



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY



Resolución Directoral

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Abancay, 14 de agosto del 2015.

VISTO:

El Memorando Nº 422-2015-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 20 de julio del 2015, emitida por la Dirección del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en la dispone elaboración de Resolución Directoral aprobando el Plan Estratégico Institucional 2015-2018 PEI, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe Nº 087-2015-OPE y PPT-HRGDV-AB, la Directora de la Dirección de Planeamiento Estratégico, eleva a la Dirección General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega el Plan Estratégico Institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, el cual debe ser aprobado mediante acto resolutivo;

Que, el Plan Estratégico Institucional es un documento de gestión en el cual se plasma las directrices y el comportamiento a seguir de una institución, con el fin de alcanzar sus aspiraciones, en él se reflejan las estrategias a seguir en el medio o largo plazo.

Que, mediante Ley Nº 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado se establece que las entidades públicas deben prever que las funciones y actividades que van a desarrollar se encuentren plenamente justificadas en razón de sus fines y objetivos, debiendo prevalecer en la estructura orgánica la especialidad, integrando funciones y competencias para mejorar la gestión pública y brindar un servicio de calidad al ciudadano.

Que, habiéndose sometido a revisión y evaluación la Propuesta del Plan Estratégico Institucional a los diferentes servicios y teniendo opinión favorable es procedente aprobar resolutivamente el Plan Estratégico Institucional PEI

Estando a lo informado por la Jefatura de Personal, con el Visto Bueno de la Dirección de Administración Dirección de Planeamiento Estratégico y Asesoría Legal del Hospital Regional "Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay,

En uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial Nº 701-2004/MINSA y Resolución Directoral Nº 001-2015-DG-DIRESA-AP.





GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC



DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

Resolución Directoral

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Abancay, 14 de agosto del 2015.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el Plan Estratégico Institucional PEI 2015-2018 de acuerdo al anexo que forma parte de la Presente Resolución Directoral.

ARTICULO SEGUNDO.- Dejar sin efecto en todos sus extremos la Resolución Directoral Nº 336-2014-DG-HRGDVA, de fecha 31 de diciembre del 2014.

ARTICULO TERCERO.- Disponer a la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay sea la encargada de la difusión, seguimiento y monitoreo del PEI

ARTICULO CUARTO.- TRANSCRIBASE, la presente Resolución Directoral a los Organos del Sistema Administrativo.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay
Dr. Luis B. Barba Pacheco
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13046 R.N.E. 022067

- C. c
- Archivo
- Dirección de Administración
- Área de Planeam. Estrat ()
- Área de Escalafón ()

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015-2018



HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

INDICE GENERAL

- I. PRESENTACION
- II. RESUMEN
 - 2.1. GENERALIDADES
 - 2.2. RESEÑA HISTORICA
 - 2.3. FINALIDAD
 - 2.4. OBJETIVO
 - 2.5. BASE LEGAL
- III. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
 - 3.1. ROL ESTRATEGICO INSTITUCIONAL
 - 3.2. ARTICULACION ESTRATEGICA
 - 3.3. VISION DEL MINISTERIO DE SALUD
 - 3.4. VISION DEL GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
 - 3.5. VISION DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
 - 3.6. VISION INSTITUCIONAL
 - 3.7. MISION INSTITUCIONAL
 - 3.8. VALORES INSTITUCIONALES
 - 3.9. NUESTRO COMPROMISO
- IV. DIAGNOSTICO
 - 4.1. ANALISIS DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO
 - 4.1.1. Análisis Estratégico Externo
 - 4.1.2. Análisis Estratégico Interno
 - 4.1.3. Análisis de Oferta y Demanda.
- V. ANALISIS Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS
 - 5.1. IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA
 - 5.2. TENDENCIAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO
- VI. IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS
 - 6.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES:
 - 6.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS
 - 6.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACCIONES ESTRATEGICAS
- VII. MATRIZ DE MARCO LOGICO



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

UNIDADES ORGANICAS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA:	
ESTRUCTURA ORGANICA	INTEGRANTES
Dirección Ejecutiva	Med. Luis Beltrán Barra Pacheco
Dirección Adjunta	Med. Elva Rosa Cristina Carrillo Ramírez
Oficina de Control Interno	C.P.C. Hilario Soto Jara
Oficina de Planificación Estratégica	Econ. Yndira Katy Carrasco La Torre
Unidad de Presupuesto	C.P.C. Juan Carlos Contreras Merino
Unidad de Planes y Programas	C.D. Laxmi Hinojosa Salas
Unidad de Proyectos	Ing. Pedro Yucra Achulli
Unidad de Racionalización	Econ. Yndira Katy Carrasco La Torre
Oficina de Asesoría Legal	Abg. Arturo Paz Hermoza
Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional	Med. Paulina Fabiola Ascue Ramírez
Unidad de Epidemiología	Mag. Gregoria Choque Flores
Unidad de Salud Ambiental	Mag. Iris Antonieta Loayza Rojas
Unidad de Salud Ocupacional	Med. Ingrid Pereira Salgado
Oficina de Gestión de Calidad	Lic. Enf. Carmen Marlene Castillo Warthon
Oficina de Gestión de recursos Humanos	Abog William Martín Alvarez Almidón
Unidad de Gestión de RRHH.	Abog. Hugo Alfaro Chirinos
Unidad de Remuneración y Pensiones	C.P.C. Vidal Navío Sánchez
Oficina de Administración	Econ. Lucia Alvarez Aranzábal
Unidad de Logística	Sr. Roberto Ricardo Coronel
Unidad de Archivo Central	TAP Ramiro Alfredo Bueno Quino
Unidad de Economía	C.P.C. Talía Fernanda Araoz Valverde
Unidad de Tesorería	C.P.C. Orlando Valenzuela Palacios
Unidad de Control Patrimonial	C.P.C. Pedro Eloy Estacio Tamayo
Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales	Ing. Edgardo Paniagua Enciso
Area de Vigilancia	Sr. Gerardo Elizardo Díaz Valdivia
Area de Limpieza y Jardines	Sr. Fernando Borda Ccaipani
Area de Transportes	Sr. Simón Felidor Robles Palacios
Area de Lavandería y Costura	Sr. Fernando Sierra Valverde
Unidad de Estadística	Ing. Frisher Leoncio Arce Acostupa
Unidad de Docencia e Investigación	Lic. Enf. Dina Basilia Peña Quiñones
Unidad de Referencia, Contrareferencia y Seguros	Lic. Enf. Dely Elizabeth Acosta Vera
Unidad de Imagen Institucional	Mag. Erasmo Aiquipa Gutiérrez
Departamento de Medicina Interna:	Med. Catherine Graciela Rivera Diaz
Servicio de Medicina Interna	Med. José Luis Osorio Ticona
Servicio de Medicina Especializada	Med. Jorge Guevara Cuadros
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	Med. Doris Silvia De La Cruz Prado
Departamento de Cirugía	Med. Omar Merino López
Servicio de Cirugía General	Med. Alfredo Mejía Cangahuala
Servicio de Cirugía Especializada	Med. Edwin Jesús Marín Apaza
Servicio de Traumatología	Med. Gay Miranda Ninapaytán
Departamento de Pediatría y Neonatología	Med. Lola Celia Carrillo Segovia
Servicio de Pediatría	Med. Edwin Carlos Urquiza Contreras
Servicio de Neonatología	Med. María Lourdes Canales Meza



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

Departamento de Gineco Obstetricia	Med. Luis Hernán Rodríguez Samanillo
Servicio de Ginecología	Med. Edison Vivanco Quinte.
Servicio de Obstetricia	Med. Eduardo Elías Erazo Viena
Servicio de Obstetras	Obst. Hermógenes Solar Becerra
Departamento de Odontostomatología	C.D. Jesús Francisco Hernández Hernández
Departamento de Enfermería	Lic. Enf. Frida Teófila Barrientos Checco
Servicio de Enfermería en Consultorios Externos y Estrategias Sanitarias	Lic. Enf. Luz Marina Farfán Aragón
Servicio de Enfermería en Central de Esterilización	Lic. Enf. Herminia Meléndez Reinoso
Servicio de Enfermería en Medicina Interna y Especialidades	Lic. Enf. Julia Cuellar Alegría
Servicio de Enfermería en Cirugía General y Especialidades	Lic. Enf. Raul Borda Orihuela
Servicio de Enfermería en Traumatología	Lic. Enf. Susan Sofía Quispe Portillo
Servicio de Enfermería en Pediatría	Lic. Enf. María Flores Noa
Servicio de Enfermería en Neonatología	Lic. Enf. Justina Loaiza Rojas
Servicio de Enfermería en Ginecología	Lic. Enf. María Antonia Lozano García
Servicio de Enfermería en Emergencias	Lic. Enf. Micaela Carnero Bustinza
Servicio de Enfermería en Cuidados Críticos	Lic. Enf. María Verónica Casafranca Zambrano
Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Anestesiología	Lic. Enf. Margarita Huamán Robles
Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos	Med. Aldo Isaac Córdova Solis
Servicio de Emergencia	Med. Zayda Magaly Salazar Vivanco
Servicio de Cuidados Intensivos	Med. Aldo Isaac Córdova Solis
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Med. José Amilcar Alvarez Villacorta
Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre	Med. Isnel Renán Ramos Morón
Servicio de Patología Clínica	Biolg. Werner Aguilar Barra
Servicio de Anatomía Patológica	Biolg. Marleni Galindo Rodríguez.
Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre	Biolg. William Concha Ayma
Servicio de Ecografía	Med. Héctor Juan Asqui Amanqui
Departamento de Farmacia	Q.F. Vibian Alina Yauyo Salguero
Departamento de Nutrición y Dietética	Lic. Enf. Maruja Arcibia Ríos
Servicio Social	A.S. Dolores Allende Quintero
Servicio de Psicología	Psicol. Cleto Edwin Quihue Huyhua



I. PRESENTACION

El Plan Estratégico Institucional es un documento de gestión en el cual se plasma las directrices y el comportamiento a seguir de una institución, con el fin de alcanzar sus aspiraciones, en él se reflejan las estrategias a seguir en el medio o largo plazo.

La planificación estratégica cristaliza la concentración de esfuerzos, facilita la programación para el uso racional de los recursos y permite la toma de decisiones en la búsqueda de eficacia, eficiencia y efectividad. Todo sistema de Planificación institucional se establece en tres niveles:

- **La planificación estratégica.**
- **La planificación programática, y**
- **La planificación operativa.**

Es importante implementar estos tres niveles de planificación ya que permitirá establecer una dirección a su accionar, garantizando con la ejecución de estrategias y actividades el logro de los objetivos definidos en un determinado tiempo.

El Plan Estratégico Institucional (PEI) es un proceso participativo y flexible, que sirve como herramienta para la toma de decisiones de los funcionarios de nuestra organización, quienes deben seguir las prioridades institucionales con el fin de lograr los objetivos planteados en el presente plan que tiene una proyección de tres años. Para ello se deben fortalecer los procesos vinculados a los objetivos priorizados, dotar de más recursos humanos y adquirir los equipos e insumos necesarios. Con el desarrollo del PEI se pretende generar cambios necesarios para mejorar la eficiencia en la gestión y la calidad de la prestación de los servicios y por ende la satisfacción de nuestros usuarios externos e internos.

