1.778 y la cantidad de pacientes expuestos fue 240 y de ellos cinco presentaron infecciones. El promedio de días expuestos por persona, fue 7,4.

La tasa de incidencia de infección de las heridas operatorias de las colecistectomías y hernioplastías inguinales, fueron 0,00 y 0,52 por cada 100 procedimientos quirúrgico realizados, respectivamente. El total de pacientes expuestos fueron 421 con una sola infección de herida operatoria.

Microorganismos aislados en las infecciones intrahospitalarias

Las infecciones por microorganismos patógenos, se presentan en un contexto localizado, dentro y fuera del hospital, infecciones intrahospitalarias e infecciones ocurridas en la comunidad respectivamente.



La identificación del agente causal de las infecciones es importante para saber su comportamiento y brindar el tratamiento pertinente y adecuado. Por lo tanto, para que ocurra una infección debe darse una serie de acontecimientos o hechos o pasos que faciliten al agente causal o microorganismo; esta sucesión es llamada Cadena Epidemiológica; comprende los pasos que siguen los microorganismo desde su hábitat natural (reservorio), hasta el hospedero susceptible (paciente). Entonces, la importancia de conocer al microorganismo es determinar cuál es el eslabón más débil o el más accesible, y una vez descubierto, se procura destruirlo o romperlo; usando las medidas de control y prevención correspondiente.

Análisis situacional de los accidentes punzo-cortantes e infección por tuberculosis en la población asistencial del hospital

Se registró y notificó un caso de accidente punzocortante en una estudiante de enfermería, el objeto punzo-cortante fue un catéter venoso periférico, ocurrido en el servicio de tóxico de emergencia.

Durante el 2011, no se notificaron casos de tuberculosis pulmonar en el personal del hospital.

1.2.3. Análisis de la mortalidad

1.2.3.1. Mortalidad en la etapa de vida niño (0 a 11 años)

Del total de fallecidos, el 51,2% se debieron a enfermedades no transmisibles (ENT) y de ellas un poco más de la mitad fueron por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. El 36,0% a enfermedades transmisibles (ET) y de estas casi las dos terceras partes murieron por sepsis bacteriana del RN.

La tasa de mortalidad general por la etapa de vida niño, fue 92,5 por 100 mil menores de 11 años; y las tres principales causas de muerte, fueron las malformaciones congénitas, sepsis bacteriana del RN y los trastornos respiratorios específicos.



1.2.3.2. Mortalidad en la etapa de vida adolescente (12 a 17 años)

La mayor proporción de la mortalidad en esta etapa de vida, está dada por las ENT (57,1%), seguida de ET (14,3%). La tasa de mortalidad general, fue 3,7 por 100 mil adolescentes menores de 17 años.

1.2.3.3. Mortalidad en la etapa de vida joven (18 a 29 años)

En esta EV, las ET fueron las primeras causas de fallecimiento (35,9%), seguidas de las ENT y los accidentes. La tasa de mortalidad de esta EV, fue 20,6 cada 100 mil jóvenes.

1.2.3.5. Mortalidad en la etapa de vida adulto (30 a 59 años)

Las dos terceras partes de las causas de muerte en esta EV, se deben a las ENT (64,7%); y del total de estas, el 45,4% son debidas a tumores malignos. Con relación al género, el 20,5% de los tumores malignos se dieron en las mujeres. La tasa de mortalidad general en esta EV, fue 234,0 por 100 mil adultos; y la debida a tumores malignos en general, fue 79,8; y por género, fueron 63,5 (masculino) y 96,1 (femenino) por 100 mil adultos y adultas, respectivamente. Las ET, fueron el 15,3% con una tasa de mortalidad de 35,9 por 100 mil adultos.

1.2.3.6. Mortalidad en la etapa de vida adulto mayor (mayores de 60 años)

El 59,7% de los fallecidos en esta EV, se debieron a ENT; y el 29,1% de ellas fueron por tumores malignos que representan el 18,0% del total de las causas de muerte en los mayores de 60 años. La tasa de mortalidad general en la EVAM, fue 3.775,0 por cada 100 mil adultos mayores de 60 años. Con relación a la tasa de mortalidad por tumores, fue 825,6 y según el género fue 960,9 (masculino) y 690,1 (femenino) por 100 mil adultos o adultas mayores de 60 años, respectivamente.

Las ET, abarcan el 20,8% de los fallecimientos en la EVAM con una tasa de mortalidad de 786,7 por cada 100 mil adultos mayores de 60 años. Las ENT tienen entre el 33,0 y 46,0% de los fallecidos. Los tumores o neoplasias malignas están entre el 21,0 y 25,0% y los casos fatales



Área de influencia del hospital y su ubicación en el territorio peruano

País: Perú	Provincia o Región: Lima Metropolitana		
			
Lima Metropolitana tiene 43 distritos. Adscritos al HNSEB sólo 3:			
 <p>BANCO DE INFORMACION DISTRITAL</p> <p>HUARAL CANTA</p> <p>ANCON CARABAYLLO</p> <p>SANTA ROSA PUENTE PEDRA CALLAO</p> <p>SAN JUAN DE LURIGANCHO LURIGANCHO HUAROCHIRI</p> <p>COMAS</p> <p>CHINLACA</p> <p>CHILACAMA</p> <p>CIENEGULLA</p> <p>LIMA</p> <p>MIRAFLORES VILLA MARIA DEL TRIUNFO PACHACAMA</p> <p>CHORRILLOS VILLA SALVADOR LURIN</p> <p>BARRIO HERMOSA PUNTA NEGRA</p> <p>SANTA MARIA DEL MAR</p> <p>PUCUBANA CAÑETE</p> <p>0 27km</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática (MAPA REFERENCIAL)</p>		 <p>Carabayillo</p>	
		 <p>Comas</p>	
		 <p>Independencia</p>	
Población indirecta adscrita al HNSEB: Regiones Huánuco y San Martín			
Perú	Huánuco	Perú	San Martín
	 <p>BANCO DE INFORMACION DISTRITAL</p> <p>SAN MARTIN</p> <p>LA LIBERTAD</p> <p>YACAYALTA</p> <p>HUANUCO</p> <p>PASCO</p>		 <p>BANCO DE INFORMACION DISTRITAL</p> <p>AMAZONAS</p> <p>LA LIBERTAD</p> <p>SAN MARTIN</p> <p>HUANUCO</p>



1.2.4.2. Dimensiones del hospital

Área terreno inicial	: 606.285.52 m ²
Área construida	: 16.833,33 m ²
Sótano	: 189 m ²
Primer piso	: 15.201 m ²
Segundo piso	: 1.443,33 m ²
Área entre construcciones	: 8.358,90 m ²
Área libre	: 578.100,47 m ²
Por el frente	: 405,50 m. (Av. Túpac Amaru)
Lateral derecho	: 881 m.
Lateral izquierdo	: 486,41 m.
Por el fondo	: 134,50 m.

1.2.4.3. Límites de Comas, distrito de ubicación del HNSEB

Norte: Distritos de Carabaylo; y los distritos de la Provincia de Canta – Región Lima.

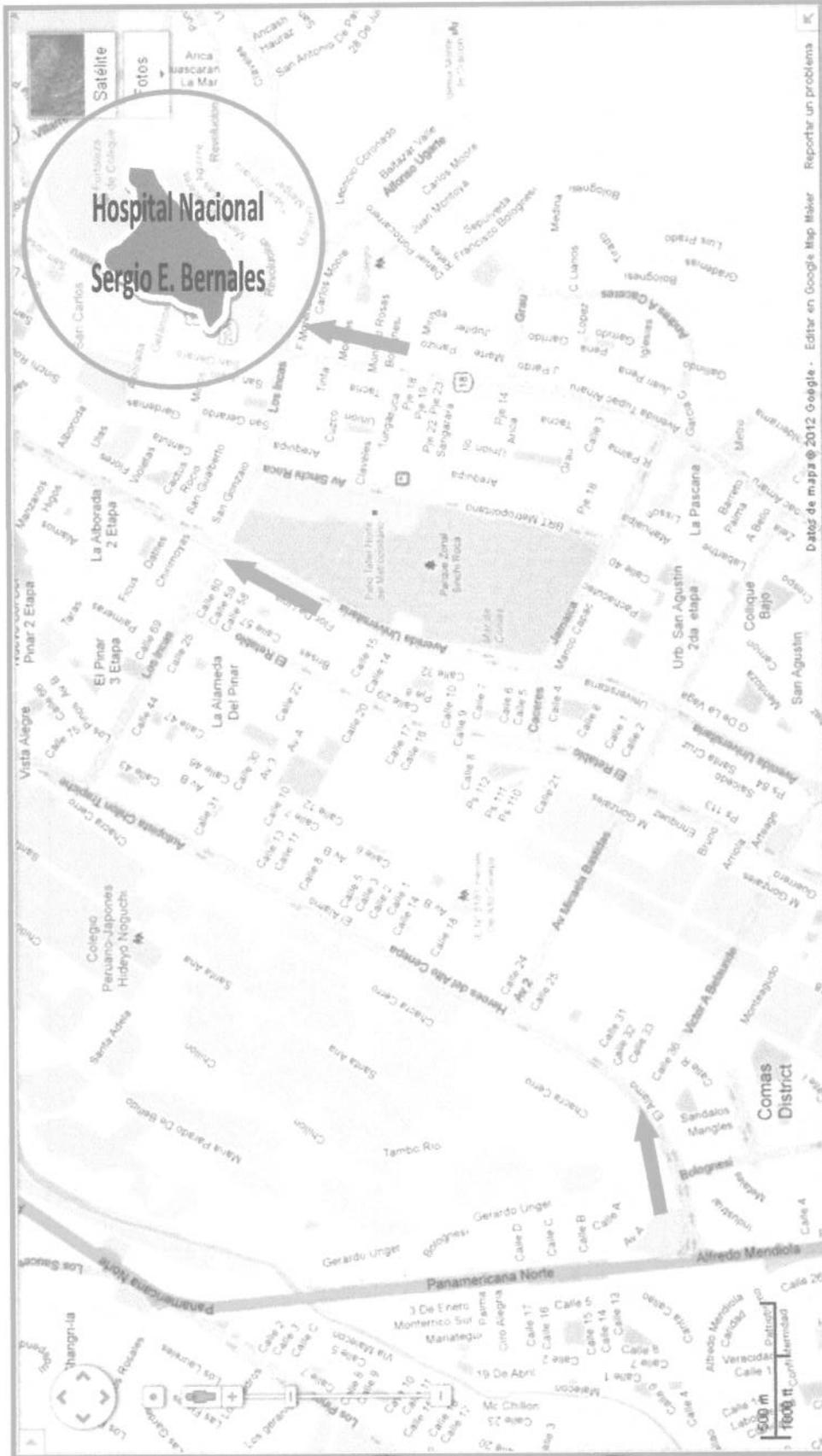
Sur: Distritos de Independencia, Los Olivos y San Juan de Lurigancho.

Este: Distrito de Carabaylo y San Juan de Lurigancho.

Oeste: Distritos de Puente Piedra y Los Olivos.



Plano de acceso al hospital



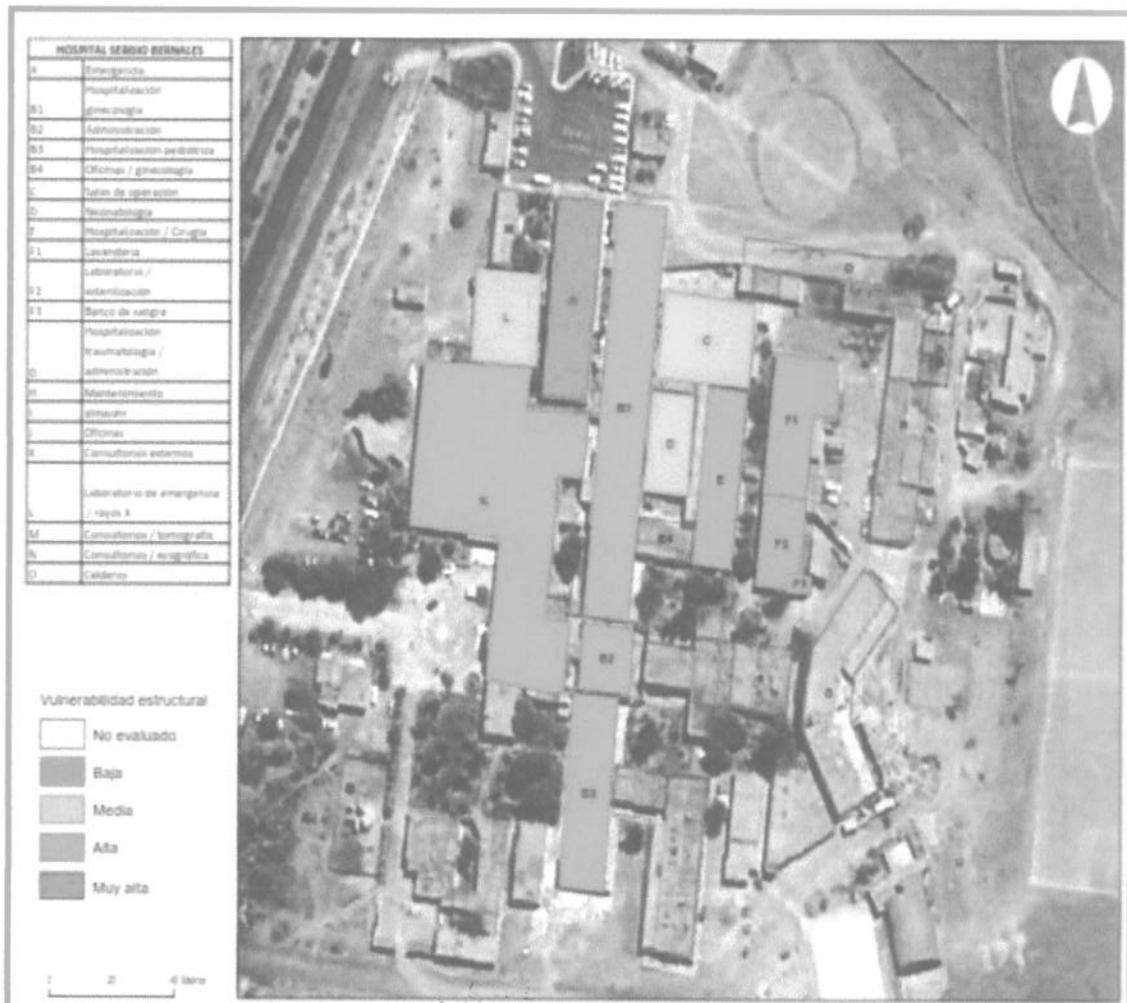
1.2.4.4. Accesibilidad

Por cinco corredores viales y sociales:

1. Avenida Circunvalación - Avenida Túpac Amaru - Hospital.
2. Avenida Caquetá - Avenida Túpac Amaru - Hospital.
3. Avenida Alfonso Ugarte – Puente del Ejército – Carretera Panamericana - Avenida Túpac Amaru - Hospital.
4. Avenida Universitaria - Avenida Los Incas - Hospital.
5. Carretera Panamericana – Avenida Héroes del Cénepa (Ex–Trapiche) - Avenida de los Incas - Hospital.

1.2.4.5. Vulnerabilidad estructural del hospital, según el SIRAD

Precisar la zonificación sísmica no equivale a la vulnerabilidad estructural de las edificaciones, la cual necesita estudios adicionales.



EL GRAN SILENCIO SISMICO

El Instituto Geofísico del Perú (IGP), sostiene que la costa central del país (Ancash, Lima e Ica) experimenta un “silencio sísmico prolongado”, porque desde hace 266 años no se registra un evento de gran magnitud como los ocurridos en Chile y Japón, la posibilidad de que ocurran sismos de gran magnitud es muy alta, tal como lo determinan la recurrencia histórica y la disposición geológica. Lo cual exige que estemos prevenidos y preparados.

En este sentido, el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), con la asistencia técnica, gerencial y operativa del Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el financiamiento de la Comisión Europea ejecutó el Proyecto “Preparación ante Desastre Sísmico y/o Tsunami y Recuperación Temprana en Lima y Callao”, el que ha permitido la implementación del Sistema de Información de Recursos para la Atención de Desastres - SIRAD.

En el que se menciona que en caso de un sismo de gran magnitud, se espera que los daños a las viviendas o infraestructuras sean mayores cuando el suelo presenta las peores condiciones dinámicas. Para lo cual, determinaron cuatro niveles de peligro sísmico en base a los cinco tipos de zonas sísmico-geotécnicas, considerando a las zonas IV y V como zonas de peligro sísmico muy alto).

De manera que este estudio determinó que el distrito en el que se encuentra ubicado el hospital es una zona I – II, de peligro sísmico relativamente bajo; conforme se aprecia en mapa y cuadro adjunto.

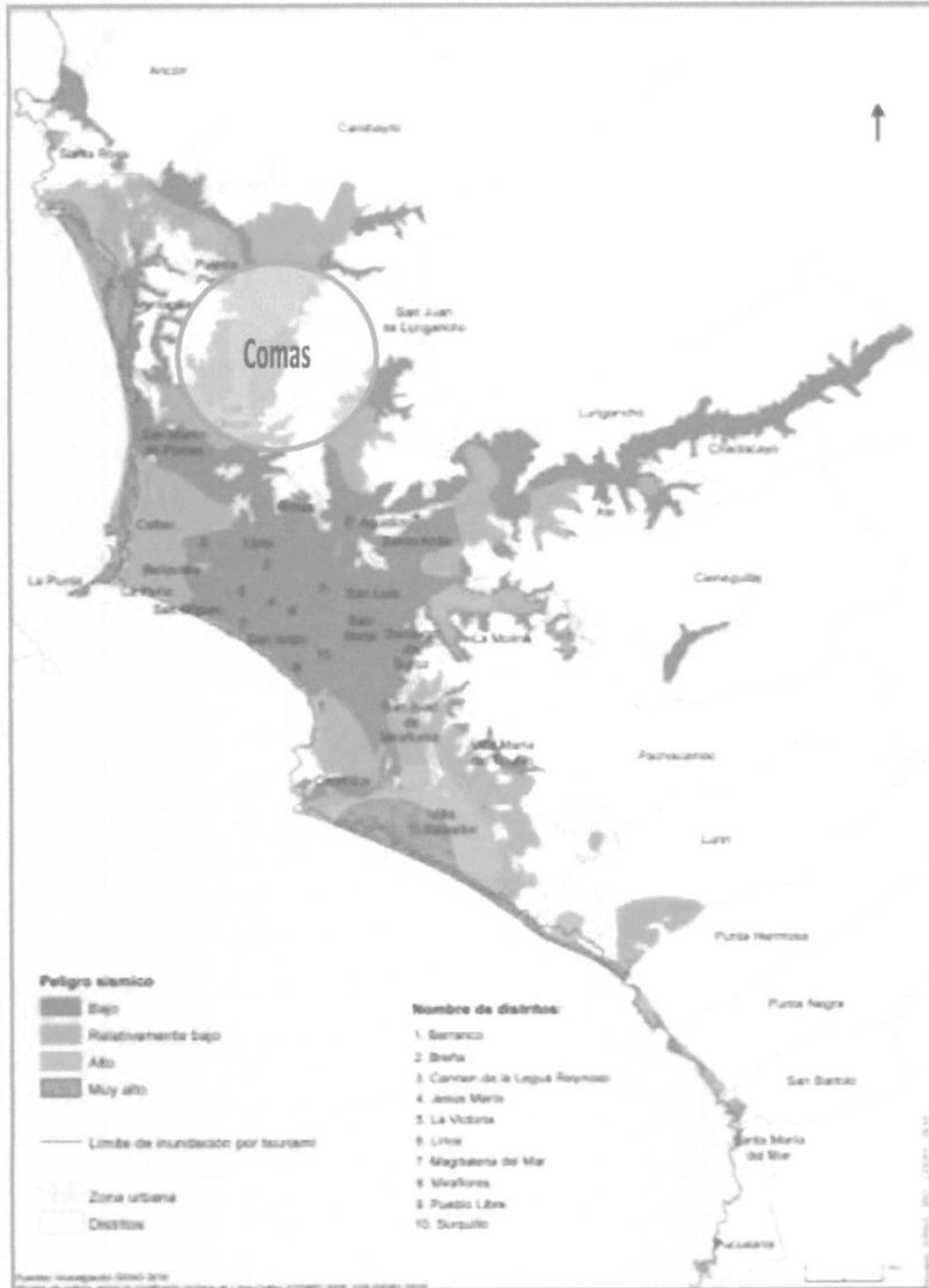
Correspondencia entre zonas sísmico-geotécnicas y niveles de peligro sísmico

Zonas sísmico - geotécnicas	Suelos correspondientes	Peligro sísmico
Zona I	Afloramientos rocosos y estratos de grava	Bajo
Zona II	Suelos granulares finos y suelos arcillosos sobre grava aluvial o coluvial	Relativamente bajo
Zona III	Arena eólica (sin agua)	Alto
Zona IV	Arena eólica (con agua)	Muy alto
Zona V	Rellenos	

Fuente: GSI/IGP (2005), Estudio SIRAD (2010)



Mapa de peligro sísmico e inundación por Tsunami en Lima y Callao



1.2.4.6. Análisis de los determinantes políticos, organizacionales, estructurales, económicos e inversiones del sistema hospitalario.

El Hospital es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V - Lima Ciudad. Categorizado con el Nivel III-1 según Resolución Directoral N° 502-DG-DESP-DISA-III-LN-2005. Es un establecimiento de salud de alta complejidad en la atención de salud, encargado de brindar atención y vigilancia en salud integral de las personas, de acuerdo al marco normativo vigente N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.

Mediante RM N° 795/2003 y sus modificatorias RM.N° 512-2004-MINSA, RM N° 343-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para el cumplimiento de su misión y logro de sus objetivos estratégicos generales.

La Estructura Orgánica del HNSEB es la siguiente:

Órgano de dirección: Dirección General.
Órgano de control: Órgano de Control Institucional.

Órganos de asesoramiento:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Gestión de la Calidad.

Órganos de apoyo:

- Oficina Ejecutiva de Administración:
 - Oficina de Personal.
 - Oficina de Economía.
 - Oficina de Logística.
 - Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
- Oficina de Comunicaciones.
- Oficina de Estadística e Informática.
- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.
- Oficina de Seguros.



Órganos de línea

- Departamento de Medicina.
- Departamento de Cirugía.
- Departamento de Gineco-Obstetricia.
- Departamento de Pediatría
- Departamento de Odonto-Estomatología
- Departamento de Consulta Externa y Hospitalización.
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- Departamento de Enfermería.
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Departamento de Nutrición y Dietética.
- Departamento de Psicología.
- Departamento de Farmacia.
- Departamento de Servicio Social.

1.2.4.7. Cartera de servicio

La cartera de servicios, está compuesta por los cuatro servicios médicos básicos, medicina con 10 especialidades; cirugía con 11; gineco-obstetricia con 7, Pediatría con 4; además de otras especialidades como, Medicina de rehabilitación, Psicología, Odontología, Terapia física, ocupacional y de lenguaje, Terapia del dolor y las Estrategias Sanitarias Nacionales (17).

Los servicios de hospitalización de los departamentos, cuentan con 327 camas hospitalarias y 40 cunas. Además, de contar con 49 consultorios para la atención médica especializada ambulatoria, en dos turnos de mañana de 08:00 a 14:00 horas y en tarde de 14:00 a 17.00 horas.



1.2.4.8. Especialidades médicas

Medicina	Cirugía
<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna • Neumología • Cardiología • Dermatología • Endocrinología • Gastroenterología • Neurología • Psiquiatría • Geriatria • Reumatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía General • Cabeza y Cuello • Cirugía Pediátrica • Cirugía Plástica y Quemados. • Cirugía Tórax y Cardiovascular • Neurocirugía • Oftalmología • Otorrinolaringología • Oncología • Traumatología y Ortopedia • Urología
Gineco-Obstetricia	Pediatría
<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo • Colposcopia • Climaterio • Infertilidad • Ginecología • Planificación Familiar. • Control Pre - natal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatría • Neonatología • Neuropediatría • Nefrología



1.2.4.9. Camas para hospitalización

Departamento	Pabellón	Camas hospitalarias
Pediatria	Pediatria general	40
	Neonatología	40 cunas
Ginecología y Obstetricia	Obstetricia	80
	Ginecología	15
Cirugía	Cirugía general	62
	Especialidades quirúrgicas	13
	Traumatología	24
Medicina	Medicina general	48
	Neumología	16
Emergencia y Cuidados Críticos	Emergencia adultos	15
	Emergencias pediátricas	08
	Cuidados intensivos	04
	Cuidados intermedios	02

1.2.4.10. Consultorios externos especializados

Departamento	Turno (lunes a sábado)	
	Mañana	Tarde
Cirugía		
• Cirugía General		
• Neurocirugía		
• Cabeza y Cuello		
• Cirugía Plástica y Quemados		
• Cirugía Pediátrica		
• Cirugía Tórax y Cardiovascular		
• Oftalmología (04)		
• Otorrinolaringología (03)		
• Oncología		
• Traumatología y Ortopedia. (02)		
• Urología		
• Cirugía Cardiovascular		



Departamento	Turno (lunes a sábado)	
	Mañana	Tarde
Medicina		
• Medicina Interna		
• Neumología		
• Cardiología		
• Dermatología		
• Endocrinología		
• Gastroenterología		
• Endoscopia		
• Colposcopia		
• Neurología		
• Psiquiatría		
• Geriatria		
• Reumatología		
• Urología		
Ginecología y Obstetricia		
• Alto riesgo		
• Colposcopia		
• Ginecología (02)		
• Planificación Familiar		
Anestesiología y Centro Quirúrgico		
• Anestesiología		
Pediatría		
• Pediatría (02)		
• Neonatología		
Medicina de Rehabilitación		
• Medicina de Rehabilitación (02).		
Psicología		
• Psicología (06)		
Odonto-estomatología		
• Odontología (04)		
Nutrición		
• Nutrición (02)		



1.2.4.11. Salas quirúrgicas

Departamento	Salas quirúrgicas
Anestesiología	06
Ginecología y Obstetricia	01

1.2.4.12. Recursos humanos

Durante el 2011, el RR.HH que laboró en el hospital fue 1.351 de ellos el 68,7% son nombrados. Del total de profesionales de la salud (481) el 69,6% son nombrados. Del total de médicos (190) el 78,4% son nombrados. El porcentaje de los grupos ocupacionales médicos y no médicos más numerosos con relación al total del RR.HH del hospital; médicos (14,1%); enfermeros (11,0%); obstetras (3,6), tecnólogos médicos (2,7%), asistentes sociales (1,0%) y psicólogos (0,8%), en total es un tercio de la población laboral del hospital.



Recursos Humanos por cargo, línea de carrera, grupo ocupacional y condición laboral

Unidad Ejecutora 020 Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V Lima Ciudad - Ministerio de Salud. Año 2011

Grupo ocupacional	Total	Total	Nombrados				Total	Contratados		
	(a+b)	(a)	Ocupados	Designados	Bloqueados	Vacantes	(b)	Ocupados	Vacantes	CAS
Total general	1,351	928	890	9	12	17	423	2	0	421
Funcionarios y Directivos	13	13	3	9	0	1	0	0	0	0
Profesionales de la salud (Universidades)	431	335	321	0	7	7	146	0	0	146
Médicos	190	149	140	0	5	4	41			41
Profesionales de la salud no médicos	283	178	173	0	2	3	105	0	0	105
Cirujanos dentistas	7	4	3			1	3			3
Químicos farmacéuticos	8	4	4				4			4
Médicos veterinarios	0	0					0			
Ingenieros sanitarios	0	0					0			
Psicólogos	11	9	9				2			2
Biólogos	4	3	3				1			1
Obstetrces	48	35	34		1		13			13
Enfermeros	149	90	88		1	1	59			59
Nutricionistas	5	4	4				1			1
Asistentes sociales	14	11	11				3			3
Químicos farmacéuticos	0	0					0			
Tecnólogos médicos	37	18	17			1	19			19
Otros profesionales de la salud (Institutos Superiores)	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0
Laboronista clinico IPSS	0	0					0			
Fisioterapista - terapeuta IPSS	0	0					0			
Nutricionistas IPSS	0	0					0			
Nutricionista de escuela superior	0	0					0			
Fisioterapista clinico de escuela superior	0	0					0			
Laboronista clinico de escuela superior	0	0					0			
Trabajador social de escuela superior	0	0					0			
Técnico especialista en fisioterapia	1	1	1				0			
Técnico especialista en laboratorio	7	7	7				0			
Técnico especialista en rayos X	0	0					0			

El RR.HH de apoyo asistencial y administrativo más numerosos son los técnicos administrativos (7,4%), técnicos de enfermería (19,8%) y los trabajadores de servicios (10,3%); sólo estos tres grupos ocupacionales suman (37,5%) más de un tercio del total.