El entorno sanitario de la Región Apurímac, se convierte en factores de riesgo que pueden afectar la vida de la población y presenta un reto y oportunidades al futuro para el Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

La demanda de atención especializada, el intercambio de prestaciones y la universalización del Aseguramiento Universal en la que población tiene la libre elección, modifica el mercado de salud, donde compiten un mayor número de establecimientos de salud público y privados que incorporan nuevas tecnologías, entre otras estrategias, constituyen elementos de futuro a los que el equipo de gestión del hospital debe dar una respuesta con el fin último de satisfacer las necesidades presentes y futuro de los ciudadanos Apurimeños.

El plan estratégico contiene los objetivos estratégicos, los lineamientos y prioridades institucionales que deben acatar los órganos, con el fin de aportar a la visión compartida de futuro en el marco del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, Plan Nacional Concertado de Salud y del Plan de Desarrollo Regional Concertado de Apurímac al 2021.

En tal sentido, el Plan Estratégico Institucional (PEI) es el documento de gestión que orienta y establece la ruta de gestión por resultados para proteger la dignidad de las personas y garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios y asegurar que se brinde una atención integral,



II. RESUMEN:

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, como órgano desconcentrado de la Dirección de Salud Apurímac, que brinda atención de salud de mediana complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su etapa final.

Desde 1964 inicio sus actividades como centro asistencial siendo su principal objetivo el de atender a las familias de modesta condición económica de la ciudad de Abancay y provincias. A lo largo de todos estos años si bien es cierto la infraestructura es la misma, ha desarrollado su organización hasta convertirse en un hospital de mediana complejidad de nivel II 2 de atención.

En la actualidad cuenta con un órgano de Dirección, un órgano de Control, un total de 04 órganos de Asesoramiento, 06 órganos de Apoyo, y 13 departamentos asistenciales como órganos de Línea, con especialidades que le permiten dar respuesta a la demanda de salud.

ROL ESTRATEGICO

La institución como ente de salud desarrolla todas sus capacidades, en las diversas especialidades médicas y quirúrgicas, asimismo, se sitúa dentro de las políticas de salud, tomando preponderancia los programas estratégicos como Salud Materno Neonatal, Programa Articulado Nutricional, TBC-VIH/SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades no Transmisibles y el Programa de Prevención y Control de Cáncer, Reducción de la Vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres, Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y Control y prevención en Salud Mental.

En tal sentido y como órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Apurímac, y bajo los lineamientos del Ministerio de Salud, desarrollamos para el período 2015 – 2018 la siguiente visión y misión

MISION: “Ser el año 2018, un hospital de alta complejidad reconocido a nivel regional, impulsor de un modelo innovador de prestación de servicios de salud especializados, que brinde atención segura, de calidad y con calidez humana; con infraestructura moderna, equipamiento de alta tecnología y recursos humanos competentes que contribuyan al desarrollo humano con inclusión y protección social”.

VISION: “Somos un Hospital referencial, docente, de mediana complejidad, con personal especializado y capacitado, tecnología apropiada que brinda servicios de salud integrales a la persona en todas sus etapas de vida, en condiciones de plena accesibilidad con calidad y equidad; contribuyendo al bienestar y desarrollo sostenible de la región Apurímac”.



Asimismo, planteamos los objetivos estratégicos que nos permitirán alcanzar nuestro futuro deseado, los mismos que se articulan con los objetivos del Plan Nacional Concertado de Salud al 2020, Objetivos Estratégicos del Ministerio de Salud al 2016 y el Plan de Desarrollo Concertado al 2021 de la Región. Apurímac.

2.1 GENERALIDADES:

El Hospital Regional Guillermo “Díaz de la Vega”, es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Apurímac, que brinda atención de salud de mediana complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su etapa final.

2.1.1. DENOMINACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre : HOSPITAL REGIONAL “GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA”.

Sigla : HRGDV.

Ubicación : Av. Daniel Alcides Carrión s/n, Patibamba Baja – Distrito Abancay.

Condición Actual: Hospital de Mediana Complejidad de Segundo Nivel de Atención con Categoría II-2.

2.1.2. FUNCIONES GENERALES:

Las funciones generales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega son las siguientes:

- Establecer la recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad a los servicios de salud en la Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Contribuir al logro de la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
- Contribuir responsablemente en la formación y especialización del capital humano; asignando el campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones Educativas, según los convenios respectivos.
- Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento de las normas vigentes.
- Mejorar continuamente la calidad de los servicios, productividad, eficiencia para una eficaz atención a la salud, estableciendo normas y guías necesarios, así como generando una cultura organizacional.



con valores y actitudes positivas, en busca de la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

- Cumplir con otras funciones y responsabilidades que le asigne la Dirección Regional de Salud Apurímac y el Ministerio de Salud.

2.2. RESEÑA HISTORICA:

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega tiene una antigüedad de 51 años para el año 2015. Se Inició la construcción siendo Presidente Constitucional de la República el Dr. Manuel Prado Ugarteche por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social en Ejecución del Plan Hospitalario “Centro de Salud de Abancay”.

Inaugurado siendo, Presidente Constitucional de la República el Arquitecto Fernando Belaunde Terry y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Dr. Javier Arias Stella en noviembre del año 1963. Posteriormente nominado como Hospital de Apoyo N° II.

El 20 de noviembre de 1989 siendo Directora la Med. Paulina Fabiola Ascue Ramírez, en reconocimiento a la labor social del médico cusqueño Guillermo Díaz De La Vega decidió cambiar el nombre por Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega hasta la actualidad.

2.3. FINALIDAD

Organizar y planificar en el mediano y largo plazo la ruta a seguir en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega a fin de lograr los objetivos, metas e indicadores trazados.

2.4. OBJETIVO

Establecer el marco directriz de gestión institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del 2015 al 2018.

2.5. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú 1993.
- Ley No 26843, Ley General de Salud
- Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento aprobado mediante D.S. No 013-2002-SA.
- Ley No 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión Estado.
- Ley N 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 30057, Régimen del Servicio Civil y su Reglamento Decreto N° 040-2014-PCM.
- Ley No 28522, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y su Reglamento, aprobado mediante D.S. No 054-2005-PCM.
- Ley No 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Ley No 30114, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2014.
- Ley N° 271314 Ley General de Residuos Sólidos.



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

- Decreto Legislativo N° 1153 y 1162, Política integral de compensaciones y entrega económica al personal de salud.
- Decreto Legislativo N° 1154, Política de servicios complementarios.
- Decreto Legislativo N° 1157, Modernización de la Inversión Pública en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Intercambio prestacional en el sector público.
- Decreto Legislativo N° 1163, Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Supremo No 163-2004/EF, establecen disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Publico.
- Decreto Supremo No 015-2006/MIMDES. Declara “El Decenio de la Persona con Discapacidad 2007-2016”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba “Plan Nacional Concertado en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 660-2014-MINSA-DIGIEM- Infraestructura y Equipamiento del II – III Nivel de Atención.
- Resolución Directoral No 010-2010-EF/76.01, aprueba “Directiva para la Formulación, Suscripción, Ejecución y Seguimiento de Convenios de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos”.
- Acuerdo Regional N° 036-2009-CR-APURIMAC, Aprueba el Plan Regional de Implementación del Aseguramiento Universal en el ámbito de la Región Apurímac.
- Ordenanza Regional N° 030-2012-GR.APURIMAC/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.



III. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

3.1. Rol Estratégico Institucional

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega es un Órgano Desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Apurímac, encargado de la atención especializada, prevención y disminución de riesgos, formación y especialización de los recursos humanos así como docencia e investigación en el ámbito de responsabilidad asignado a través de las Unidades Productoras de Servicios.

3.2. **Articulación Estratégica:** El Plan Estratégico Institucional del hospital se formula mediante la articulación con:

Objetivos del Milenio

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Objetivo 6. Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades.

Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS).

El PNCS se fundamenta en principios orientadores y enfoques transversales que se ven reflejadas en su visión, objetivos y estrategias. En él también se encuentran los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020, que definen el futuro de la salud, los cuales son:

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.

Objetivos Estratégicos del Ministerio de Salud 2012-2016:

1. Reducir la mortalidad materna neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
2. Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
3. Disminuir y controlar las enfermedades no trasmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
4. Disminuir y controlar las enfermedades trasmisibles, con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
5. Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
6. Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.



Plan de Desarrollo Concertado Apurímac al 2021.

Objetivo Estratégico N° 2: Construir una comunidad integrada, unida y con identidad cultural, donde se garantice el acceso a la educación, la atención de salud, el empleo digno y la calidad de vida para todas y todos, donde la población ejerce sin restricciones sus derechos al desarrollo, la igualdad de oportunidades, la inclusión y equidad social.

Objetivo Estratégico Específico 4: Consolidar el Aseguramiento Universal de la atención integral de salud de la población de Apurímac.

Objetivo Estratégico Específico 6: Garantizar el acceso Equitativo de mujeres y varones a servicios sociales y Culturales de calidad, en particular respecto a educación y salud.

3.3. Visión del Ministerio de Salud:

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

3.4. Visión del Gobierno Regional Apurímac.

“Apurímac al 2021 es una región integrada y descentralizada, con una sola identidad regional andina y moderna surgida del diálogo intercultural de sus pueblos, quienes han alcanzado unidad para construir su desarrollo basado en una economía competitiva desde su producción agroecológica, pecuaria, de sus potenciales turísticas y el uso responsable de sus recursos naturales, en una sociedad con paz y buen gobierno, justa y solidaria, que promueve el desarrollo humano sostenible”.

3.5. Visión de la Dirección Regional de Salud Apurímac

Ser al año 2015 una institución líder, competente que preste servicios de salud a la población Apurimeña en todas las etapas de vida, con calidad y calidez, logrando una alianza estratégica y participación social, que promueva el desarrollo humano de acuerdo a la política nacional de salud.

3.6. Visión Institucional:

VISIÓN

“Ser el año 2018, un hospital de alta complejidad reconocido a nivel regional, impulsor de un modelo innovador de prestación de servicios de salud especializados, que brinde atención segura, de calidad y con calidez humana; con infraestructura moderna, equipamiento de alta tecnología y recursos humanos competentes que contribuyan al desarrollo humano con inclusión y protección social”.



3.7. Misión Institucional:

MISIÓN	“Somos un Hospital referencial, docente, de mediana complejidad, con personal especializado y capacitado, tecnología apropiada que brinda servicios de salud integrales a la persona en todas sus etapas de vida, en condiciones de plena accesibilidad con calidad y equidad; contribuyendo al bienestar y desarrollo sostenible de la región Apurímac”.
---------------	---

3.8. Valores Institucionales:

Honestidad: Proceder con rectitud, disciplina, honradez y mística en el cumplimiento del trabajo y de la prestación que realizamos.

Responsabilidad: Los trabajadores asumimos libre y conscientemente las obligaciones y derechos que derivan de la visión y misión del hospital.

Solidaridad: Con unidad, cohesión y colaboración con las necesidades inmediatas del usuario interno e externo.

Innovación: Generar ideas, seleccionaras, implementarlas a investigación y el desarrollo.