Recursos Humanos por cargo, línea de carrera, grupo ocupacional y condición laboral
Unidad Ejecutora 020 Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V Lima Ciudad - Ministerio de Salud. Año 2011

Continuación

Grupo ocupacional	Total	Total	Nombrados				Total	Contratados		
	(a+b)	(a)	Ocupados	Designados	Bloqueados	Vacantes	(b)	Ocupados	Vacantes	CAS
Profesional categorizado	56	34	30	0	3	1	22	0	0	22
Abogados	2	1	1				1			1
Analista en sistemas PAD	0	0					0			
Arquitecto	1	1	1				0			
Auditor	5	2	1		1		3			3
Cortador	5	4	4				1			1
Economista	0	0					0			
Educador para la salud	0	0					0			
Especialista administrativo	8	6	4		2		2			2
Estadístico	0	0					0			
Ingeniero	1	0					1			1
Planificador	0	0					0			
Tesorero	0	0					0			
Supervisor de taller	0	0					0			
Asistente administrativo	16	6	6				10			10
Asistente de servicio de recursos naturales	0	0					0			
Asistente de servicios de salud	11	8	8				3			3
Asistente de servicio social	3	3	3				0			
Otros profesionales categorizados	4	3	2			1	1			1
Técnico categorizado	597	457	447	0	2	8	140	2	0	138
Artesano	52	49	48			1	3	1		2
Chofer	4	4	4				0			
Dibujante	0	0					0			
Electricista	3	2	2				1			1
Inspector sanitario	5	5	5				0			
México	5	4	4				1	1		
Operador de equipo electrónico	4	4	4				0			
Operador fr equipo médico	1	1	1				0			
Secretaria	22	16	16				6			6
Técnico administrativo	100	84	82			2	16			16
Técnico en enfermería	267	201	197		1	3	66			66
Técnico en estadística	18	18	18				0			
Técnico en ingeniería	1	1			1		0			
Técnico en laboratorio	25	14	14				11			11
Técnico en nutrición	38	30	29			1	8			8
Técnico sanitario	1	1	1				0			
Terapeuta	2	2	2				0			
Otros técnicos categorizados	49	21	20			1	28			26
Auxiliar categorizado	294	89	88	0	0	0	115	0	0	115
Auxiliar de enfermería	12	10	10				2			2
Auxiliar de estadística	1	1	1				0			
Auxiliar de farmacia	0	0					0			
Auxiliar de laboratorio	2	2	2				0			
Auxiliar de nutrición	11	5	5				6			6
Auxiliar de sistema administrativo	13	5	5				8			8
Trabajador de servicios	139	47	47				92			92
Digitador PAD	1	0					1			1
Otros auxiliares categorizados	25	19	19				6			6
Escalafonados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos - 2011

Editado por: Jefatura de la OESA



1.2.4.13. Infraestructura

El HNSEB, tiene una antigüedad de 57 años. Fue construido con el enfoque preventivo-recuperativo para enfermedades, como la Tuberculosis. La distribución de los servicios ha sido hecha por la demanda y la especialización, ha generado modificaciones y remodelaciones que no han seguido un desarrollo arquitectónico planificado; debido que durante muchos años no se contó con un programa de desarrollo y mantenimiento arquitectónico, que favorezca el crecimiento organizado y funcional del hospital. Hay daños ocasionados por deterioro de estructuras, que se aprecian por las fisuras en los pisos que se extienden en profundidad hasta sótanos (nutrición); al hacer aniegos y humedad en diferentes ambientes hay mayor deterioro. Sus estructuras tienen las secuelas del sismo de agosto del 2007.

No existe relación físico-funcional entre las unidades de atención a pacientes críticos y las áreas de apoyo médico en especial como: emergencia, unidad de terapia intensiva, sala de operaciones, sala de partos y central de esterilización. Esto genera relaciones disfuncionales de flujos de personal, pacientes y suministros más adecuados, afectándose la bioseguridad y la distribución del flujo de pacientes. Los ambientes de sala de operaciones, emergencia, cuidados intensivos y los pabellones de medicina, cirugía y pediatría requieren remodelación a la brevedad posible y generar espacios o unidades de terapia intermedia (UCIN).

Al 2011, se contaba con 71 consultorios funcionales para la atención ambulatoria en todas las especialidades que brinda el Hospital. Queda pendiente la adecuación y ambientación de espacios para la atención orientada a la prevención y recuperación por ciclo de vida.

1.2.4.14. Infraestructura del sistema informático

La red del sistema informático (servidores y central de soporte) deben contar con una infraestructura ad hoc y actualizada. La red debe ser construida e implementada de modo urgente para permitir el desarrollo del sistema integrado de información gerencial en salud y de la red informática.



1.2.4.15. Infraestructura para el centro de acopio de residuos sólidos

La ausencia de un centro de acopio intermedio para almacenar los residuos sólidos hospitalarios, es necesario y urgente debido que el volumen de residuos sólidos se incrementa con los años.

Pabellones hospitalarios y administrativos por años de construcción

Año de construcción	Tipo de uso
1940 – 1946	<ul style="list-style-type: none"> • Pabellón de administración. • Pabellón de hospitalización de cirugía. medicina. • Pabellón de hospitalización de pediatría. • Pabellón de hospitalización de Gineco-obstetricia. • Residencia médica
1946 - 1955	<ul style="list-style-type: none"> • Pabellón de servicios generales. • Casa de fuerza • Almacenes. • Lavandería y Comedor.
1959 - 1974	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Logística, Personal, Capacitación. • Oficina de Planificación. • Cuna jardín. • Servicio de Patología. • Pabellón de 2 pisos: Traumatología y neumología.
1974 – 1985.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico. • Centro obstétrico. • Pabellón de neonatología. • Primer piso del pabellón de emergencia. • Pabellón de consultorios externos.
1985 – 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelación de servicios medicina, cirugía, emergencia, traumatología. • Construcción de ambientes para la epidemia del cólera y tomografía.

Continúa



Pabellones hospitalarios y administrativos por años de construcción

Continuación

Año de construcción	Tipo de uso
2001 – 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo piso del pabellón de emergencia. • Remodelación del servicio de banco de sangre. • Remodelación de la antigua residencia médica.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Reubicación del Laboratorio de Emergencia y Tópico de Traumatología. • Remodelación de sala de inyectables y nebulizaciones. • Sala de paciente aislado. • Cuidados intermedios.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción del Laboratorio de Referencia de Tuberculosis.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelación del Laboratorio de Emergencia. • Pabellón de emergencia pediátrica. • Adecuación de consultorios externos de ginecología y obstetricia.

1.2.4.16. Plan Maestro del hospital

El PM del HNSEB fue aprobado mediante Resolución Directoral N°172-2010-DG-HNSEB. El PM, se articula con la visión, misión, objetivos y metas estratégicas del Sector Salud, en el marco de la política de salud para el periodo 2011-2020. Su objetivo central, es “alcanzar mejores niveles de cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de los servicios del Hospital”.

El Hospital, se encuentra ubicado en un área de gran influencia y accesibilidad directa para los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia; de accesibilidad indirectamente, Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, San Martín, Los Olivos, San Juan de Lurigancho, distritos de la



provincia de Canta; pacientes referidos de las Regiones de Salud de Huánuco y San Martín.

La capacidad resolutive del HNSEB debe ser fortalecida en infraestructura, renovación del equipamiento y de los equipos bio-médicos de acuerdo a su nivel de complejidad y categorización. Por lo tanto, el PM responde a una visión de futuro de un hospital moderno, que atienda la demanda y sea capaz de soportar la demanda adicional cuando se culmine la construcción de un nuevo corredor vial – social (Collique - San Juan de Lurigancho) próximo a concluirse. La fortaleza del actual hospital, es contar con un terreno libre de 137,584.55 m² y únicamente con 14,346.15m² de área construida.

Consolidado del Plan Maestro

Prioridad	Inversión
1°	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoramiento del sistema de aire acondicionado de Sala de Operaciones. ▪ Mejoramiento de la infraestructura del Departamento de Nutrición y Dietética. ▪ Mejoramiento de la infraestructura de Banco de Sangre. ▪ Construir y equipar el Servicio de Emergencia. ▪ Mejoramiento de la red de informática.
2°	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoramiento de la infraestructura de procedimientos diagnósticos. ▪ Mejoramiento de la infraestructura de cirugía ambulatoria. ▪ Construir y equipar las Unidades de Hospitalización. ▪ Construir y equipar la Unidad de Consulta Externa y Ayuda al Diagnóstico. ▪ Mejoramiento de la infraestructura de emergencia de GO. ▪ Mejoramiento de la infraestructura de Archivo de Historias Clínicas.
3°	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construir y equipar la Unidad de Hemodiálisis. ▪ Construir y equipar la Unidad de Nutrición, Dietética y Servicios Generales. ▪ Construir y equipar la Unidad Administrativa



1.2.4.17. Análisis de la ejecución del presupuesto institucional modificado 2010-2011.

Al cierre del ejercicio 2011, el HNSEB culminó con un Presupuesto Institucional Modificado – PIM por toda fuente de financiamiento de S/. 74¹920.472,00; hubo modificaciones con créditos suplementarios y transferencias de partidas. Los Recursos Directamente Recaudados (RDR), tuvo un porcentaje de ejecución del 75,92%; las Donaciones y transferencias (DT), un 29,43% y los Recursos Ordinarios (RO), el 94,95%.

El porcentaje promedio de ejecución del ejercicio presupuestal del 2011, fue del 87,16% (65¹301.164,01) del PIM total. Asimismo, observamos un incremento del presupuesto en razón al presupuesto del año 2006, de manera que el PIM se incremento en 2,0% (2007); 20,0% (2008); 29,0% (2009); 13,0% (2010) y 55,0% (2011) respectivamente.

Presupuesto Inicial Modificado y Porcentaje de Ejecución Por toda FF.FF 2006-2011

Año	PIM	Ejecución	Porcentaje de ejecución
2006	48,180,110	44,985,868	93.37
2007	49,264,151	47,617,066	96.66
2008	57,857,610	51,656,490	89.28
2009	62,408,266	58,335,584	93.47
2010	54,444,973	52,784,464	96.95
2011	74,920,472	65,301,164	87.16





Rol Estratégico
del
Hospital Nacional
Sergio E. Bernal





2. ROL ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES (1, 20)

2.1. Historia

El actual terreno del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, fue donado por la familia Álvarez Calderón; son 41.749 metros cuadrados. El 31 de mayo de 1939, durante el Gobierno del Mariscal Oscar R. Benavides, mediante el Decreto Supremo N° 749, se ordenó la construcción de un establecimiento de salud, dedicado de modo especial y exclusivo a la asistencia de la población infantil de menores recursos económicos enferma de tuberculosis pulmonar.

El 15 de agosto de 1940, por Resolución Ministerial N° 860, abrió sus puertas al público, bajo la administración de la Comunidad Religiosa de Las Hermanas "Carmelitas", con el nombre de **PREVENTORIO**.

Mediante la Resolución Ministerial del 06 de mayo de 1959, el Preventorio se convirtió en el **SANATORIO DE COLLIQUE**, con una capacidad de 300 camas, equipándose convenientemente para el tratamiento de enfermedades respiratorias. Se incrementó su infraestructura física y administrativa, creándose los servicios de lavandería, cocina, servicios generales, almacenes, planta de tratamiento de agua y calderos. La creciente demanda de servicios de salud permitió que se adopte un nuevo nivel, pasando a llamarse **HOSPITAL INFANTIL DE COLLIQUE**, entidad hospitalaria modelo, desde donde se operaron nuevos métodos en materia de lucha contra la tuberculosis. Sin embargo, aún carecía de un centro quirúrgico, situación que lo hacía depender del Hospital Bravo Chico para complementar el tratamiento del niño tuberculoso.

Durante 1970, como parte del proceso de transformaciones que vivía el país, el Hospital Infantil de Collique, se constituye en un hospital general y pasa a llamarse **HOSPITAL BASE N° 09**. En 1982, toma el nombre de **HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**, en memoria de tan destacado maestro y científico de la carrera médica peruana, a iniciativa del Cuerpo Médico del Hospital, durante la gestión Ministerial del Dr. Uriel García.



2.2. Rol del HNSEB en el sistema de salud (20, 21)

El HNSEB, tiene su origen como establecimiento de salud, dedicado de modo especial y exclusivo a la asistencia de la población infantil de menores recursos económicos enferma de tuberculosis pulmonar y con el devenir de los años (72) ha ido ampliando sus funciones y su nivel de complejidad de acuerdo a la demanda existente y el desarrollo y abaratamiento de las nuevas tecnologías.

En la actualidad, el HNSEB es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud, tiene identificado en su misión que a través del cumplimiento de los macro procesos la Institución se consolide como un hospital de alta complejidad y resolución con criterio de inclusividad, calidad y calidez en la atención y que cambie la situación actual y el concepto que tiene de nosotros la sociedad local a una situación de reconocimiento y satisfacción por parte de ellos; además del reconocimiento de las instituciones universitarias como un hospital docente líder que cuenta con una plana docente científica y técnica sobre una adecuada infraestructura del nivel de complejidad acreditada.

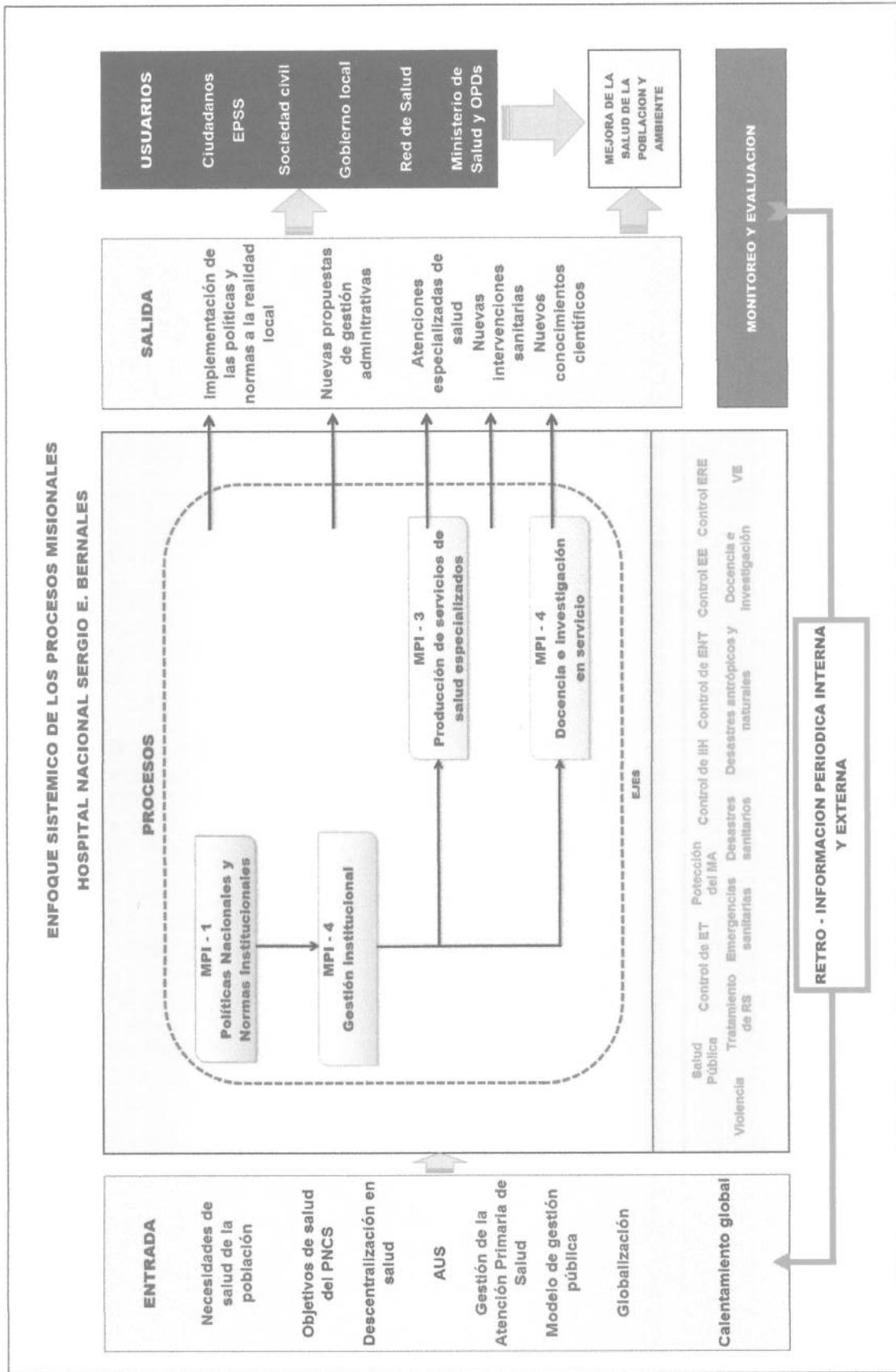
Para el desarrollo de sus estrategias tiene como elemento de análisis, lo siguiente:

1. Las necesidades de salud de la población adscrita expresada en el PNCS y los requerimientos del Sistema de Salud para las intervenciones sanitarias.
2. El conocimiento científico del RR.HH asistencial y administrativo liderado por la Alta Dirección y el equipo de gestión del HNSEB; así como, el conocimiento científico de otras instituciones públicas y privadas.
3. Información técnica sobre la gestión o prestación de salud generado por el sistema interno o externo del hospital
4. Información sobre las megas tendencias mundiales.
5. Las prioridades nacionales, regionales y locales, como el AUS, Descentralización, Atención especializada de la salud, etc.