Equidad: Asumimos la responsabilidad de atender del mismo modo a los pacientes con respeto a sus derechos sin discriminación.

Mejoramiento Continuo: A través de la gestión de la calidad se buscara siempre la excelencia e innovación que nos permita ser eficientes, orientando nuestros esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que acuden al hospital.

3.9. Nuestro Compromiso:

1. Mejorar las relaciones interpersonales e interacción de las capacidades.
2. Estamos comprometidos a lograr la satisfacción de nuestros usuarios.
3. Estamos comprometidos al cumplimiento de nuestros objetivos con pleno respeto por los derechos de nuestros pacientes.
4. Estamos comprometidos a aplicar políticas de calidad en todo momento.
5. Estamos comprometidos en ser una organización moderna y eficiente.



IV. DIAGNÓSTICO

4.1. ANALISIS DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO:

4.1.1. ANALISIS ESTRATEGICO EXTERNO:

4.1.1.1. ANALISIS DE MACROVARIABLES:

La Política de Modernización de la Gestión Pública, aprobada con Decreto Supremo N° 004-2012.PCM, identifica los pilares de la gestión pública orientada a resultados al planeamiento estratégico donde efectuaremos un diagnóstico, lo que nos permitirá identificar los procesos a mejorar.

Planeamiento de Desarrollo Concertado

El Hospital Regional articula sus actividades al Plan de Desarrollo Concertado Regional con los otros actores claves de la región para un abordaje transectorial, sobre los factores de riesgo de las principales morbilidades que afectan a la población de la Región.

Construyéndose una visión compartida de futuro y permite una lógica de conjunto del accionar de los actores regionales y locales respecto al desarrollo territorial, pensando en el largo y mediano plazo.

El gobierno regional y los gobiernos locales conducen el proceso participativo de planificación de desarrollo en su ámbito territorial mediante los planes de desarrollo concertado, abordando uno de sus objetivos las prioridades de salud de la población, articulando los objetivos de desarrollo territorial con los del nivel nacional, regional y local y estos con los planes estratégicos institucionales.

Presupuesto para Resultados

El Hospital Regional viene implementando las reformas del sistema presupuestal en lo referido a la mejora de la eficiencia y eficacia de la gestión, mediante la implementación de diez programas estratégicos:

- Programa Presupuestal 0001. Programa Articulado Nutricional
- Programa Presupuestal 0002. Salud Materno Neonatal
- Programa Presupuestal 0016. TBC-VIH/Sida
- Programa Presupuestal 0017. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis.
- Programa Presupuestal 0018. Enfermedades No Transmisibles
- Programa Presupuestal 0024. Prevención y control de Cáncer.
- Programa Presupuestal 0068. Reducción de la Vulnerabilidad y atención de Emergencias por desastres.



- Programa Presupuestal 0104. Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias medicas.
- Programa Presupuestal 0129. Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad
- Programa Presupuestal 0131. Control y prevención en salud mental

Estos nos permiten programar intervenciones orientadas a resultados, migrando del enfoque inercial de asignación de recursos hacia uno enfocado en productos y resultados.

Esta reforma está orientada a conciliar tres objetivos: i. Mantener la disciplina fiscal; ii. Mejorar la eficiencia en la distribución de los recursos; y iii. Mejorar la calidad del gasto asegurando eficiencia y eficacia en las operaciones de todas las entidades y agencias en los tres niveles de gobierno.

Simplificación Administrativa

La simplificación administrativa, contribuye a mejorar la calidad, la eficiencia y la oportunidad en que se brinde los servicios de salud, eliminando los flujos, costos, optimizando los tiempos, disminuyendo el tiempo de espera y contribuyendo a la satisfacción del usuario.

Articulación Interinstitucional

En el marco de la descentralización de la función salud a los gobiernos regionales, el Hospital en la formulación del plan estratégico institucional a articulado y alineado sus objetivos, metas e indicadores del Ministerio de Salud, Gobierno Regional, Dirección Regional de Salud a fin de asegurar el logro de objetivos y metas, contribuyendo a mejorar el acceso a la salud de la población Apurimeña.

Descentralización

Proceso de transferencia de competencias y recursos del gobierno central a las regiones, quienes posteriormente lo transferirán a los gobiernos locales correspondientes, con el fin de eliminar la descentralización y lograr la autonomía en las decisiones políticas, económicas y administrativas, pero siempre alineados a las políticas del país.

La transferencia de funciones implica que el ejercicio de estas debe ser ejecutado por completo y de forma adecuado por el área correspondiente a nivel regional y local, ello involucra no solo los cambios en los documentos normativos, sino cambios en las propias instituciones mediante un conjunto de intervenciones, asumiendo responsabilidades en las diversas funciones organizacionales, de gestión, y gobernanza para obtener resultados deseados y por ende del desarrollo integral del país.



Aseguramiento Universal en Salud

La Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene derecho toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.

- ✓ Extender la cobertura de asegurados a nivel nacional, principalmente en los segmentos de bajos ingresos.
- ✓ Ampliar la cobertura de beneficios, es decir expandir los beneficios actuales en salud de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico de la población y con un enfoque integral de la atención. Para estos fines, el MINSA ha elaborado y validado clínicamente una propuesta de Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en el cual se explicitan las condiciones asegurables y los procedimientos clínicos que como mínimo deberán ser financiados por cualquier tipo de institución aseguradora.
- ✓ Garantizar la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías explícitas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud respecto de la oportunidad (tiempos de espera) y la calidad de la prestación de los servicios mediante estándares auditables.

Política de Inclusión Social

Todos los ciudadanos y ciudadanas puedan ejercer a plenitud sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que se encuentran en el medio.

Alcanzar un piso de protección social para el conjunto de la población que signifique para las nuevas generaciones igualdad de oportunidades y el desarrollo pleno de sus capacidades futuras, logrando la universalidad de la protección social en salud en la que toda persona accede a más y mejores cuidados integrales sin riesgo de empobrecerse.

Reforma de Salud

Para cumplir la política de inclusión social el poder legislativo dio facultades al ejecutivo para legislar en materia de salud, aprobando los decretos legislativos siguientes:

- ✓ Decreto Legislativo N° 1153 y 1162, ordenan y homologan la remuneración principal y establecen bonificaciones adicionales según tipo de trabajo y desempeño
- ✓ Decreto Legislativo N° 1154, supera la restricción de doble percepción remunerativa, mediante la ampliación de turnos, horarios de atención en hospitales y establecimientos I-4 en las especialidades y servicios con mayor demanda y la conformación de brigadas más salud equipos multidisciplinarios que brindan atención y dan capacitación durante 2 semanas en las regiones con mayores brechas de especialistas



- ✓ Decreto Legislativo N° 1157, aprueba la planificación multianual e intergubernamental, la agilización de la inversión y la creación del Programa Nacional de Inversión en Salud
- ✓ Decreto Legislativo N° 1159, aprueba el intercambio prestacional, para usar toda la oferta pública existente en la jurisdicción para que las personas puedan usar todos los servicios públicos existentes en su jurisdicción independientemente en qué IAFAS estén asegurados
- ✓ Decreto Legislativo N° 1163, aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en el camino a convertirse en un Seguro Público potente que proteja a las personas aplicando enfoque de vulnerabilidad biológica y social
- ✓ Decreto Legislativo N° 1164, permite cerrar la brecha de pobres sin seguro de salud: a centros poblados alejados mediante focalización geográfica, a albergues, a penales, etc. Así como permite afiliar a gestantes, recién nacidos y niños menores de 5 años aplicando el enfoque de vulnerabilidad

I.- Reforma de la Salud

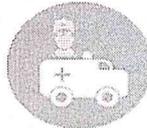


ES CLAVE ASEGURAR QUE

- a) EL MODELO ORGANIZACIONAL RESPONDE AL MARCO ESTRATÉGICO
- b) EL MODELO ORGANIZACIONAL PONGA AL CENTRO AL CIUDADANO



MÁS
gente protegida



MÁS
y mejores
cuidados



MÁS
protección
de derechos



MÁS
rectoría y
gobernanza del
sistema

Se sostiene en una Reforma de la Gestión
Rectoría del Sistema y Modernización
Institucional

4.1.1.2. Fenómenos:

Fenómenos Geológicos:

- Las principales amenazas son por deslizamiento generado por filtraciones y el tipo de suelo.
- La presencia de grandes volúmenes de agua en vaso naturales ubicados en la parte alta de la ciudad con riesgo inminente de generar grandes (deslizamientos, huaicos proveniente de la laguna pequeña, etc.)
- El mapa del área geográfico nos muestra la fuerte intensidad de las lluvias que se genera de enero a marzo produciendo grandes avenidas y consecuentes deslizamientos e inundaciones; áreas de peligros de inundaciones, deslizamientos y huaicos.



Fenómenos Sociales:

- Crecimiento poblacional debido al centralismo y a la creciente actividad minera.
- La migración del campo a la ciudad genera grandes demandas laborales.

Fenómenos Sanitarios-Ecológicos:

- En época de heladas (mayo a julio) se incrementan las enfermedades del sistema respiratorio (IRAS y neumonías, SOBAS etc.)

Fenómenos Químicos-Tecnológicos:

- Existe una distribuidora de gas doméstico a una distancia de 100 metros del hospital.

4.1.1.3. Factores Geográficos:

El departamento de Apurímac, está constituida por 07 provincias (Abancay, Andahuaylas, Antabamba, Aymaraes, Cotabambas, Chincheros y Grau) distribuidos de la siguiente manera:

Nº	PROVINCIAS	DISTRITOS
1	ABANCAY	9
2	ANDAHUAYLAS	19
3	ANTABAMBA	7
4	AYMARAES	17
5	COTABAMBAS	6
6	CHINCHEROS	8
7	GRAU	14
TOTAL APURIMAC		80

- El departamento de Apurímac cuenta con una superficie de 21,112.18 Km² y una densidad poblacional de 21.51 habitante/Km²; con provincias tan extensas como Aymaraes con 4,213.07 Km² de superficie y pequeñas como Chincheros con 1,242.33 Km², sin embargo con una mayor densidad poblacional de 46.21 habitante/Km²; Abancay, la provincia con menor densidad poblacional es Antabamba con 4.15 habitantes/Km². A nivel de distritos Cotaruse tiene una densidad poblacional de 1.84 Hab/km² y con 267.13 Hab/km² el distrito de Abancay.
- La Región de Apurímac, se encuentra ubicada en la parte sur oriental del territorio peruano entre las coordenadas geográficas 13⁰10'09" y 14⁰49'20" de Latitud Sur y los 72⁰02'57" y 73⁰58'44" de longitud oeste del meridiano de Greenwich.
- Factores que favorecen la presencia de algunas enfermedades como las Enfermedades Prevalentes de la Infancia como las IRA, EDA, Anemias, Parasitosis, Desnutrición infantil, Hepatitis, entre otros, que se ven



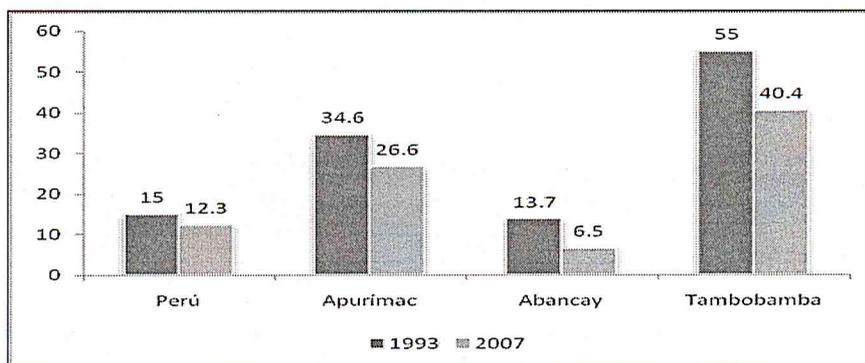
función de personal de apoyo a las acciones del Ministerio de Salud. La medicina tradicional tiene presencia dentro del espacio regional para la atención de la población principalmente rural los mismos que se practica a través de curanderos y parteras tradicionales.