A partir de este análisis el HNSEB, desarrolla:

1. Sus macros procesos en salud.



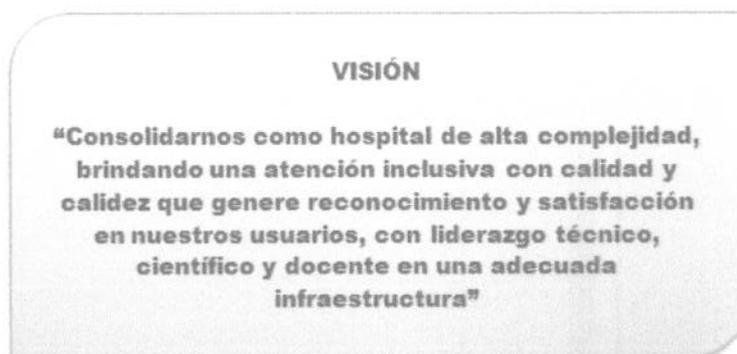


2. Incorpora tecnología generada por instituciones pública y privadas nacionales e internacionales para la producción de sus productos estratégicos (servicios de salud) especializados.
3. Recepciona y utiliza la tecnología creada por las instituciones del Estado.
4. Produce productos estratégicos de calidad, como las intervenciones quirúrgicas laparoscópicas y las atenciones ambulatorias especializadas.
5. Implementación de servicios especializados por etapas de vida, fortaleciendo aquellas de los grupos especiales, como: EV niño, adolescente y adulto mayor.

2.3. Rol del HNSEB en el periodo 2012 – 2016 (Cultura organizacional del Hospital) (1, 21)

2.3.1. Declaración de visión

Expresa la imagen futura que el HNSEB espera alcanzar al culminar el periodo mencionado. Está relacionado con el cambio que desea lograr en la población, que su percepción y expectativa negativa acerca de nuestros servicios de salud (infraestructura y atención) cambie hacia una percepción y expectativa positiva, que nuestros productos lo satisfagan y lo reconozca en su comportamiento y encuestas que se realicen.



2.3.2. Declaración de misión

La misión está asociada al rol del HNSEB como entidad del Estado, responsable de la conducción de los procesos misionales hacia los cambios en la salud de la población adscrita directa e indirectamente.



MISIÓN

"Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario"

2.3.3. Declaración de los valores institucionales

El HNSEB, asume los siguientes valores institucionales como la base doctrinaria para la implementación de la visión y misión institucional.

Valores	Significados
1. Respeto mutuo	Valor supremo de la sociedad, síntesis equilibrada del ejercicio de derecho y del cumplimiento del deber. Convicción en la dignidad de la persona merecedora de toda nuestra atención y respeto a sus derechos sin discriminación de ningún tipo.
2. Responsabilidad	Cumplimiento estricto de las obligaciones y prudencia en el ejercicio de los derechos. Capacidad para rendir cuentas, elaborar informes, realizar evaluaciones y auditorias por las metas y recursos asignados.
3. Cooperación	Trabajo en equipo y reciprocidad, compartiendo información y conocimientos. Es el sentimiento de unidad orientado al logro de resultados por metas; son también, los lazos sociales.
4. Integridad	Eficiencia y honradez en cumplimiento del servicio
5. Vocación de servicio	Entrega al trabajo, más allá de la responsabilidad contractual.
6. Identificación	Sentido de pertenencia a la Institución, orgullo legítimo por la alta función que desempeña.
7. Eficiencia	Máximo rendimiento con el nivel dado de recursos.
8. Objetividad	Veracidad, transparencia e imparcialidad en el tratamiento de la información y la toma de decisiones
9. Proactividad	Iniciativa y actitud positiva. Solución creativa de problemas.
10. Ética	Sentir y obrar en todo momento consecuentemente con los valores morales, buenas costumbres y prácticas profesionales.
11. Solidaridad	Unión de responsabilidades e intereses comunes entre los miembros del hospital y la comunidad.



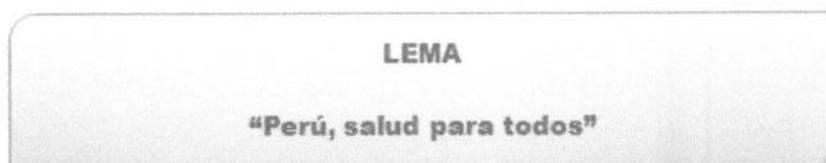
2.3.4. Declaración de los valores corporativos

El HNSEB reconoce los siguientes valores corporativos:

Valores	Significados
1. Gestión por resultados	Gestión de los recursos públicos centrada en el logro de resultados medibles relacionados de manera directa con el bienestar de la población adscrita al hospital.
2. Transparencia en la gestión	Difusión de la información que ayuden a mejorar la salud de la población y realizar experiencias conjuntas que mejoren el desempeño institucional.
3. Inclusión social	Orientación de los recursos hacia acciones de mayor rentabilidad social que incluya a los más pobres y promueva su empoderamiento en las acciones de salud.
4. Competitividad	Desarrollo continuo de las capacidades de RR.HH para mantener el desempeño competitivo en el cumplimiento de las funciones esenciales de la institución.
5. Calidad en los servicios de salud	Desarrollo continuo de las capacidades de RR.HH para el trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad para entregar servicios de calidad.
6. Sostenibilidad y visión de futuro	Promover la satisfacción de las necesidades del presente, sin comprometer la continuidad de esa necesidad en el futuro. Empezar acciones orientadas al desarrollo económico pero tomando en cuenta el aspecto social y ambiental. Promover acciones que resuelvan los problemas en sus causas y generen beneficios duraderos para la población.

2.3.5. Declaración del lema

El lema esta, de acuerdo a la misión, visión y la declaración de los valores individuales y corporativos de la institución.



MAPA CONCEPTUAL DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

VALORES INDIVIDUALES

1. Respeto mutuo
2. Responsabilidad
3. Cooperación
4. Integridad
5. Vocación de servicio
6. Identificación
7. Eficiencia
8. Objetividad
9. Proactividad
10. Ética
11. Solidaridad

VISIÓN

"Consolidarnos como hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura"

MISIÓN

"Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario"

LEMA

"Perú, salud para todos"

VALORES CORPORATIVOS

1. Gestión por resultado
2. Transparencia en la gestión
3. Inclusión social
4. Competitividad
5. Calidad en los servicios de salud
6. Sostenibilidad y visión de futuro





Diagnóstico Institucional



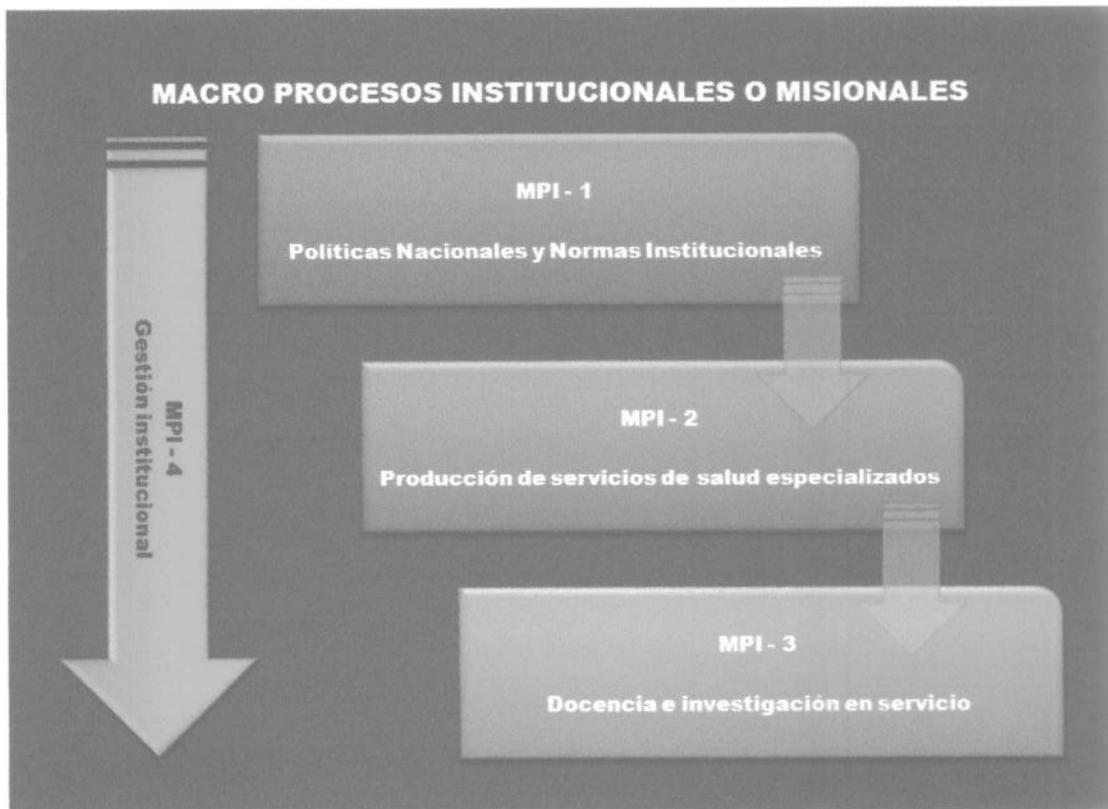


3. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

3.1. Macro-procesos institucionales o misionales (20, 21)

Los macro procesos institucionales (MPI), definidos por el HNSEB, son: Políticas Nacionales y Normas Institucionales (MPI-1).

- Producción de servicios de salud especializados (MPI-2).
- Docencia e investigación en servicio (MPI-3).
- Gestión institucional (MPI-4) los que están articulados a la normatividad vigente del MINSA.

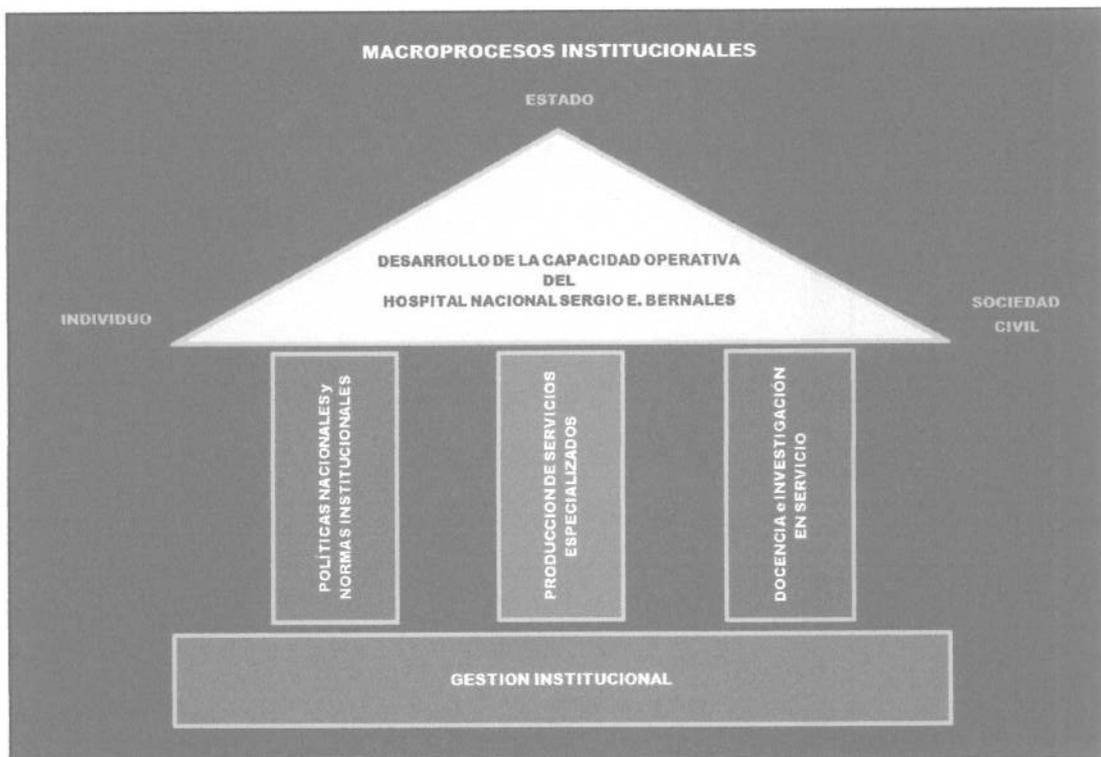


Los tres primeros MPI tienen como plataforma de apoyo para su desarrollo el MPI-4 (Gestión institucional) que brinda el soporte de la:

- Gestión estratégica e inversiones.
- Gestión del enlace con la cooperación técnica nacional e internacional.
- Gestión de la calidad en la producción de los servicios especializados y gestión de los recursos financieros, logísticos y humanos.

Todas ellas sostienen el desarrollo de la capacidad operativa del HNSEB.





3.2. Capacidad institucional (20)

El HNSEB, es de nivel III-1 (alta complejidad) con una infraestructura de 57 años de antigüedad, de alta vulnerabilidad estructural y funcional situado sobre zonas sísmica-geotécnicas de tipo I (Afloramientos rocosos y estratos de grava) o sea de bajo peligro sísmico. Cuenta con una cartera de servicios de 33 especialidades médicas en 71 consultorios; con casi el total de las Estrategias Sanitarias Nacionales, además de Medicina de rehabilitación, Psicología, Odontología, Terapia física, ocupacional y de lenguaje y Terapia del dolor. Tiene 327 camas hospitalarias y 40 cunas. Cuarenta y nueve consultorios para la atención médica especializada ambulatoria, y atiende en dos turnos de 6 horas cada uno. Cuenta con siete salas de operaciones. Con respecto al RR.HH disponible, son 1351. El porcentaje de los grupos ocupacionales médicos y no médicos son en total un tercio de la población laboral del hospital. Y, los técnicos administrativos, técnicos de enfermería y los trabajadores de servicios; suman cerca de 40,0% del total del RR.HH del hospital.