4.1.1.7. Factores Socio Económicos:

Tasa de Analfabetismo:

La tasa de analfabetismo en el departamento de Apurímac en el año 2007, fue de 26.6%, el cual fue 2.2 veces más que el nivel nacional (12.3%). En el año 1993 fue de 34.6%, es decir que en 14 años, el analfabetismo sólo se ha reducido en 8.0%. El distrito de Tambobamba tiene una tasa de analfabetismo de 40.4%, lo cual es 6.2 veces más que la tasa de analfabetismo del distrito de Abancay (6.5%), el mismo que mostramos en el siguiente gráfico:

Porcentaje de analfabetismo en el departamento de Apurímac. DIRESA - Apurímac 2007



Fuente: Censo Nacional 2007.

La encuesta nacional de hogares (ENAH) en el año 2008, muestra que la región Apurímac está ubicado en primer lugar con el (26.61%) de analfabetismo, a nivel nacional es de (10.39%), el año 2010 muestra que la región Apurímac desciende un escalón con (22.66%) y el nivel nacional con (9.98%) o sea que la región Apurímac tiene (2.27) veces más analfabetismo que el promedio nacional. La tasa de analfabetismo en las mujeres en el departamento de Apurímac en el año 2007 fue de 21.7%, lo cual fue 1.5 veces más que el promedio nacional (14.7%). En el año 1993 fue de 45.2%, lo cual indica que para el año 2007 hubo una reducción de 23.5%. Al comparar los distritos, existen 7 con más del 50% de analfabetismo, observando que Tambobamba tiene una tasa de analfabetismo 6.2 veces más que Abancay.

Idioma:

La población apurimeña tiene como lengua materna el castellano solo 29.0%, contando con un 71.0% de población que habla el idioma quechua y otros dialectos. A nivel nacional esta cifra es

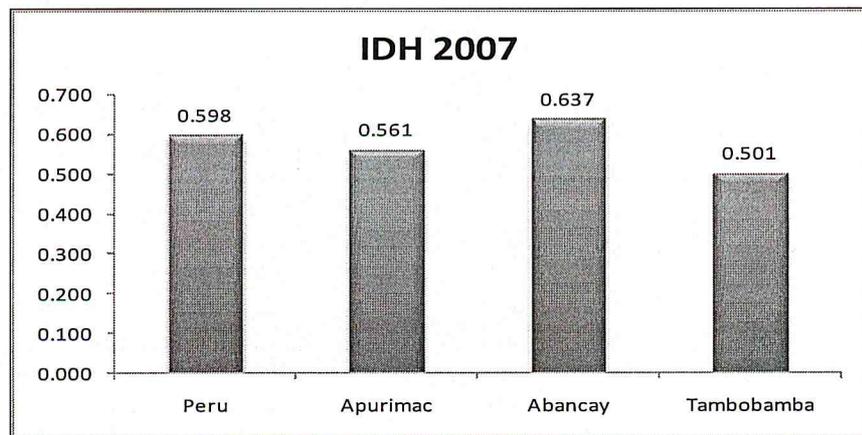


de 84.1%. En el año 1993, el porcentaje de la población con lengua materna castellano era de 22.4%, lo que significó un aumento en 6.6%. El 69.1% de la población del distrito de Abancay tiene como lengua materna el castellano, mientras que en el distrito de San Miguel de Chacrampa, solo el 1.8%; existiendo una brecha de 38.3 mas veces a favor de Abancay, además existen 77 distritos en donde la población habla el idioma castellano menos del 50% lo que evidencia la diversidad cultural de nuestra región.

Índice de Desarrollo Humano:

El índice de desarrollo humano (IDH) en el departamento de Apurímac para el año 2007 fue de 0.561, mientras que para el nivel nacional fue de 0.598. El distrito de Abancay tiene un IDH de 0.637, mientras que el distrito de Tambobamba de 0.501, lo cual indica que Abancay tiene un índice de 1.3 veces más que Tambobamba, tal como podemos observar en los siguientes gráficos:

Índice de desarrollo humano en el departamento de Apurímac .DIRESA - Apurímac 2007



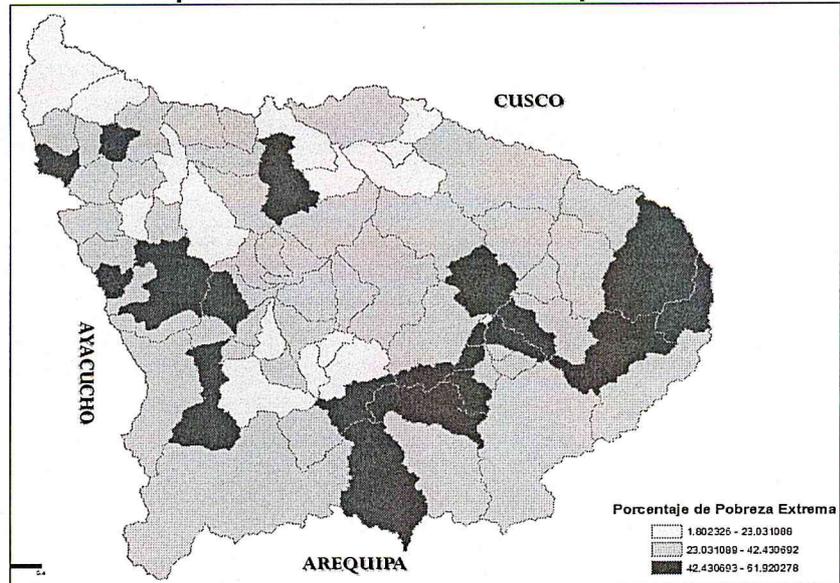
Fuente: PNUD / IDH 2007

Pobreza

- Según el Mapa de Pobreza del Censo del año 2007, la incidencia de pobreza extrema en el departamento de Apurímac fue de 29.7, mientras que el departamento de Ica, considerado el menos pobre del país, tenía una incidencia de pobreza extrema de 0.3%, es decir, Apurímac tiene 99.0 veces más de pobreza extrema que Ica. El distrito de Chalhuanahuacho (61.9%) tiene 34.36 veces más extrema pobreza que el distrito de El Oro (1.8%)

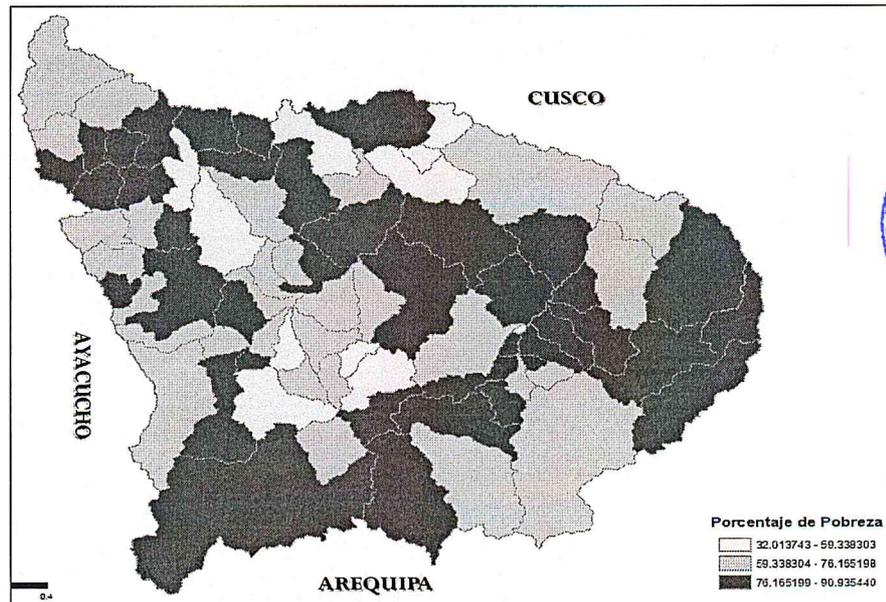


Incidencia de pobreza extrema DIRESA - Apurímac 2007



Fuente: PNUD / IDH 2007

- Según el Mapa de Pobreza Total del Censo del año 2007, en el departamento de Apurímac fue de (69.5%), mientras que el departamento de Ica, considerado el menos pobre del país, tenía una pobreza total de (15.1%), es decir, Apurímac tiene (4.6) veces más de pobreza total que Ica.
- El distrito de Kishuara tiene una Pobreza Total de (90.9%) o sea 2.8 veces más de pobreza total que el distrito de Abancay con (32.0%).



Fuente: INEI Mapa de pobreza 2007.



Factores Económicos:

- Los ingresos económicos de la población son mínimos, sobre todo en la población rural, donde el recurso económico es exiguo. La actividad económica principal que realiza es la agrícola, seguida de la ganadería, la minería y el turismo, que en forma progresiva se desarrolla en nuestra región.
- El desempleo y faltas de oportunidad de trabajo son altos en la región, aspecto que contribuye a incrementar la pobreza. La Región de Salud Apurímac, cuenta con presupuestos asignados por las fuentes de financiamiento como son: Recursos ordinarios, Recursos directamente Recaudados y Donaciones y Transferencias.

Factores Culturales.

- En la Región de Salud Apurímac, en las provincias, distritos y sobre todo, en las comunidades, persisten marcadas creencias, costumbres, mitos arraigados propios del poblador de la sierra, creando una barrera cultural, que hacen difícil el cumplimiento de las actividades que desarrollan los programas de salud, por ejemplo. Todavía se siguen atendiendo partos por parteras que no garantizan la vida de la mujer y el niño, etc. Poca valorización de la vida, priorizan sus actividades domésticas, no existiendo la conciencia de riesgo de salud, sobre todo en la población rural alto andina.
- Otro aspecto que dificulta el acceso a los servicios de salud, es la barrera lingüística que en alto porcentaje los pobladores son quechua hablantes, ocasionando dificultades en la fluidez de la comunicación y la transferencia de mensajes.