Además, cuenta con una flota moderna de ambulancia de tipo III urbana con equipamiento completo que aseguran una referencia segura, rápida y eficiente durante las 24 horas del día; está articulada al SAMU del distrito de Comas.



3.3. Análisis FODA (21)

MATRIZ ANÁLISIS FODA INSTITUCIONAL	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Director General designado por concurso de méritos 2. Equipo de gestión participativo con trabajo en equipo 3. Personal médico multidisciplinario calificado y comprometido con la atención de paciente 4. En Lima Norte como el EE SS con contar con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Adultos equipada 5. Contar con 32 especialidades para la atención de la población asistida 6. Contar con una planta propia para el tratamiento de residuos sólidos 7. Reconocimiento de universidades con facultades de salud como sede docente e investigación acorde a las normas (Convenios) 8. Contar con áreas libres para el desarrollo de proyectos de inversión pública para el mejoramiento de la infraestructura 9. Capacidad resolutiva mejorada y fortalecida con el reemplazo de casi el 50% del equipamiento obsoleto con equipos de tecnología de punta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política de ampliación de horario de atención en el turno tarde 2. Incrementar la demanda y de los ROR 3. Continuar con el mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud 4. Disminuir los tiempos de retorno de los reembolsos provenientes del Aseguramiento Universal de Salud 5. Mejorar la imagen institucional a través de un plan de mediano plazo 6. Aplicar una gestión administrativa basada en planes y proyectos 7. Elaborar proyectos de mejora de la infraestructura hospitalaria para disminuir su vulnerabilidad estructural 8. Fortalecimiento de los servicios de salud a través de los Programas Nacionales de Inclusión social (Programa Esperanza, Lucha contra la leishmaniasis, Siempre Siempre Perú, y otros) 9. Contar con un programa de re-equipamiento y mantenimiento preventivo de los equipos bio-médicos e informáticos
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en los procesos logísticos de adquisiciones de RG SS 2. El RR HH de mando medio tiene limitada capacitación en temas de gestión administrativo y asistencial 3. El RR HH operativo se encuentra desmotivado 4. Carencia de profesionales y/o técnicos especializados 5. Escaso uso de la disponibilidad de recursos tecnológicos 6. Falta de un sistema integrado de información 7. Falta de incentivos para el re-empleo de las prestaciones del SIS otorgado por el SIS central 8. Escasa supervisión y monitoreo de las actividades que se realizan en el hospital 9. Falta del mejoramiento continuo de los procesos hospitalarios 10. Documentos de gestión incompletos (IUAPRO), Guías Procedimientos Clínicos, etc. 10. CAP no acorde con nuestras necesidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de un año de contención (EE SS I3 y I4) 2. Alta rotación de RR HH profesional (médicos y enfermeras) debido a los bajos sueldos 3. Las convocatorias de ERSALUD para la contratación de RR HH 4. Incremento de SS privados con tarifas similares al hospital 5. Elevados costos de la tecnología médica 6. Disminución de los costos operativos de los SS brindados por los privados 7. Falta de incentivos para los profesionales y técnicos para el desarrollo del RR HH en el sector público 8. Demora en la aprobación del presupuesto para la construcción del nuevo hospital



3.4. Problemas identificados en los macro procesos institucionales (21)

Problemas identificados en los macro-procesos institucionales, son:

Macros problemas identificados en:	Macro Proceso Institucional priorizado			
	1°	2°	3°	4°
1. La atención integral de salud especializada (Morbimortalidad materna y neonatal en la población pobre).	MP4	MP1	MP2	
2. La atención integral de salud especializada (ET y ENT en la población pobre).	MP4	MP1	MP2	
3. La capacidad resolutive no acorde al nivel de complejidad (Nivel III-1).	MP4	MP1		
4. La disponibilidad de medicamentos e insumos biomédicos.	MP4	MP1	MP2	
5. La gestión administrativa de los servicios de salud.	MP4	MP1		
6. La gestión de la red informática e información.	MP4	MP1		
7. La formulación y ejecución de proyectos de inversión pública.	MP4	MP1		
8. La gestión institucional y gestión y desarrollo de las capacidades del RR.HH del hospital.	MP4	MP1	MP3	

Sobre la base de los problemas identificados se seleccionaron y priorizaron los MP centrales que serán revertidos con la implementación del PEI, quedando por consenso que los MP prioritarios a ser abordados en los próximos cinco años, son los siguientes:

1. Políticas Nacionales y Normas Institucionales (MPI-1).
2. Producción de servicios de salud especializados (MPI-2).
3. Docencia e investigación en servicio (MPI-3).
4. Gestión institucional (MPI-4).



Objetivos Estratégicos Generales, Específicos y Acciones Estratégicas





4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y ACCIONES (20, 21)

4.1. Objetivos estratégicos generales articulados a los macro procesos institucionales.

A partir de los macro problemas identificados y priorizados, el HNSEB diseñó una estrategia que tiene como pilares fundamentales los siguientes ocho objetivos estratégicos generales (OEG). Los Objetivos Estratégicos Generales están articulados al desarrollo de los macro procesos institucionales identificados.

OEG	Descripción	MPI
1°	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal y perinatal en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales, el Aseguramiento Universal en Salud e Inclusión Social.	MPI-2 MPI -1
2°	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya al control y/o reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles por etapas de vida en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales, el Aseguramiento Universal en Salud e Inclusión Social.	MPI-2 MPI -1
3°	Fortalecer la capacidad resolutoria del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y adquisición de nuevas tecnologías bio-sanitarias que contribuya a mejorar la salud de la población y ambiental y mitigar los daños ocasionados por fenómenos de la naturaleza o emergencias sanitarias.	MPI-4
4°	Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos de calidad que contribuya a mejorar la salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, Estrategias Sanitarias Nacionales e Inclusión Social.	MPI-4 MPI-1 MPI-2



OEG	Descripción	MPI
5°	Mejorar los procesos de la gestión administrativa de los servicios de salud a través del enfoque de presupuesto por resultados que contribuya al éxito del desempeño organizacional en el marco de la modernización del estado y descentralización de la salud.	MPI-4 MPI-1
6°	Fortalecer los procesos de gestión y manejo de la red informática y de la información de manera integral y permita una adecuada toma de decisiones que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	MPI-4 MPI-1
7°	Formular y ejecutar proyectos de inversión pública dirigidos a fortalecer la infraestructura, equipamiento y las competencias del RR.HH técnico y profesional especialista que contribuyan a mejorar la salud de la población y del ambiente con el marco normativo de las Políticas Sanitarias Nacionales con énfasis en la atención especializada de alta complejidad.	MPI-4 MPI-1 MPI-2 MPI-3
8°	Mejorar la gestión institucional a través de procesos eficientes y eficaces en el marco del presupuesto por resultados y de la gestión y desarrollo del RR.HH del hospital que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	MPI-4 MPI-2 MPI-3 MPI-1



OBJETIVOS ESTRATEGICOS GENERALES Y MACROPROCESOS INSTITUCIONALES

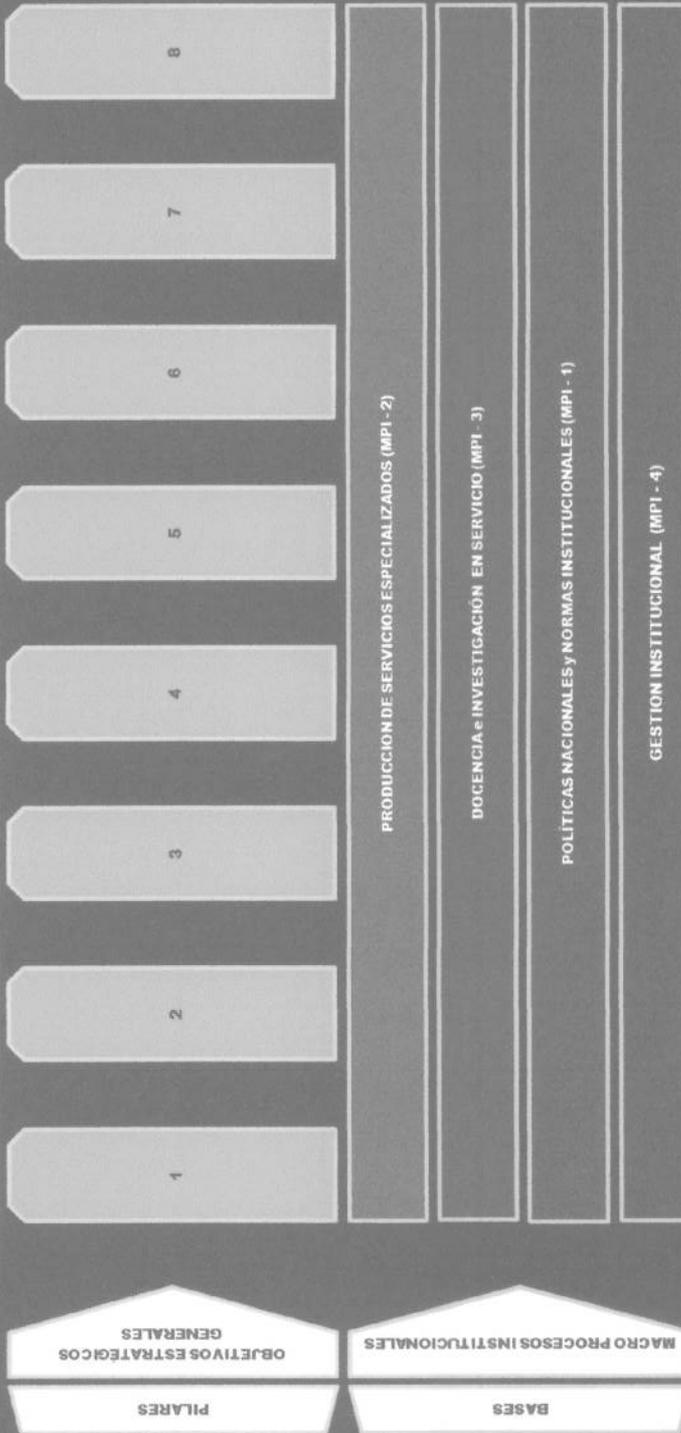
ESTADO



**DESARROLLO Y ORGANIZACION
DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL Y OPERATIVA DEL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES**

SOCIEDAD
CIVIL

CIUDADANO



4.2. Caracterización de los macro problemas centrales con los macro procesos institucionales identificados (21).

4.2.1. Macro problema 1: La atención integral de salud especializada (Morbi-mortalidad materna y neonatal en la población pobre).

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Escaso RR.HH profesional altamente especializado.
- Reemplazo del equipamiento bio-médico obsoleto.
- Antigüedad de la infraestructura.
- Infraestructura discordante con su nivel de categorización y nivel resolutivo.
- Débil conocimiento del cambio del perfil de la morbi-mortalidad y de la población adscrita directa e indirectamente al hospital.
- Escaso presupuesto para la contratación por CAS con sueldos diferenciados.
- Escasez de RR.HH profesionales especialista en el mercado laboral.

4.2.2. Macro problema 2: La atención integral de salud especializada (Enfermedades transmisibles y No transmisibles en la población pobre).

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Débil conocimiento del cambio del perfil de la morbi-mortalidad de la población adscrita directa e indirectamente al hospital con relación a las ET y ENT.
- Escaso presupuesto para la contratación por CAS con sueldos diferenciados.
- Escasez de RR.HH profesionales especialista en el mercado laboral.
- Escaso RR.HH profesional altamente especializado.
- Reemplazo del equipamiento bio-médico obsoleto.
- Antigüedad de la infraestructura.
- Infraestructura discordante con su nivel de categorización y nivel resolutivo.



4.2.3. Macro problema 3: Capacidad resolutive no acorde al nivel de categorización.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Crecimiento de la infraestructura de manera coyuntural con un Plan Maestro sin el apoyo en un Plano de crecimiento arquitectónico de futuro.
- Limitado presupuesto para el mejoramiento de la infraestructura instalada y sustitución de los equipos bio-médicos obsoletos y dados de baja.
- Imposibilidad normativa para la adquisición de equipos bio-médicos de alta tecnología.
- Escasez de RR.HH profesionales especializados en el mercado laboral.

4.2.4. Macro problema 4: Disponibilidad de medicamentos e insumos bio médicos.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Demora en los procesos de licitaciones de las compras corporativas de medicamentos e insumos bio-médicos por parte del nivel central.
- Disminuida capacidad de almacenamiento no acorde con el nivel de categorización del hospital.
- Débil capacidad en la optimización en los procesos para la adquisición de grandes cantidades.
- Demora en la sustentación de pedidos por parte de los usuarios.

4.2.5. Macro problema 5: Gestión administrativa de los servicios de salud.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Débil adherencia de los órganos de línea a la gestión de presupuesto por resultados (PpR).
- Limitada difusión y promoción de los documentos sobre el marco de referencia y las normas del MINSA sobre las que el equipo de gestión de la institución se ampara.
- Multifuncionalidad de los jefes de los órganos de línea, labores asistenciales y administrativas.



- Escasos incentivos económicos para los jefes de los órganos de línea asistenciales.
- Escaso RR.HH profesional altamente especializado.
- Escasez de RR.HH profesionales especializados en el mercado laboral.

4.2.6. Macro problema 6: Gestión de la red informática e información.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Escasez de RR.HH profesionales especialistas en el manejo de redes informáticas e información.
- Limitado presupuesto para la contratación por CAS con sueldos diferenciados para este tipo de RR.HH profesional especializado.
- Limitado presupuesto para el mejoramiento de la infraestructura informática instalada y sustitución del equipos informáticos obsoletos y dados de baja.

4.2.7. Macro problema 7: Formulación y ejecución de proyectos de inversión.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Escasez del RR.HH profesional especialista en la formulación de PIP.
- Limitado presupuesto para la contratación por CAS con sueldos diferenciados para este tipo de RR.HH profesional especialista.
- Limitado presupuesto para el planeamiento, elaboración, ejecución y evaluación de PIP de mejoras.
- Limitado banco de PIP de la unidad formuladora de PIP.
- Limitados incentivos económicos.

4.2.8. Macro problema 8: Gestión institucional y Gestión del desarrollo de las capacidades del RR.HH del hospital.

Pueden ser explicados por los siguientes factores:

- Débil conocimiento del marco de referencia nacional e internacional (PNCS, ODM, AN, Lineamientos de las políticas de salud, Políticas nacionales, PEDN y Plan Bicentenario), sobre el cual se basa el Rol estratégico del HNSEB dentro del sistema de salud nacional y local.