Factores Tecnológicos:

- El total de Establecimientos de Salud cuenta con equipamiento mínimo adecuado para la atención del primer nivel de atención, garantizando de esta manera las diferentes actividades preventivas promocionales, recuperativas y de emergencia.
- En relación al equipamiento biomédico durante estos últimos 4 años han ingresado a la Región Equipos modernos, gracias al apoyo de PARSALUD, Cooperación Internacional, Seguro Integral de Salud, Presupuesto por Resultados implementados desde el año 2008, y ahora último Presupuesto de EUROPAN, que viene fortaleciendo las actividades del Programa Estratégico Articulado Nutricional, además de algunas unidades móviles según el requerimiento de los proyectos formulados y gracias a los requerimientos planteados por los Jefes de las Microrredes beneficiadas. Dichos equipos permitieron renovar aquellos en estado de obsolescencia.
- Asimismo cabe indicar que existe una relación de Equipos médicos mínimos según categoría de los Establecimientos de Salud formulados por PARSALUD en el año 2006, sin embargo la gran mayoría de establecimientos de salud no cumplen con estos requisitos, siendo una necesidad urgente el fortalecimiento para el cumplimiento de las funciones según categoría alcanzada, para ello



se tiene previsto la atención de esta necesidad mediante el PARSALUD II. Actualmente el 100% de las Microrredes de salud cuentan con unidades vehiculares lo que ha permitido mejorar el Sistema de Referencias y Contra referencia, lo que se traduce en la disminución de los principales indicadores como son la mortalidad materna neonatal y perinatal.

4.1.1.8. Escenario Apurímac Macro Regional Sur.

- La descentralización constituye la reforma estatal más importante de las implementadas en el Perú. Parte de una profunda vocación democrática que cuestiona el carácter centralista del Estado, como también interpela los supuestos regionalismos que no fueron sino, expresiones políticas de intereses privados, mayormente económicos. La última decisión descentralista ha sido iniciada en el año 2002, la cual concluyó dramáticamente (al menos en una primera etapa) unos años después con la derrota del referendo para la conformación de regiones el año 2005, resultado de la alianza *sui generis* entre algunos partidos políticos, intereses externos al país y poderes locales.
- En cualquiera de los casos, el punto de partida ha sido la generación de un conjunto de normas legales desde la reforma constitucional, y particularmente del Título IV y Capítulo XIV referido a la descentralización, la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias, la Ley Orgánica de Municipalidades y la Ley de Mancomunidades Municipales, su modificatoria y su reglamento. En todos ellos trasciende, como espíritu de la ley, una demanda central resumible en: Autonomía política, administrativa y económica. Estas aparecen consagradas en las competencias y funciones de cada nivel de gobierno, las cuales se encuentran establecidas en la legislación, y que en términos prácticos se vienen produciendo, no tan expeditivamente como se desea desde los gobiernos regionales y locales, a través de la transferencia de funciones principalmente.
- Los Gobiernos Regionales, al cabo de estos años de transferencia se han visto incrementados de responsabilidades de las direcciones sectoriales y otras agencias estatales, que antes aparecían como órganos desconcentrados de los ministerios u organismos públicos descentralizados, hecho que redundaba en la promoción del desarrollo integral de sus jurisdicciones. Asimismo recibieron el encargo de los programas y de algunos proyectos sociales, mayormente provenientes del PRONAA (municipalidades provinciales) y FONCODES (distritales).
- A ocho años de iniciado este proceso, el balance provisional es positivo. Los gobiernos subnacionales se han visto investidos de nuevas responsabilidades, las autoridades manejan nuevos aprendizajes y otros actualizados, ha surgido una masa crítica de funcionarios y técnicos a partir



de renovadas experiencias de gestión. Como resultado de todo ello se constata que el ejercicio de las nuevas funciones y competencias conlleva un desempeño mejor definido en temas como la planificación, el ordenamiento territorial, la promoción y regulación de las actividades económicas, la gestión social particularmente de la salud y educación, todo dentro del marco de competencia regional de promover el desarrollo socioeconómico regional y ejecutar los planes y programas correspondientes.

- Justamente, interesa destacar que muchos gobiernos regionales y locales promovieron procesos de planificación integral y sectorial, interesados en dotarse de instrumentos de gestión de mediano y largo plazo, así también estos procesos se han convertido en oportunidades para el diálogo entre el Estado y la sociedad civil, que ha sido facilitado por las estrategias, espacios y mecanismos de participación ciudadana en la gestión pública. Ciertamente este proceso aún es incompleto, generando en los gobiernos subnacionales el reclamo de nuevas responsabilidades junto con los recursos requeridos. Así también, la demanda de una mayor injerencia, por ejemplo, para legislar y para la generación de nuevos recursos a partir de políticas más discrecionales en materia fiscal. De otro lado, aparece como un tema de discusión, los conflictos de competencias con la autoridad nacional en algunos temas. Entre ellos, los relacionados con el uso de algunos recursos naturales, las transferencias provenientes del Canon, Sobre Canon y Regalías, que provienen justamente del usufructo de los recursos regionales y locales, la responsabilidad política de resolver temas de ordenamiento territorial, como la creación de nuevas circunscripciones que sigue siendo una función de la PCM y del Congreso de la República. Retomando el tema de la agenda descentralista, esta sufrió una derrota respecto a la conformación de las regiones. El cronograma que debía cumplirse al 2011 ha sido descartado, por lo tanto, se ha postergado contar con las nuevas regiones entendidas como demarcaciones geopolíticas y económicas que resultan de la articulación horizontal y vertical de territorios en función a la complementación económica de sus riquezas y potencialidades. Sin embargo, ya se anticipaba antes del referendo, que ciertos escollos empezaban a evidenciarse. La tarea de constituir nuevas regiones enfrenta intereses evidentes, pues como lo recuerda un consorcio de ONGs que apostó y apuesta por las nuevas regiones:
- *“En el marco legislativo de la descentralización se señala que los departamentos son el punto de partida del proceso y se asume como objetivo la construcción de una nueva demarcación territorial a partir de las articulaciones económicas, sociales y culturales existentes entre los departamentos y provincias colindantes. El enfoque que orienta el proceso en su etapa actual es la construcción de nuevas referencias políticas. Es un paso adelante en el objetivo de construir un nuevo ordenamiento del territorio*

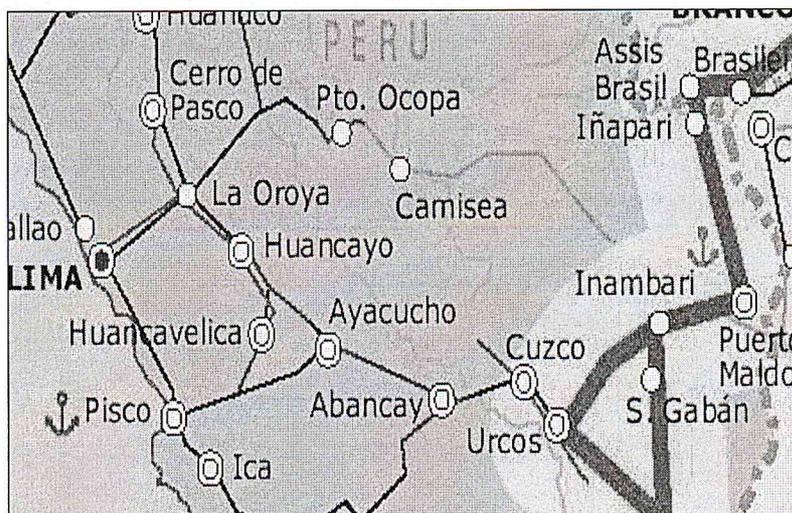


nacional que combine los espacios políticos de gobierno con la consolidación de las regiones económicas que han venido cobrando forma en las últimas décadas”. (Propuesta Ciudadana, 2005)1.

- Luego del 2005, diluidas las esperanzas de integración regional, lo que continuó fueron tímidos intentos por proseguir los intentos por constituir las regiones. Salvo algunas instituciones que continuaron impulsado estos esfuerzos, poco se hizo por mantener la “Insistencia de la voluntad” que reclamaba la reforma descentralista. El fortalecimiento de las Juntas de Coordinación Interregional, la formación de espacios como la asamblea de presidentes de la macro sur, que reunió a los alcaldes y a técnicos de los departamentos del sur andino, y algunos encuentros posteriores a la desaparición del CND, promovidos desde la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, han ratificado que la proyección Macroregional no ha desaparecido.

4.1.1.9. Identificación de Tendencias

- La necesidad de construir la propuesta programática requiere identificar un conjunto de macro tendencias tanto favorables como desfavorables, que estén presentes tanto en el ámbito departamental como en el nacional. Esos insumos, que recogen los aportes del proceso participativo, han sido utilizados para establecer el escenario probable que luego de confrontarlo con el escenario deseable, se va a la construcción de la visión de futuro compartida para Apurímac al 2021.



4.1.1.10. Análisis de Tendencias Internas

- Aprovechando el análisis realizado en eventos participativos en el marco del proceso de actualización del Plan de Desarrollo Regional Concertado, es posible identificar tendencias internas que actúan de manera favorable o desfavorable según sea el caso. En el nivel interno, las



tendencias favorables ponderan los aspectos potenciales que pueden ser aprovechables para el desarrollo o ya son activos o fortalezas disponibles. Pueden formar parte de ellas no solo las condiciones materiales existentes en un territorio que resultan favorables para plasmar la Visión de Desarrollo, sino los propios atributos que tiene la población. Mientras que las tendencias negativas son aquellas que impiden u obstaculizan plasmarla.

4.1.1.11. Análisis de Tendencias Externas

- Las tendencias externas o macro tendencias, son fuerzas originadas desde fuera del territorio departamental, y actúan bajo ciertas condiciones, de manera positiva como actuarían algunas oportunidades, o se convierten en elementos o factores de riesgo que pueden afectar la vida de la población o su actividad dentro del espacio territorial.
- La importancia de estas tendencias es que prefiguran el escenario externo o contexto, y este ingresa a una dinámica mayor en interacción con lo que acontece dentro del territorio.

Tendencias Internas Positivas	Tendencias Internas Negativas	Tendencias Externas Positivas	Tendencias Externas Negativas
1. Infraestructura vial y conectividad en proyectos	1. Deterioro ambiental (agua, suelos, bosques) por uso de agroquímicos, minería informal, mal manejo de residuos sólidos	1. Aparición de innovaciones tecnológicas a las que se puede acceder a través de la cooperación internacional	1. Calentamiento global
2. Mayor participación de la población en la toma de decisiones	2. Cambio climático	2. Ofertas de desarrollo de capacidades.	2. Debilitamiento de la voluntad política del gobierno nacional para el proceso de descentralización.
3. Incremento del IDH	3. Disminución de recursos hídricos	3. Cambios en hábitos de alimentación se orienta a productos agroecológicos	3. Persistencia de la falta de decisión para constituir el Sistema de Planificación.



4.1.2. ANALISIS ESTRATEGICO INTERNO.

4.1.2.1. Accesibilidad y Ubicación:

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en el departamento de Apurímac, Provincia de Abancay y Distrito de

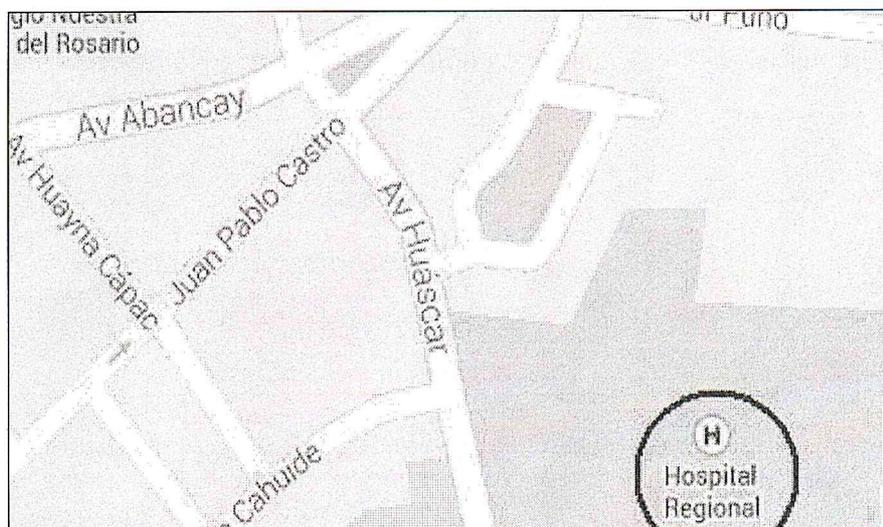


Abancay en el sector de Patibamba Alta hacia el sur de la ciudad de Abancay.

Límites:

- ✓ Por el Este limita con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y Caritas.
- ✓ Por el Oeste limita con la Av. Huáscar.
- ✓ Por el Norte limita con Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- ✓ Por el Sur limita con Av. Daniel Alcides Carrión.
El ingreso al hospital es por la AV. Daniel Alcides Carrión a Consultorio Externo y Emergencia.

Mapa N° 01.-Ubicación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



4.1.2.1. Estructura Organizacional:

- El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, órgano desconcentrado y Unidad Ejecutora de la Dirección Regional de Salud Apurímac (DIRESA), es un establecimiento de salud Referencial que brinda atención integral y especializada en Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia General y Cuidados Críticos.
- El Hospital concebido según los estándares de aquella época tuvo forma de edificio cuadrangular con los lados interceptados por amplios pasillos en un área de 10,548.25 m²; ésta construcción comprendía: El área del hospital y el área de terreno y parte de la construcción que actualmente ocupa la Dirección Regional de Salud. El área total del terreno de la Institución está conformado por 1.97 hectáreas (19,748.25 m²) de las cuales 1.01 corresponden a edificios, calles, aceras y estacionamientos y 0.92 hectáreas de áreas verdes.



- Cabe indicar que a la actualidad en el área del hospital se encuentran funcionando las instalaciones de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, la Residencia de las Madres de la Divina Providencia y la Capilla del hospital.
- El hospital tiene un área del predio de 37,559.80 m² y el perímetro actual es de 783.21 metros lineales, el área construida es de 13,657.89.

Categoría:

El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega es un Hospital categorizado como nivel II-2; el 20 de noviembre del 2008 con Resolución Directoral N° 615- 2008-DG-DGDRH-DIRESA, se resolvió categorizar al hospital con la Categoría Hospital III-I con la proyección de la construcción de un nuevo hospital sin embargo a la fecha esta visión no se ha cristalizado funcionando el hospital como una entidad de mediana complejidad con categoría II-2, con resolución Directoral N° 357 - 2014-DG-DGDRH-DIRESA de fecha 20 de marzo del 2014.

4.1.2.2. Estructura Organizacional:

La estructura orgánica del Hospital, contenida en el “Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”, el cual se detalla a continuación:

ÓRGANO DE DIRECCIÓN

Dirección Ejecutiva

ÓRGANO DE CONTROL

Órgano de Control Interno

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

Oficina de Planificación Estratégica.
Oficina de Asesoría Jurídica.
Oficina de Calidad.
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ÓRGANOS DE APOYO

- Oficina de Administración
 01. Unidad de Economía
 02. Unidad de Logística
 03. Unidad de Tesorería.
 04. Unidad de Control Patrimonial
 05. Unidad de Archivo Central
 06. Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales.



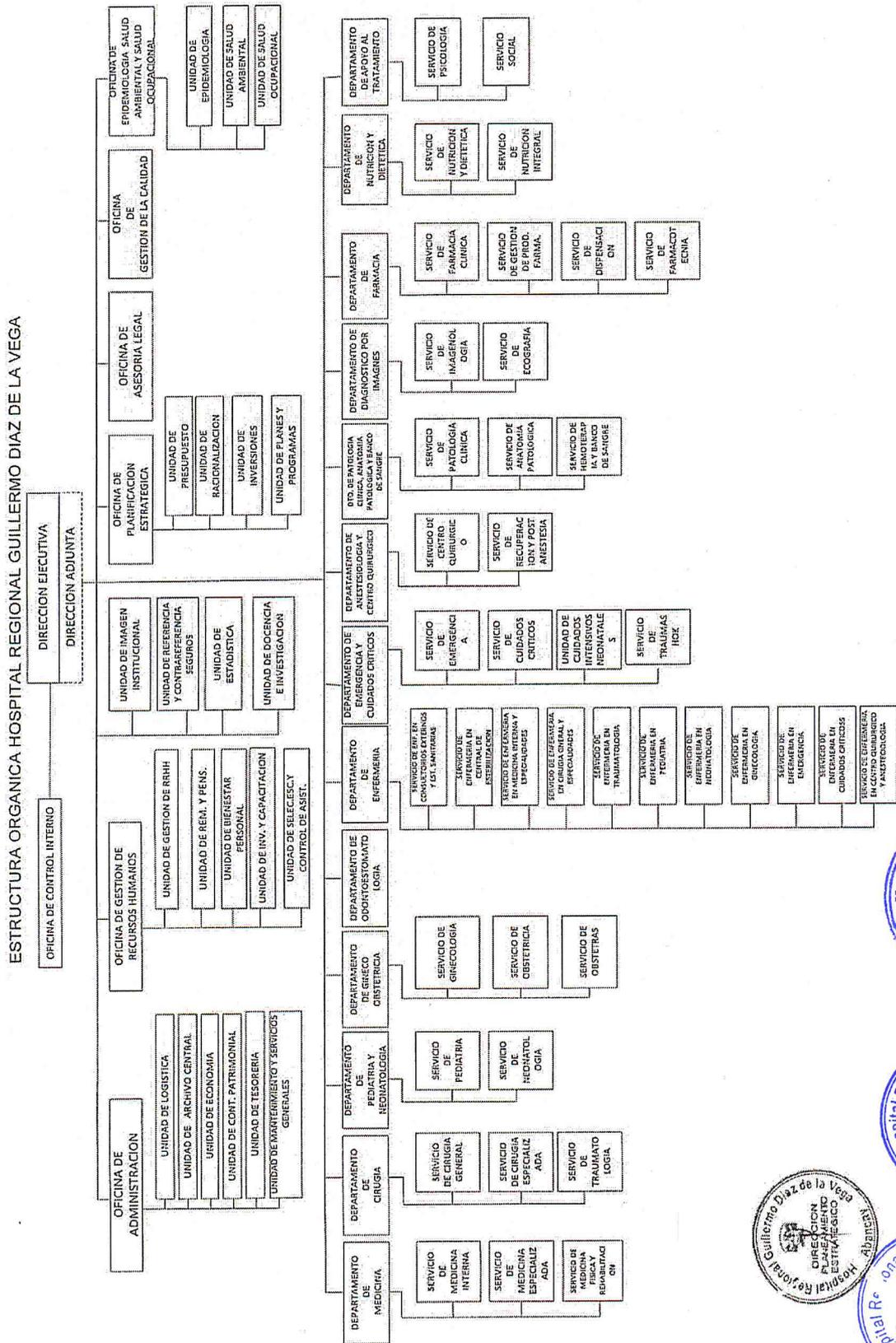
- Oficina de Gestión de Recursos Humanos
- Unidad de Docencia e Investigación.
- Unidad de Estadística.
- Unidad de Referencia, Contra referencia y Seguros.
- Unidad de Imagen Institucional.

ÓRGANOS DE LINEA

Departamento de Medicina
Departamento de Cirugía
Departamento de Pediatría
Departamento de Gineco-Obstetricia
Departamento de Odontología.
Departamento de Enfermería.
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre.
Departamento de Diagnóstico por Imágenes
Departamento de Farmacia
Departamento de Nutrición.
Departamento de Apoyo al Tratamiento



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA



4.1.2.3. Infraestructura: Está construido en 12 bloques (del 01 al bloque 12):

i. Primer Bloque:

Tiene un área construida de 187. 69 m2 consta de 2 pisos:

Primer Piso:

En donde se encuentran operativas las oficinas administrativas, Consultorios Externos, Estrategias Sanitarias, Unidad de Estadística e Informática, Unidad de Seguros, Triage, Caja, Aula Virtual; de la misma manera en los diversos servicios del primer piso se pueden apreciar baños con mayólicas antiguas y deterioradas, con aparatos sanitarios obsoletos y antiguos; muros y techos sin mantenimiento de pintura en algunos casos; pisos de loseta antigua; instalaciones eléctricas empotrados desde su construcción, algunas oficinas cuentan con canaletas y en algunos casos sin la respectiva línea a tierra; puertas de ingreso de madera y con chapas antiguas; iluminación insuficiente, con equipos de luminarias no adecuadas; marcos de ventanas de material oxidable antiguas; en los últimos años se realizó algunas mejoras de infraestructura y reubicación de consultorios. Generalmente se observa un hacinamiento en horas de atención de Consulta Externa por lo estrecho del pasillo.

Segundo Piso:

En este piso encontramos ambientes de hospitalización con pisos de vinilo refaccionados junto con las puertas y pintado de paredes el año 2010. Se encuentran funcionando 2 servicios Servicio de Cirugía y el servicio de Medicina, Gastroenterología y la Oficina de Patrimonio termina la construcción de dos pisos.

ii. Bloque 02, 03, 04, 05,10 Y 12.

Continúa el segundo nivel donde encontramos hospitalización Medicina, Cirugía, Radiología, Medicina física y rehabilitación, Traumatología, Consultorio de prevención de Cáncer, el Departamento de Anestesiología, Centro Quirúrgico y Central de esterilización, en la cual se tiene: 05 salas Quirúrgicas implementadas y en funcionamiento, 01 sala de recuperación, 02 salas para cirugías menores y 01 sala de legrado uterino.

El servicio de UCI Adultos, Departamento de Emergencia remodelado y ampliado con financiamiento de PASA PERU comisión Europea en el año 2008, con 15 camas, lográndose implementar con equipos modernos para los ambientes de Trauma Shock.

El Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y el Banco de Sangre, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes; el Departamento de Apoyo al Tratamiento: El Servicio de Nutrición y Dietética, las áreas de lavandería y costura, así como el mortuario y la sala de Cirugía Experimental.

iii. Bloque Doce:

Al evaluar las condiciones del hospital con la demanda y el crecimiento de la población se habilita un pabellón nuevo construido sin Ingeniería Técnica Sanitaria para el año 2007 por el Gobierno Regional, el cual fue acondicionado y entregado en el año 2008, para el funcionamiento del Módulo Materno Perinatal. Este se encuentra ubicado en el tercer nivel



superior del suelo, al norte del segundo nivel del módulo, consta de tres pisos con 32 ambientes; en el primer piso se encuentra funcionando: Ginecología, Emergencias Obstétricas, Alto Riesgo Obstétrico, Centro-Obstétrico y el servicio de Neonatología, Sala de atención de partos con 02 camillas ginecológicas de atención de partos, ambientes para internos de medicina se comunica por un ascensor con Sala de Operaciones y UCI General.