- Limitada difusión y promoción de los documentos sobre el marco de referencia, las normas del MINSA y de la institución.
- Débil adherencia a la internalización de la normativa sanitaria vigente y de los documentos del marco de referencia.
- Escasos incentivos económicos para los jefes de departamentos de línea y oficinas de asesoramiento y apoyo.
- Débil Plan de Gestión y Desarrollo del RR.HH del hospital.





*Objetivos Estratégicos
Generales, Específicos,
Acciones Estratégicas y sus
Indicadores*



5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS Y SUS INDICADORES

(1, 20, 21)



MATRIZ

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 1 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INTITUCIONALES 1 - 2

Objetivo estratégico general (OEG 1)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya a la reducción de la morbilidad materna, neonatal y perinatal en el marco de las Estrategias Santanas Nacionales, el Aseguramiento Universal en Salud e Inclusión Social	Porcentaje de incremento de mujeres en edad reproductiva, menores de 5 años y gestantes y púerperas inscritas en el Seguro Integral de Salud.	$(N^{\circ} \text{ de MER o menores de 5 años o gestantes o púerperas } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de MER o menores de 5 años o gestantes o púerperas } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de MER o menores de 5 años o gestantes o púerperas } 2007-2011 * 100$
	Porcentaje de disminución muertes maternas, neonatales y perinatales.	$(N^{\circ} \text{ de muertes maternas o neonatales o perinatales } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes maternas o neonatales o perinatales } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes maternas o neonatales o perinatales } 2012-2016 * 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 1.1)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la atención especializada de calidad en salud de la mujer en los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Medicina, Cirugía, Emergencia y cuidados intensivos de adultos y Consulta externa	Porcentaje de disminución de muertes en mujeres en edad reproductiva	$(N^{\circ} \text{ de muertes de MER } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes de MER } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes de MER } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las Guías de Práctica Clínica (GPC) utilizadas en la detección, diagnóstico y tratamiento (DDT) de los problemas de salud de las MER por parte del RR.HH. profesional de los departamentos asistenciales (DA)	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de las MER por DA
	Porcentaje de disminución de muertes en gestantes	$(N^{\circ} \text{ de muertes en gestantes } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes en gestantes } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes en gestantes } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las GPC utilizadas en la DDT de los problemas de salud de las gestantes por parte del RR.HH. profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de las gestantes por DA
	Porcentaje de disminución de muertes en puerperas.	$(N^{\circ} \text{ de muerte en puerperas } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muerte en puerperas } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muerte en puerperas } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las GPC utilizadas en la DDT de los problemas de salud de las puerperas por parte del RR.HH. profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de las puerperas por los DA



Objetivo estratégico específico (OEEG 1.2)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la atención especializada de calidad en salud del niño los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía pediátrica, Emergencia pediátrica, Unidad de cuidados intensivos neonatales y Consulta externa	Porcentaje de disminución de muertes neonatales	$(N^{\circ} \text{ de muertes neonatales } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes neonatales } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes neonatales } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las Guías de Práctica Clínica utilizadas en la DDT de los problemas de salud de los RN menores o iguales a 27 días de vida por parte del RR.HH profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de los RN menores o iguales a 27 días de vida por departamentos y servicios asistenciales
	Porcentaje de disminución de muertes perinatales	$(N^{\circ} \text{ de muertes perinatales } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes perinatales } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes perinatales } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las Guías de Práctica Clínica utilizadas en la DDT de los problemas de salud en los RN menores o igual a 6 días de vida por parte del RR.HH profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de los RN menores o igual a 6 días de vida por departamentos y DA
	Porcentaje de disminución de muertes en menores de 5 años	$(N^{\circ} \text{ de muertes en menores de 5 años } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de muertes en menores de 5 años } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de muertes en menores de 5 años } 2007-2011 * 100$	Adherencia e internalización de las Guías de Práctica Clínica utilizadas en la DDT de los problemas de salud de los niños menores o igual a 4 años 11 meses con 29 días por parte del RR.HH profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de los problemas de salud de los niños menores o igual a 4 años 11 meses con 29 días por DA





MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 2 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INSTITUCIONALES 1 - 2

Objetivo estratégico general (OEG 2)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya al control y reducción de las Enfermedades Transmisibles (ET) y Enfermedades No Transmisibles (ENT) por etapas de vida en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) e Inclusión Social (IS)	Porcentaje de incremento de casos con ET con detección, diagnóstico y tratamiento (DDT) oportuno y tratamiento completo (TC) por las ESN.	$(N^{\circ} \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por ESN 2012-2016} - N^{\circ} \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011} * 100$
	Porcentaje de incremento de casos con ENT con DDT oportuno y TC por ESN	$(N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2012-2016} - N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011} * 100$
	Porcentaje de incremento de casos con ET y ENT inscritos en el Seguro Integral de Salud (SIS)	$(N^{\circ} \text{ de casos de ET o ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2012-2016 inscritos en el SIS} - N^{\circ} \text{ de casos de ET o ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011 inscritos en el SIS}) / N^{\circ} \text{ de casos de ET o ENT con DDT oportuno y TC por ESN 2007-2011 inscritos en el SIS} * 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 2.1)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la atención especializada de calidad en pacientes con ET en los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Medicina Cirugía, Emergencia de adultos y pediátrica, Unidades de cuidados intensivos de adultos y neonatal y Consulta externa	Porcentaje de incremento de casos de ET con DDT oportuno y TC por Departamentos asistenciales (DA)	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2012-2016} *}{\text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2007-2011}} \right) / \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2007-2011}}{100} \right) * 100$	Adherencia e internalización de las GPC en la DDT de las ET por parte del RR HH profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de las ET por AS
	Porcentaje de incremento de la atención de casos con ET inscritos en el SIS por las Redes de Salud	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2012-2016 inscritos en el SIS} - \text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2007-2011 inscritos en el SIS}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de ET con DDT oportuno y TC por DA 2007-2011 inscritos en el SIS}} \right) * 100$	Fortalecimiento del área de admisión del SIS con más RR HH y Red Informática	Porcentaje de disminución del tiempo de espera en el área de admisión



Objetivo estratégico específico (OEEG 2.2)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la atención especializada de calidad en pacientes con ENT en los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Medicina, Cirugía, Emergencia de adultos y pediátrica, Unidades de cuidados intensivos de adultos y neonatal y Consulta externa	Porcentaje de incremento de casos de ENT con DDT oportuno y TC por Departamentos asistenciales (DA)	$(N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2007-2011) * 100$	Adherencia e internalización de las GPC en la DDT de las ENT por parte del RR.HH profesional de los DA	Porcentaje de incremento de HCI auditadas que cumplen con los protocolos de atención prescritas en las GPC en la DDT de las ET por AS
	Porcentaje de incremento de casos con ENT inscritos en el SIS	$(N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2012-2016 \text{ inscritos en el SIS} - N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2007-2011 \text{ inscritos en el SIS}) / N^{\circ} \text{ de casos de ENT con DDT oportuno y TC por DA } 2007-2011 \text{ inscritos en el SIS}) * 100$	Fortalecimiento del área de admisión del SIS con más RR.HH y Red Informática	Porcentaje de disminución del tiempo de espera en el área de admisión.



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 3 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INTITUCIONALES 4

Objetivo estratégico general (OEG 3)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Fortalecer la capacidad resolutiva del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y adquisición de nuevas tecnologías bio-sanitarias que contribuyan a mejorar la salud de la población y ambiental y a mitigar los daños ocasionados por fenómenos de la naturaleza o emergencias sanitarias	<p>Porcentaje de incremento del RR.HH profesional especialista.</p> <p>Porcentaje de incremento de proyectos de mejora de la infraestructura ejecutados</p> <p>Porcentaje de incremento de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados y dados de baja</p> <p>Porcentaje de incremento del presupuesto adicional obtenido y ejecutado para PIP.</p>	<p>$(N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista por CAS 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista por CAS 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista por CAS 2007-2011} * 100$</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de proyectos de mejora de infraestructura ejecutados 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de proyectos de mejora de infraestructura ejecutados 2007-2011}) * 100$</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja 2007-2011} * 100$</p> <p>$(\text{Presupuesto adicional obtenido o ejecutado para PIP 2012-2016} - \text{Presupuesto adicional obtenido o ejecutado para PIP 2007-2011}) / \text{Presupuesto adicional obtenido o ejecutado para PIP 2007-2011} * 100$</p>





Objetivo estratégico específico (OEEG 3.1)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Fortalecer la capacidad resolutiva del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento de la infraestructura.	Porcentaje de incremento de PIP de mejora de la infraestructura ejecutados según el Plan Maestro (PM) del Hospital	$(N^{\circ} \text{ total de PIP de mejora de infraestructura ejecutados } 2012\text{-}2016 - N^{\circ} \text{ total de PIP de mejora de infraestructura ejecutados } 2007\text{-}2011) / N^{\circ} \text{ total de PIP de mejora de infraestructura ejecutados } 2007\text{-}2011) * 100$	Fortalecimiento de las competencias del RR.HH miembros de la Unidad Formuladora (UF) de PIP
			Indicador Porcentaje de incremento de RR.HH profesional especialista contratado para la UF. Porcentaje de incremento de PIP de mejora de infraestructura elaborados y ejecutados según el PM.
Objetivo estratégico específico (OEEG 3.2)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Fortalecer la capacidad resolutiva del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento del equipamiento y nuevas tecnologías bio-sanitarias.	Porcentaje de incremento de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados y dados de baja según el Plan de Reposición y Mantenimiento de Equipos bio-médicos (PRME) del hospital.	$(N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja } 2012\text{-}2016 - N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja } 2007\text{-}2011) / N^{\circ} \text{ total de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados o dados de baja } 2007\text{-}2011) * 100$	Fortalecimiento de las competencias del RR.HH miembros de la Unidad Formuladora (UF) de PIP.
			Indicador Porcentaje de incremento de RR.HH profesional especialista contratado para la UF. Porcentaje de incremento de PIP para el reemplazo de equipos bio-médicos obsoletos y dados de baja elaborados y ejecutados según el PM.



Objetivo estratégico específico (OEEG 3.3)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la capacidad resolutive del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con la adquisición de equipos con nuevas tecnologías bio-sanitarias.	Porcentaje de incremento de la adquisición de equipos con nuevas tecnologías bio-sanitarias, según el PRIME bio-médicos del hospital	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de equipos adquiridos de nueva tecnología bio-sanitaria 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total de equipos adquiridos de nueva tecnología bio-sanitaria 2007-2011}}{\text{N}^\circ \text{ total de equipos adquiridos de nueva tecnología bio-sanitaria 2007-2011}} \right) \times 100$	Fortalecimiento de las competencias del RR HH miembros de la Unidad Formuladora (UF) de PIP	Porcentaje de incremento de RR HH profesional especialista contratado para la UF Porcentaje de incremento de PIP para la adquisición de equipos de nueva tecnología bio-sanitarias elaborados y ejecutados según el PRIME



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 4 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INTITUCIONALES 1 - 2 - 4

Objetivo estratégico general (OEG 4)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos de calidad que contribuyan a mejorar la salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) e Inclusión Social (IS).	Porcentaje de incremento de procesos de adquisiciones institucionales concluidas exitosamente.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de adquisiciones institucionales concluidas 2012-2016}}{\text{N}^\circ \text{ total de adquisiciones institucionales concluidas 2007-2011}} \right) * 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 4.1)			Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer las competencias de los RR HH comprendidos en los procesos de sustentación y de adquisición de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	Porcentaje de incremento de sustentación de adquisiciones según el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del hospital.	$(N^{\circ} \text{ total de sustentaciones para adquisiciones realizadas por el área usuaria 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de sustentaciones para adquisiciones realizadas por el área usuaria 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de sustentaciones para adquisiciones realizadas por el área usuaria 2007-2011} * 100$	Fortalecimiento de las competencias de los miembros de los equipos de gestión de los Departamentos Asistenciales (DA) del hospital	Porcentaje de incremento de sustentaciones técnicas realizadas por los equipos de gestión de las DA
	Porcentaje de incremento de procesos adquisiciones concluidas exitosamente según el PAA del hospital	$(N^{\circ} \text{ total de adquisiciones institucionales concluidas 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de adquisiciones institucionales concluidas 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de adquisiciones institucionales concluidas 2007-2011} * 100$	Fortalecimiento de las competencias de los miembros del equipo de logística del hospital	Porcentaje de incremento de procesos de adquisiciones elaboradas y concluidas por el equipo de logística y los comités de procesos.



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 5 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INSTITUCIONALES 1 - 4

Objetivo estratégico general (OEG 5)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Mejorar los procesos de la gestión administrativa de los servicios de salud a través del enfoque de presupuesto por resultados que contribuya al éxito del desempeño organizacional en el marco de la modernización del estado y descentralización de la salud	Porcentaje de incremento en la ejecución del presupuesto por resultado (PpR)	$(PIM\ 2012-2016 - PIM\ 2007-2011) / PIM\ 2007-2011 \times 100$
	Porcentaje de incremento de RR.HH. profesional asistencial especialista en los Departamentos Asistenciales (DA) contratados por el PpR.	$(N^{\circ}\ \text{total de RR.HH. profesional especialista por CAS-PpR 2012-2016} - N^{\circ}\ \text{total de RR.HH. profesional especialista por CAS-PpR 2007-2011}) / N^{\circ}\ \text{total de RR.HH. profesional especialista por CAS-PpR 2007-2011} \times 100$
	Porcentaje de incremento en el incentivo para los jefes de los órganos de línea asistenciales.	$(\text{Cantidad de incentivo 2012-2016} - \text{Cantidad de incentivo 2007-2011}) / \text{Cantidad de incentivo 2007-2011} \times 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 5.1)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer las competencias de los jefes de departamento y servicios asistenciales en gestión administrativa y ejecución del PpR.	Porcentaje de incremento de jefes de departamento y de servicios asistenciales que cursaron al menos un diplomado en Gestión de Servicios de Salud (GSS).	$(N^{\circ} \text{ total de jefes departamentos y servicios con al menos un diplomado en GSS } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ de jefes departamentos y servicios con al menos un diplomado en GSS } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ de jefes departamentos y servicios con al menos un diplomado en GSS } 2007-2011) * 100$	Fortalecimiento de las competencias sobre GSS de los jefes de departamento y servicios y de los miembros del equipos de gestión de los Departamentos Asistenciales (DA) del hospital.	Porcentaje de incremento del uso de los documentos de gestión institucional en la toma de decisiones por parte los jefes y su equipos de gestión de los DA del hospital.
	Porcentaje de incremento de jefes de departamento, de servicios y de equipos de trabajo asistenciales que llevaron el curso o taller sobre PpR.	$(N^{\circ} \text{ total de jefes departamentos y servicios con al menos un taller o curso sobre PpR } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ total de jefes departamentos y servicios con al menos un taller o curso sobre PpR } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ total de jefes departamentos y servicios con al menos un taller o curso sobre PpR } 2007-2011) * 100$	Fortalecimiento de las competencias sobre el PpR de los jefes de departamento y servicios y de los miembros del equipos de gestión de los Departamentos Asistenciales (DA) del hospital.	Porcentaje de incremento de la ejecución del PpR, por parte los jefes y su equipos de gestión de los DA del hospital.