En el segundo piso se encuentra hospitalización del departamento de Ginecología, Departamento de Pediatría y el ambiente de Psicoprofilaxis. En el tercer piso se encuentra el Auditorio del Módulo Materno Perinatal con una capacidad para 300 personas, Las Unidades Técnicas de Epidemiología y Salud Ambiental, Gestión de la Calidad, Docencia e Investigación, Unidad de Seguros, Auditorio del Cuerpo Médico, la oficina de Archivo Central, y la oficina de conservación y limpieza.

La capacidad de los pabellones para Hospitalización es de 174 camas en total, distribuidas de la siguiente manera: Medicina: 35 camas, Neonatología: 11 cunas neonatales, 5 cunas rodantes, 7 incubadoras y 2 incubadoras de transporte; Pediatría: 23 camas, Cirugía: 35 camas, Ginecología: 22 camas y 18 camas en el Servicio de Obstetricia - Puerperio.

4.1.2.5. Descripción y Análisis de Resultados de la Evaluación del EESS.

i. Evaluación Estructural:

Seguridad debida a Antecedentes del Establecimiento:

Se cuenta con una infraestructura construida con con más de 50 años de antigüedad, que tuvo dos grandes remodelaciones:

Seguridad relacionada con el Sistema Estructural y el Tipo de Material usado en la Edificación.

El emplazamiento hospitalario fue construido en 1963.

Con la evaluación realizada por el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI) en el año 2010, se encontró que un 30% de las áreas del hospital brindaban un alto grado de seguridad, 50 %un grado de seguridad media y el 20% seguridad baja.

ii. Evaluación No Estructural:

Líneas Vitales (Instalaciones):

i. Sistema Eléctrico:

Se cuenta con un generador automático de capacidad de 125 Kw de potencia para un eventual uso alterno ante la ausencia de energía eléctrica.

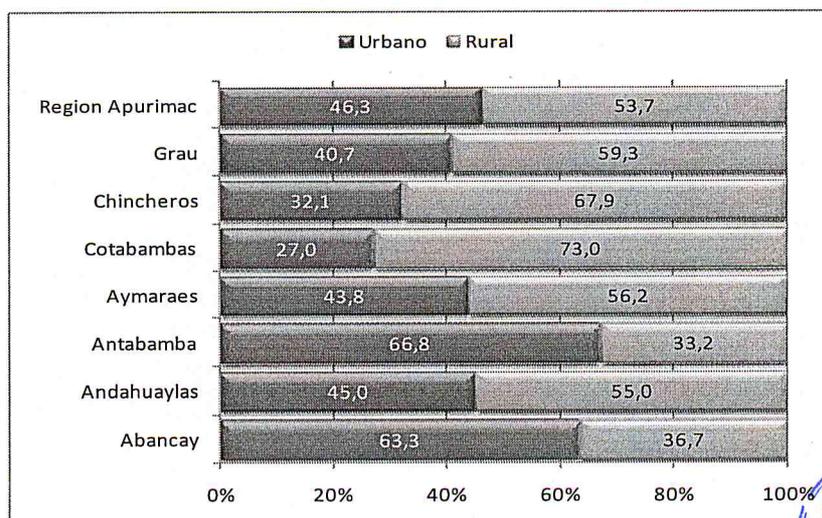


incrementadas producto de factores climatológicos, debido a que la ubicación de algunos poblados tanto en zonas alto andinas como en zonas de valles contribuyen a estas.

4.1.1.4. Factores Demográficos:

- La distribución de la población según área urbano en el departamento de Apurímac es de 42,5% el distrito de Abancay 89.9% y 7.7% el Distrito de Pacobamba respectivamente, a nivel de las provincias el porcentaje de ruralidad difieren entre si, tal es así que las provincias de Cotabambas y Chincheros tiene más del 60% de población residente en el área rural, seguida de las provincias de Grau, Aymaraes, característica propia de la geografía del ámbito y al avance socio - económico y cultural de la población que viven en estas provincias, donde su economía está en la producción agrícola de consumo interno.
- Las provincias con menor porcentaje de ruralidad se caracterizan por una economía basada en el comercio y la industria en pequeña escala, centros de educación superior (universidades) dentro de este grupo se ubican la provincia Abancay (39,6%) siendo la de mayor desarrollo, seguido de Andahuaylas; la ocupación predominante es la agricultura de productos de pan llevar, entre ellos: cereales, papa y frutales.
- Los distritos más rurales del departamento son: Pacobamba (92.3%); Andarapa(90.3%); Ocobamba (90.0%); Huancaray (89.8%); Pichirhua (89.1%); Gamarra (88.1%); Pacucha (87.5%); Ongoy (87.4%); y la mínima ruralidad corresponde al distrito de Abancay (5,4%), Caraybamba (12,4%), siendo el promedio departamental de ruralidad 57,5%, el mismo que mostramos en el siguiente gráfico:

Proporción de Ruralidad/Urbanidad - Apurímac 2007

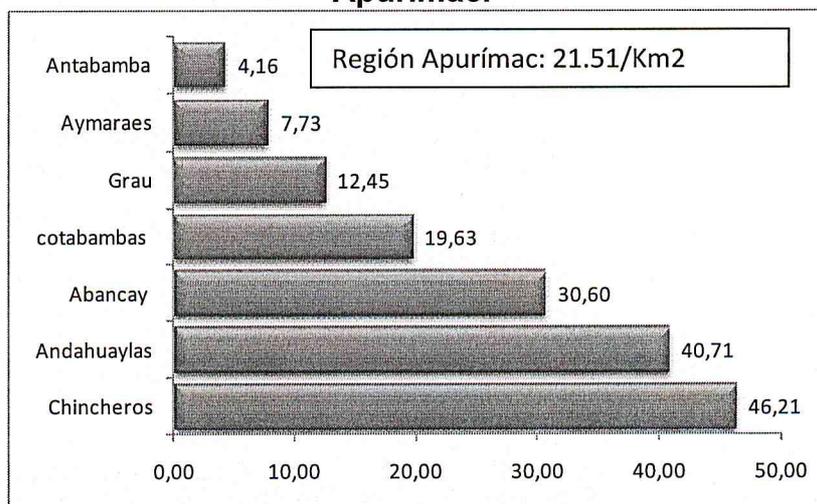


Fuente: Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda.



- La densidad poblacional está relacionada con el grado de urbanización y desarrollo socioeconómico de las provincias, siendo la provincia con mayor densidad Chinchero con 46,21 hab./Km², las provincias de Andahuaylas con 40.71 hab./Km², Abancay con 30,60 Hab./Km² y Cotabambas con 19.63 hab./Km², la de menor densidad poblacional es Antabamba 4.6 hab/Km².
- Las provincias de Cotabambas, Grau, Aymaraes y Antabamba son las que tienen menor densidad poblacional, 19.63, 12.45, 7.73 y 4.16 Hab por Km² los que constituyen la mayor dispersión poblacional y menor desarrollo. En el nivel distrital, en la provincia Aymaraes, el distrito de Cotaruse tiene una densidad poblacional de 1.84 Hab/km² y con 267.13 Hab/km² el distrito de Abancay, según el gráfico siguiente:

Densidad poblacional según provincias de la Región Apurímac.



Fuente: INEI - Dirección de Epidemiología DIRESA Apurímac 2011.

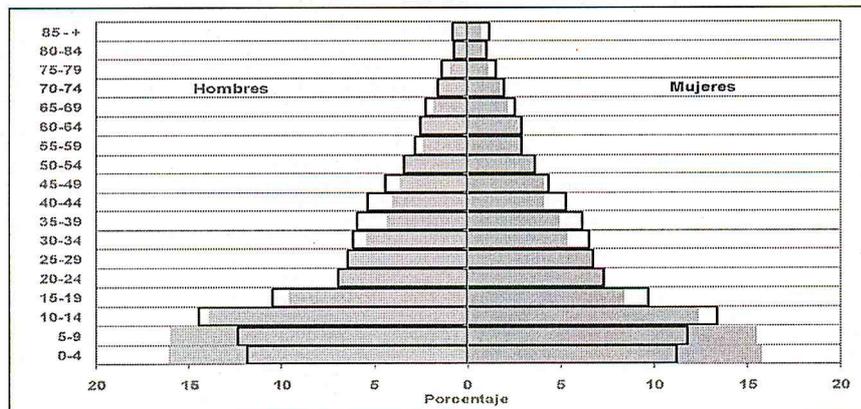
- En el año 2007, en el departamento de Apurímac, hubieron 3.2 hijos por mujer y el promedio nacional fue de 2.4 hijos por mujer. Es decir, Apurímac tiene 0.8 veces más hijos por mujer que el promedio nacional.
- En el año 1993, el promedio de hijos por mujer en Apurímac fue de 3.9, lo que indica 0.7 veces más hijos por mujer que en el 2007, observándose una reducción no muy significativa.
- El promedio de hijos en el distrito de Abancay es de 2.2 hijos por mujer para el 2007 a diferencia del distrito de Colcabamba cuyo promedio es de 5.3, existiendo una brecha de 3.1 veces más hijos por mujer inclusive mayor al promedio nacional y de la región Apurímac.
- En el departamento de Apurímac, al año 2007 el 24.8% de las mujeres eran adolescentes cuando nació su primer hijo y



en el nivel nacional fue el 18.4%, lo que significa que Apurímac tiene 1.3 veces más que el nivel nacional de madres que tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes. En el distrito de Chacoche, al año 2007 el (42.6%) eran mujeres que tuvieron su primer hijo y en el distrito de Tumay Huaraca, sólo el 12.4% de las mujeres; lo que indica que Chacoche tiene 3.4 veces más madres adolescentes que Colcabamba.

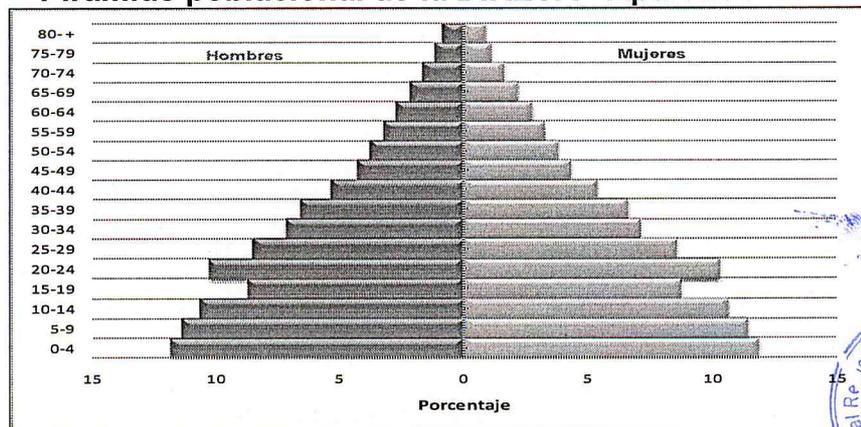
- La pirámide poblacional está en función a tres factores que determinan su estructura por edad y sexo (natalidad, mortalidad y migraciones).
- El año 1993 se evidencia una pirámide con base amplia y más angosta en la parte superior (población expansiva), y en el año 2007 se observa una reducción de la base de la pirámide, relacionado con la reducción de la tasa de natalidad; el índice de friz caracteriza a Apurímac, un departamento con población joven; en 1993 se observa una fuerte natalidad y mortalidad media a fuerte y se observa una edad promedio de 23,0 años y una mediana de 17,8 años de edad, para el 2007 aumenta la edad media y la mediana, según los siguientes gráficos:

Pirámide poblacional de la DIRESA - Apurímac 1993 y 2007



Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007

Pirámide poblacional de la DIRESA - Apurímac 2011



Fuente: INEI - Dirección de Epidemiología DIRESA Apurímac 2011.