Objetivo estratégico específico (OEEG 5.2)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Descripción	Indicador
Incrementar el número de RR HH profesional asistencial especialista por DA	Porcentaje de incremento del RR HH profesional asistencial especialista DA	Fortalecimiento de la oferta de los equipos asistenciales de los DA con un mayor N° de RR HH profesionales especialistas	Porcentaje de incremento del N° de atenciones en la consulta externa hospitalización y servicio de emergencia por cada DA
			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de RR HH profesional especialista por CAS 2012-2016} *}{\text{N}^\circ \text{ total de RR HH profesional especialista por CAS 2007-2011}} \right) / \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de RR HH profesional especialista por CAS 2007-2011} *}{100} \right)$
Objetivo estratégico específico (OEEG 5.3)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Descripción	Indicador
Incrementar el incentivo por responsabilidad a los jefes órganos de línea y de servicios	Porcentaje de incremento del incentivo de los jefes de departamento y servicios	Fortalecimiento de las competencias en la GSS por parte de los jefes de los órganos de línea y de servicios.	Porcentaje de incremento de jefes de los DA dedicados a la GSS y brindando servicios de mejor calidad medido con disminución de quejas.
			$\left(\frac{\text{Cantidad de incentivo 2012-2016} *}{\text{Cantidad de incentivo 2007-2011}} \right) / \left(\frac{\text{Cantidad de incentivo 2007-2011} *}{100} \right)$



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 6 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INTITUCIONALES 1 - 4

Objetivo estratégico general (OEG 6)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Fortalecer los procesos de gestión y manejo de la red informática y de la información de manera integral del hospital que permita una adecuada toma de decisiones informada que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente	<p>Porcentaje de incremento en el presupuesto para el mejoramiento de la infraestructura informática instalada</p> <p>Porcentaje de incremento de RR.HH. profesional especialistas en el manejo de redes informáticas y de información</p>	<p>$(PII_1 \text{ para el mejoramiento o reemplazo de la infraestructura informática instalada } 2012-2016 - PII_1 \text{ para el mejoramiento o reemplazo de la infraestructura informática instalada } 2007-2011) / PII_1 \text{ para el mejoramiento o reemplazo de la infraestructura informática instalada } 2007-2011) * 100$</p> <p>$(N^{\circ} \text{ total de profesionales especialistas en redes informáticas y de información por CAS } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ total de profesionales especialistas en redes informáticas y de información por CAS } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ total de profesionales especialistas en redes informáticas y de información por CAS } 2007-2011) * 100$</p>



Objetivo estratégico específico (OEEG 6.1)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Incrementar y fortalecer la capacidad instalada de la infraestructura informática del hospital	Porcentaje de incremento de equipos informáticos y de información reemplazados y dados de baja según el Plan de Reposición y Mantenimiento Preventivo de los Equipos Informático (PRIMEI) del hospital	$(N^{\circ} \text{ total de equipos informáticos y de información obsoletos o dados de baja reemplazados } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ total de equipos informáticos y de información obsoletos o dados de baja reemplazados } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ total de equipos informáticos y de información obsoletos o dados de baja reemplazados } 2007-2011) * 100$	Fortalecimiento de los procesos de adquisiciones elaboradas y concluidas por el equipo de logística, el comité de adquisición y el equipo de gestión de la Oficina de Estadística e Informática (OEI)
			Porcentaje de incremento de equipos informáticos y de información reemplazados según el PRIMEI
Objetivo estratégico específico (OEEG 6.2)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Fortalecer la capacidad de resolución y respuesta del RR.HH. profesional de la Oficina de Estadística e Informática (OEI)	Porcentaje de incremento del RR.HH. profesional que cursaron al menos un taller o curso o diplomado en temas de redes de informática e información.	$(N^{\circ} \text{ total del RR.HH. profesionales con al menos un taller o curso sobre Red de informática y/o gestión de la información } 2012-2016 - N^{\circ} \text{ total del RR.HH. con al menos un taller o curso sobre Red de informática y/o gestión de la información } 2007-2011) / N^{\circ} \text{ total del RR.HH. con al menos un taller o curso sobre Red de informática y/o gestión de la información } 2007-2011) * 100$	Fortalecimiento de las competencias sobre Manejo y Gestión de Redes e Información del RR.HH. de la OEI del hospital
			Porcentaje de incremento de servicios informáticos brindados derivados de la implementación del Sistema de Gestión y Manejo de Redes Informática e Información (SGMIRII)



Objetivo estratégico específico (OEEG 6.3)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del Indicador	Descripción	Indicador
Incrementar el número de RR.HH. profesional especialista en gestión y manejo integral de la red informática y de la información (GHIRII)	Porcentaje de incremento del RR.HH. profesional especialista	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ total de RR.HH. profesional especialista en gestión y manejo integral de redes informáticas y de información por CAS 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total de RR.HH. profesional especialista en gestión y manejo integral de redes informáticas y de información por CAS 2007-2011})}{\text{N}^\circ \text{ total de RR.HH. profesional especialista en gestión y manejo integral de redes informáticas y de información por CAS 2007-2011}} \times 100$	Fortalecimiento el SGHIRII con la incorporación de profesionales especialistas en redes informáticas y de información	Porcentaje de disminución del tiempo de espera para la entrega de información estadística



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 7 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INSTITUCIONALES 1 - 2 - 3 - 4

Objetivo estratégico general (OEG 7)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Formular y ejecutar proyectos de inversión pública dirigidos a fortalecer la infraestructura equipamiento y las competencias del RR HH técnico y profesional que contribuyan a mejorar la salud de la población y del ambiente con el marco normativo de las Políticas Sanitarias Nacionales (PSN) con énfasis en la atención especializada de alta complejidad	Porcentaje de incremento de profesional especialista en formulación de PIP con sueldos diferenciados Porcentaje de incremento en la ejecución del PIP según el Plan Maestro (PM) del Hospital Porcentaje de incremento del presupuesto para la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de PIP	$(N^{\circ} \text{ total de RR HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de RR HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de RR HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2007-2011}) * 100$ $(N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el PM del Hospital 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el PM del Hospital 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el PM del Hospital 2007-2011}) * 100$ $(PIM \text{ para la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de PIP 2012-2016} - PIM \text{ para la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de PIP 2007-2011}) / PIM \text{ para la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de PIP 2007-2011}) * 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 7.1)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer las competencias de los miembros de la unidad formuladora de PIP del hospital	Porcentaje de incremento del profesional especialista en la formulación de PIP	$(N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de RR.HH profesional especialista en formulación de PIP por CAS 2007-2011} * 100$	Fortalecimiento de las competencias del RR.HH miembros de la Unidad Formuladora (UF) de PIP.	Porcentaje de incremento de RR.HH profesional especialista contratado para la UF



Objetivo estratégico específico (OEEG 7.2)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Ejecutar el mayor número de PIP del Plan Maestro y Banco de PIP del Hospital.	Porcentaje de incremento de PIP del Plan Maestro y Banco de PIP del Hospital.	$(N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el Plan Maestro y Banco de proyectos del Hospital 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el Plan Maestro y Banco de proyectos del Hospital 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total de PIP ejecutados según el Plan Maestro y Banco de proyectos del Hospital 2007-2011} * 100.$	Incremento de PIP ejecutados e implementados
			Porcentaje de incremento de PIP ejecutado e implementado por el RR.HH especialista contratado para la UF
Objetivo estratégico específico (OEEG 7.3)		Acción estratégica	
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción
Incrementar el presupuesto inicial para la ejecución de los PIP	Porcentaje de incremento del presupuesto inicial modificado (PIM) referido a la ejecución de PIP.	$(PIM \text{ para la ejecución de PIP 2012-2016} - PIM \text{ para la ejecución de PIP 2007-2011}) / PIM \text{ para la ejecución de PIP 2007-2011} * 100$	Incremento del PIM de manera anual para la ejecución de PIP
			Porcentaje de incremento del PIM para la implementación de PIP de mejoras de la infraestructura, equipamiento y calidad de vida del RR.HH del hospital.



MATRIZ
OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL 8 RELACIONADO A LOS MACRO PROCESOS INSTITUCIONALES 1 - 2 - 3 - 4

Objetivo estratégico general (OEG 8)

Descripción	Indicador	Formula del indicador
Mejorar la gestión institucional a través de procesos eficientes y eficaces en el marco del presupuesto por resultados y de la gestión y desarrollo del RR.HH del hospital que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	Porcentaje de incremento del RR.HH que tiene conocimiento del PEI 2012-2016.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de RR.HH con conocimiento del PEI 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total de RR.HH con conocimiento del PEI 2007-2011}}{\text{N}^\circ \text{ total de RR.HH con conocimiento del PEI 2007-2011}} \right) * 100$
	Porcentaje de incremento de jefes de órganos de asesoramiento apoyo y de línea que utilizan el PEI para sus tomas de decisiones	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de jefes de los órganos de asesoramiento apoyo y de línea que utilizan el PEI 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total de jefes de los órganos de asesoramiento apoyo y de línea que utilizan el PEI 2007-2011}}{\text{N}^\circ \text{ total de jefes de los órganos de asesoramiento apoyo y de línea que utilizan el PEI 2007-2011}} \right) * 100$
	Porcentaje de incremento de incentivos económicos para los jefes de los órganos de asesoramiento y apoyo.	$\left(\frac{\text{Cantidad de incentivo 2012-2016} - \text{Cantidad de incentivo 2007-2011}}{\text{Cantidad de incentivo 2007-2011}} \right) * 100$



Objetivo estratégico específico (OEEG 8.1)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer las competencias resolutivas y de gestión de los miembros del equipo de técnico y de gestión en la gerencia de los servicios de salud.	Porcentaje de incremento de los miembros del equipo de gestión que se han capacitado en temas de gestión de los servicios de salud	$(N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión capacitado en temas de gerencia de SS 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión capacitado en temas de gerencia de SS 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión capacitado en temas de gerencia de SS 2007-2011} * 100$	Fortalecimiento de las competencias y capacidades del equipo técnico y de gestión en la gerencia y gestión de los servicios de salud.	Porcentaje de incremento de cumplimiento de las metas planificadas en los Planes Operativos Anuales por los equipos técnicos y de gestión
Objetivo estratégico específico (OEEG 8.2)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la adherencia al PEI 2012-2016 entre los miembros del equipo de gestión y los jefes de los órganos de control, asesores, apoyo y de línea en la gestión de sus jefaturas o direcciones	Porcentaje de incremento de los miembros del equipo de gestión y órganos de control, asesor, apoyo y línea que utilizan el PEI 2012-2016 en la gestión de sus jefaturas	$(N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión y órganos de control, asesor, apoyo y línea que utilizan el PEI 2012-2016} - N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión y órganos de control, asesor, apoyo y línea que utilizan el PEI 2007-2011}) / N^{\circ} \text{ total miembros del equipo de gestión y órganos de control, asesor, apoyo y línea que utilizan el PEI 2007-2011} * 100$	Fortalecimiento de las competencias y capacidades del equipo técnico y de gestión en la gerencia y gestión de los servicios de salud	Porcentaje de incremento de cumplimiento de las metas planificadas en el PEI 2012-2016 por el equipo gestión, las jefaturas de los órganos de control, asesores, apoyo y de línea y de sus equipos técnicos



Objetivo estratégico específico (OEEG 8.3)		Acción estratégica		
Descripción	Indicador	Formula del indicador	Descripción	Indicador
Fortalecer la ejecución de las actividades previstas en el Plan de Gestión y Desarrollo del RR.HH (PGDRR HH) del hospital para el incremento de las competencias y las de recreación y desarrollo personal del RR.HH	Porcentaje de incremento de ejecución de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del RR.HH	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total actividades relacionadas con fortalecimiento de las competencias del RR.HH 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total actividades relacionadas con fortalecimiento de las competencias del RR.HH 2007-2011}}{\text{N}^\circ \text{ total actividades relacionadas con fortalecimiento de las competencias del RR.HH 2007-2011}} \right) * 100$	Cumplimiento de las metas y actividades relacionadas al fortalecimiento de las competencias del RR.HH que trabaja en el hospital	Porcentaje de incremento del cumplimiento de las metas planificadas del PGDRR.HH del hospital
	Porcentaje de incremento en la ejecución de las actividades de recreación y desarrollo personal del RR.HH	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total actividades ejecutadas relacionadas a la recreación y desarrollo personal del RR.HH 2012-2016} - \text{N}^\circ \text{ total actividades ejecutadas relacionadas a la recreación y desarrollo personal del RR.HH 2007-2011}}{\text{N}^\circ \text{ total actividades ejecutadas relacionadas a la recreación y desarrollo personal del RR.HH 2007-2011}} \right) * 100$	Cumplimiento de las metas y actividades relacionadas a la recreación y desarrollo personal del RR.HH que trabaja en el hospital	Porcentaje de incremento del cumplimiento de las metas planificadas del PGDRR.HH del hospital



Programación de metas de los Objetivos Estratégicos Generales





6. Programación de metas de los Objetivos Estratégicos Generales (22)

N°	Objetivos Estratégicos Generales	Indicadores	Línea de Base (%)	Metas al 2016 (%)
OEG 1	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal y perinatal en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales, el Aseguramiento Universal en Salud e Inclusión Social.	Porcentaje de incremento de mujeres en edad reproductiva menores de 5 años y gestantes y puérperas inscritas en el Seguro Integral de Salud	50	90
OEG 2	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya al control y reducción de las Enfermedades Transmisibles (ET) y Enfermedades No Transmisibles (ENT) por etapas de vida en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) e Inclusión Social (IS).	Porcentaje de disminución muertes maternas, neonatales y perinatales Porcentaje de incremento de casos con ET con detección diagnóstico y tratamiento (DDT) oportuno y tratamiento completo (TC) por las ESN Porcentaje de incremento de casos con ENT con DDT oportuno y TC ESN	100 40 40	-50 85 85
OEG 3	Fortalecer la capacidad resolutiva del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento de la infraestructura equipamiento y adquisición de nuevas tecnologías bio-sanitarias que contribuyan a mejorar la salud de la población y ambiental y a mitigar los daños ocasionados por fenómenos de la naturaleza o emergencias sanitarias.	Porcentaje de incremento de casos con ET y ENT inscritos en el Seguro Integral de Salud (SIS) Porcentaje de incremento del RR HH profesional especialista Porcentaje de incremento de proyectos de mejora de la infraestructura ejecutados ^{1/}	50 25 0	90 50 25
OEG 4	Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos de calidad que contribuyan a mejorar la salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) e Inclusión Social (IS).	Porcentaje de incremento de equipos bio-médicos obsoletos reemplazados y dados de baja. Porcentaje de incremento del presupuesto adicional obtenido y ejecutado para PIP ^{1/}	50 0	85 50
		Porcentaje de incremento de procesos de adquisiciones institucionales concluidas exitosamente	50	90



N°	Objetivos Estratégicos Generales	Indicadores	Línea de Base (%)	Metas al 2016 (%)
OEG 5	Mejorar los procesos de la gestión administrativa de los servicios de salud a través del enfoque de presupuesto por resultados que contribuya al éxito del desempeño organizacional en el marco de la modernización del estado y descentralización de la salud.	<p>Porcentaje de incremento en la ejecución del presupuesto por resultado (PpR)</p> <p>Porcentaje de incremento de RR HH profesional asistencial especialista en los Departamentos Asistenciales (DA) contratados por el PpR</p> <p>Porcentaje de incremento en el incentivo para los jefes de los órganos de línea asistenciales 1/</p>	50	95
OEG 6	Fortalecer los procesos de gestión y manejo de la red informática y de la información de manera integral del hospital que permita una adecuada toma de decisiones informada que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	<p>Porcentaje de incremento en el presupuesto para el mejoramiento de la infraestructura informática instalada</p> <p>Porcentaje de incremento de RR HH profesional especialistas en el manejo de redes informáticas y de información 1/</p>	10	25
OEG 7	Formular y ejecutar proyectos de inversión pública dirigidos a fortalecer la infraestructura, equipamiento y las competencias del RR HH técnico y profesional que contribuyan a mejorar la salud de la población y del ambiente con el marco normativo de las Políticas Sanitarias Nacionales (PSN) con énfasis en la atención especializada de alta complejidad	<p>Porcentaje de incremento de PIP con sueldos diferenciados 1/</p> <p>Porcentaje de incremento en la ejecución del PIP según el Plan Maestro (PM) del Hospital 1/</p>	0	30
OEG 8	Mejorar la gestión institucional a través de procesos eficientes y eficaces en el marco del presupuesto por resultados y de la gestión y desarrollo del RR HH del hospital que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente	<p>Porcentaje de incremento del presupuesto para la planificación, elaboración, ejecución y evaluación de PIP 1/</p> <p>Porcentaje de incremento del RR HH que tiene conocimiento del PEI 2012-2016 1/</p> <p>Porcentaje de incremento de jefes de órganos de asesoramiento, apoyo y de línea que utilizan el PEI para sus tomas de decisiones 1/</p> <p>Porcentaje de incremento de incentivos económicos para los jefes de los órganos de asesoramiento y apoyo 1/</p>	0	50
			0	100
			0	100
			0	50

Nota:
1/ Son indicadores que carecen de línea de base porque actualmente no son medidos por lo que al finalizar el periodo 2012-2016 se obtendrá recién la línea de base.



*Programación y Distribución
del Financiamiento por
Objetivos Estratégicos
Generales*





7. Matriz de programación y distribución del financiamiento por objetivos estratégicos generales (22)



N°	Objetivos Estratégicos Generales	Distribución porcentual de los presupuestos del periodo 2012-2016				
		2012	2013	2014	2015	2016
OEG 1	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal y perinatal en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales, el Aseguramiento Universal en Salud e Inclusión Social.	27,6	27,6	27,6	27,6	27,6
OEG 2	Fortalecer la atención integral especializada de calidad que contribuya al control y reducción de las Enfermedades Transmisibles (ET) y Enfermedades No Transmisibles (ENT) por etapas de vida en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) e Inclusión Social (IS).	27,6	27,6	27,6	27,6	27,6
OEG 3	Fortalecer la capacidad resolutiva del hospital de acuerdo a su nivel de categorización con el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y adquisición de nuevas tecnologías bio-sanitarias que contribuyan a mejorar la salud de la población y ambiental y a mitigar los daños ocasionados por fenómenos de la naturaleza o emergencias sanitarias.	37,3	37,3	36,0	37,3	37,3
OEG 4	Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos de calidad que contribuyan a mejorar la salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) e Inclusión Social (IS).	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6



N°	Objetivos Estratégicos Generales	Distribución porcentual del presupuesto 2012-2016				
		2012	2013	2014	2015	2016
OEG 5	Mejorar los procesos de la gestión administrativa de los servicios de salud a través del enfoque de presupuesto por resultados que contribuya al éxito del desempeño organizacional en el marco de la modernización del estado y descentralización de la salud.	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
OEG 6	Fortalecer los procesos de gestión y manejo de la red informática y de la información de manera integral del hospital que permita una adecuada toma de decisiones informada que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	0.2	0.2	1.5	0.2	0.2
OEG 7	Formular y ejecutar proyectos de inversión pública dirigidos a fortalecer la infraestructura, equipamiento y las competencias del RR.HH técnico y profesional que contribuyan a mejorar la salud de la población y del ambiente con el marco normativo de las Políticas Sanitarias Nacionales (PSN) con énfasis en la atención especializada de alta complejidad.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
OEG 8	Mejorar la gestión institucional a través de procesos eficientes y eficaces en el marco del presupuesto por resultados y de la gestión y desarrollo del RR.HH del hospital que contribuya a mejorar la salud de la población y del ambiente.	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota:

En base a la ejecución presupuestal del 2011 (65 301 164.00 nuevos soles), se ha realizado el cálculo de la distribución del financiamiento para cada uno de los OEG. El PIM para cada uno de los años del periodo 2012-2016, será mayor al del 2011, los porcentajes sirven de referencia para el monitoreo y evaluación del PEI.

Sistema
De
Monitoreo y Evaluación





8. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN (22)

El Sistema de Monitoreo y Evaluación (SME), está basado en los resultados, en razón que ejerce un rol público y responde a las solicitudes de transparencia y resultados tangibles a la Dirección de Salud V Lima Ciudad, Ministerio de Salud, Gobierno Local, Gobierno Nacional, Sociedad civil y a los ciudadanos.

Según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD), refiere las siguientes definiciones para monitoreo y evaluación:

Monitoreo

“Es una actividad continua que usa la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, para guiar a los directores, financiadores e implementadores de estrategias de desarrollo con información sobre las dimensiones del progreso en la consecución de objetivos y la utilización de los fondos destinados”.

Evaluación

Es el diagnóstico sistemático y objetivo de un programa, proyecto o política finalizada o en curso, que incluye el análisis de aspectos como el diseño, la implementación y los resultados obtenidos. Su objetivo es determinar la relevancia y cumplimiento de los objetivos planteados, la eficiencia de la implementación, su efectividad, impacto y sostenibilidad. Una evaluación debe proporcionar información confiable y útil, permitiendo la incorporación de lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones de donantes y receptores de donaciones.

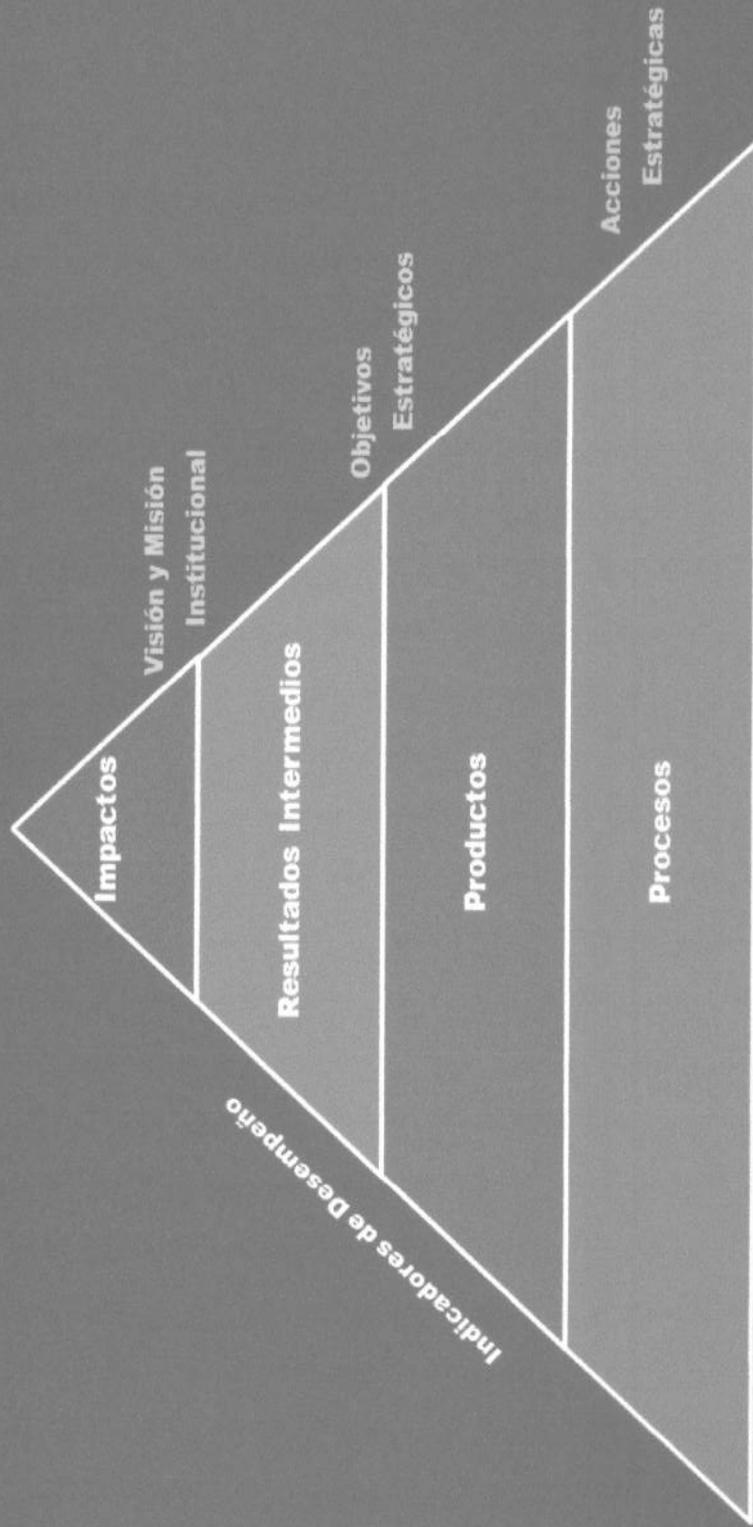
Para el SME, el hospital ha definido las metas globales de los OEG y corresponde como parte de la implementación definir las metas de los OEE y Acciones estratégicas con *cada uno de los órganos de asesoría, apoyo, línea y de control, a partir de una línea de base de los indicadores definidos y aprobados, los cuales a su vez deberán ser operativizados en su dimensión de corto plazo en los Planes Operativos Anuales (POA). Ver gráfico del marco de referencia.*

7.1. Cadena de procesos, productos, resultados intermedios y de impacto (resultado final) de la aplicación pertinente, eficiente y eficaz del PEI 2012-2016.





Procesos, productos, resultados intermedios y de impacto (resultado final)
Aplicación pertinente, eficiente y eficaz del PEI 2012-2016.



Referencia Bibliográfica





REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. PNUMA. Guía metodológica: Para el diseño de planes estratégicos en el sector público. Un enfoque participativo. Agosto 2006. Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Naciones Unidas. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: [http://www.pnuma.org/agua-miaac/REGIONAL/MATERIAL%20ADICIONAL/BIBLIOGRAFIA-WEBGRAFIA%20\(2\)/Guia%20metodologica%20planes%20estrategicos%20sector%20publico.pdf](http://www.pnuma.org/agua-miaac/REGIONAL/MATERIAL%20ADICIONAL/BIBLIOGRAFIA-WEBGRAFIA%20(2)/Guia%20metodologica%20planes%20estrategicos%20sector%20publico.pdf).
2. Ley de Base de la Descentralización. Ley N° 27783. El Peruano 2002, (17 julio del 2002). Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/desc_norma_pd.asp#.
3. Documento Técnico: “Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud: MED (Volumen 1). Ejercicio de las Funciones Descentralizadas en el ámbito regional”. Resolución Ministerial N° 739-2009/MINSA. Ministerio de Salud 2009. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM739-2009.pdf>.
4. Ministerio de Economía y Finanzas. Presupuesto por Resultado. MEF. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/ppr_y_pe.pdf.
5. Universidad del Pacífico. Un modelo de gestión descentralizada por resultados: La fusión de programas sociales en el Perú. Centro de Investigación, Universidad del Pacífico. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://www.up.edu.pe/ciup/SiteAssets/Lists/JER_Jerarquia/EditForm/La%20fusi%C3%B3n%20de%20programas%20sociales%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf.
6. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://censopascindoc.wordpress.com/2010/04/20/ley-no-27813-ley-del-sistema-nacional-coordinado-y-descentralizado-de-salud/>.
7. Ley de Marco de Modernización de la Gestión del Estado. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/LEY_DE_MODERNIZACION_DE_LA_GESTION_DEL_ESTADO.htm.



8. Plan Nacional Concertado de Salud. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf.
9. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Informe del 2012 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Naciones Unidas 2012. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG%20Report%202012%20-%20Complete%20Spanish.pdf>.
10. NN.UU. La declaración del Milenio, PNUD. Naciones Unidas. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
11. Acuerdo Nacional. Informe sobre el Acuerdo Nacional. Octubre 2004. Acuerdo Nacional. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/publicaciones>.
12. Acuerdo Nacional. Políticas de Estado y Planes de Gobiernos. Acuerdo Nacional. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/publicaciones>.
13. Acuerdo Nacional. Políticas de Estado del Acuerdo Nacional. Informe 2002-2006 (abril 2007). Acuerdo Nacional. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/publicaciones>.
14. Acuerdo Nacional. Informe de Seguimiento 2006 – 2008 - Objetivo 2: Equidad y Justicia Social (noviembre 2009). Acuerdo Nacional. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/publicaciones>.
15. Acuerdo Nacional. Informe sobre las Políticas de Estado (julio 2000- julio 2006). Acuerdo Nacional. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/publicaciones>.
16. CEPLAN. Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021. Centro Nacional de Planificación Estratégica. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.ceplan.gob.pe/documents/10157/d25c8335-f587-4171-96ea-26e650bb7726>.



17. MEF. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional – Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021. Ministerio de Economía y Finanzas. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversiofinal.pdf.
18. CEPLAN. Las Megatendencias Mundiales. Centro Nacional de Planificación Estratégica. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.ceplan.gob.pe/documents/10157/7def7da8-9692-44cd-8960-e105992533a8>.
19. CEPLAN. Desafío de las megatendencias. Resumen ejecutivo. Centro Nacional de Planificación Estratégica. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.ceplan.gob.pe/documents/10157/7112e600-dad3-4234-8d3e-8ce1075ca1f5>.
20. Perú. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. El Análisis Situacional de Salud. (Febrero 2012). Lima: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Hospital Nacional Sergio E. Bernales; 2012. (Citado 2012. Feb.). Disponible en: <http://www.hnseb.gob.pe/epi/epi.html>.
21. OEPE, Actas de Reuniones con los jefes y sus equipos de trabajo de los organos de control, asesamiento, apoyo y de línea. 2012. Oficina Ejecutiva de Planificación Estratégica, Hospital Nacional Sergio E. Bernales; 2012. Lima, Perú.
22. OEPE, Actas de Reuniones del Equipo Formador deL PEI 2012-2016. 2012. Oficina Ejecutiva de Planificación Estratégica, Hospital Nacional Sergio E. Bernales; 2012. Lima, Perú.