4.1.1.5. Factores Políticos:

El departamento de Apurímac, está dividida en 7 provincias: Abancay, Antabamba, Aymaraes, Grau, Cotabambas, Andahuaylas y Chincheros. De los cuales administrativamente presentan 04 unidades ejecutoras, las Unidades Ejecutoras del Hospital de Andahuaylas, Abancay, la Unidad Ejecutora de Andahuaylas (Dirección Sub Regional de Salud Andahuaylas) y la Unidad Ejecutora Abancay (DIRESA) y de acuerdo a esta clasificación corresponden a la Unidad Ejecutora de Abancay, las cinco primeras provincias y los distritos de Huancarama y Pacobamba de la provincia de Andahuaylas y el resto de la provincias a la Unidad Ejecutora de Andahuaylas. El departamento de Apurímac cuenta con un total de 80 distritos, distribuidos a nivel de las 7 provincias.

La Región de Salud Apurímac está organizada en 8 Redes y 22 Microrredes de Salud, organizados de la siguiente manera:

N°	RED	MICRORREDES				
		1	2	3	4	5
1	Abancay	Centenario	Micaela Bastidas	Curahuasi	Lambrama	Huancarama
2	Grau	Chuquibambilla	Vilcabamba			
3	Cotabambas	Tambobamba	Haquira	Cotabambas		
4	Antabamba	Antabamba				
5	Aymaraes	Chalhuanca	Santa Rosa			
6	José María Arguedas	Pampa Chiri	Chicmo	Sondor		
7	Sondor	San Jerónimo	Pacucha	Kishuara	Andarapa	
8	Cocharcas	Uripa	Ocobamba	Huaccana		

4.1.1.6. Factores del Sistema de salud.

En Apurímac se tiene un total de 284 establecimientos de salud de los cuales 223 son Puestos de Salud, 46 Centros de Salud y 4 Hospitales y está integrado por el Ministerio de Salud – MINSA. Además existe un Hospital de gestión privada, *Diospi Suyana* en el distrito de Curahuasi (provincia de Abancay). ESSALUD a nivel regional; cuenta con 2 hospitales, 5 puestos de salud, existe también 03 Policlínicos. En lo que se refiere al personal cuenta con 219 médicos, 60 odontólogos, 16 químicos farmacéuticos, 482 enfermeras, 218 obstetras, 17 biólogos, 11 psicólogos, 14 nutricionistas y 601 técnicos en enfermería; lo que significa que actualmente cuenta con un médico por cada 1,846 habitantes, una enfermera por 839 habitantes, una obstetra para 1854 habitantes y una técnica en enfermería para 673 habitantes. El personal de salud, cuenta con agentes comunitarios capacitados denominados promotores de salud, cumplen la



Se realiza pruebas de funcionamiento a nivel de todo el hospital en periodos menores a un mes.

ii. Sistema de Telecomunicaciones:

No se cuenta con ubicación adecuada del sistema de antenas y soportes.

Estado técnico de sistema telefónico interno insuficiente.

El cableado de red de PCs no es estructurado.

Se cuenta con equipo de radio comunicación operativa, ubicada en la unidad de referencia y contra referencia, el cual no se usa en forma regular, la comunicación actual es vía telefónica

iii. Sistema de Aprovisamiento de Agua:

Se cuenta con una capacidad de almacenamiento de más de 300 litros de agua Tanque fue construido hace 50 años para el mantenimiento del agua y el consumo directo al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, hace 5 años fue pintado y cercado con mallas para su seguridad.

iv. Depósito de Combustible (gas, gasolina o diesel):

Se cuenta con depósito subterráneo para combustible tipo diesel, conformado por dos tanques con capacidad de 1600 galones cada uno, suficiente para el mantenimiento del suministro por un mes.

v. Gases Medicinales (oxígeno, nitrógeno, etc):

No se cuenta con aprovisionamiento suficiente de oxígeno, se requiere un stock mínimo suficiente para 15 días No se cuenta con la infraestructura adecuada para almacenaje de oxígeno en la mayoría de las áreas del hospital. Sólo es adecuada en el área de emergencia y UCI.

4.1.2.6. RECURSOS HUMANOS Y EQUIPAMIENTO:

En relación a los recursos humanos se encuentra lo siguiente:

- Existe especialización del personal profesional asistencial, sin embargo es insuficiente, así mismo el personal administrativo.
- Inadecuado sistema de incentivos en relación al desempeño laboral.
- Insuficiente capacitación y motivación para investigación en salud.
- Débil identificación institucional de un grupo de trabajadores.
- Buen porcentaje de trabajadores nombrados en próximo a la y mayores de 60 años.
- Migración de recurso humano, basado en una percepción de una oferta pobre para el desarrollo profesional.

En relación al equipamiento se encuentra lo siguiente:

- Insuficiente número de equipos biomédicos y mobiliario.
- Recursos tecnológicos insuficientes y no renovados.
- Insuficiente presupuesto para el mantenimiento de equipos biomédicos existentes a nivel institucional.
- Insuficiente informatización de procesos asistenciales y administrativos.

4.1.2.7. GESTION PRESUPUESTARIA:

El Hospital cuenta con tres fuentes de financiamiento Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y Donaciones y Transferencias, en la primera Fuente de Financiamiento la asignación depende del gobierno regional

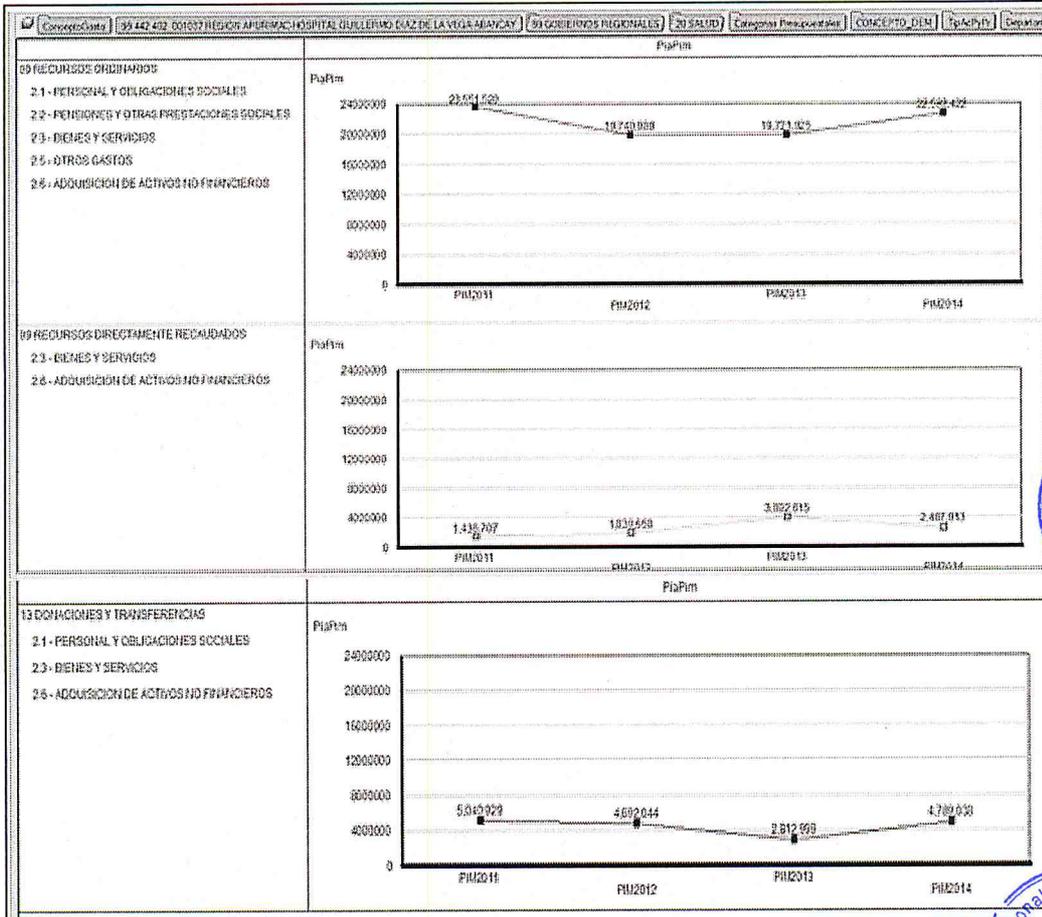


PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

de Apurímac y está distribuido para las Genéricas de Gastos Personal Obligaciones Sociales, que netamente es para el cumplimiento de pago de Remuneraciones del Personal Nombrado (Planilla de Remuneraciones) Pensiones y Otras Prestaciones Sociales que **es para el pago de Pensionistas Cesantes, Bienes y Servicios, está direccionado al** funcionamiento del hospital con el pago de Servicios básicos, alimentación de pacientes el pago del personal CAS, consumo de combustible casa Fuerza y otros que están relacionados al funcionamiento del Hospital; en la Genérica de Gastos adquisición de Bienes Financieros que es para la compra de Bienes de Capital.

Cuadro N° 01: ANALISIS PRESUPUESTAL DEL PIM (2011-2014) POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y GENERICA DE GASTO
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

ConceptoGasto		99 442 402 001037 REGION APURIMACHOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY		99 GOBIERNOS REGIONALES		20 SALUD		Categorías Presupuestales	
		PIM2011	PIM2012	PIM2013	PIM2014				
00 RECURSOS ORDINARIOS	2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	10,174,347	11,233,592	12,747,178	14,662,912				
	2.2 - PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	120,880	0	0	0				
	2.3 - BIENES Y SERVICIOS	4,087,987	5,776,576	5,289,281	5,842,901				
	2.5 - OTROS GASTOS	2,149,459	578	701	16,183				
	2.6 - ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	7,018,848	2,730,143	1,684,755	2,080,426				
	Generica	23,551,520	19,740,989	19,721,925	22,582,422				
08 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	2.3 - BIENES Y SERVICIOS	1,436,707	1,739,658	3,792,615	2,289,793				
	2.6 - ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	100,000	100,000	199,120				
	Generica	1,436,707	1,839,658	3,892,615	2,487,913				
13 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	162,564	0	0	0				
	2.3 - BIENES Y SERVICIOS	4,515,508	4,230,481	2,735,284	4,789,039				
	2.6 - ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	362,857	461,563	77,715	0				
	Generica	5,040,929	4,692,044	2,812,999	4,789,039				



Se observa que el Presupuesto Institucional Modificado del ejercicio presupuestal 2014 tuvo un incremento considerable con respecto al 2011.

existe un incremento en las diferentes Fuentes de Financiamiento y Genéricas de Gasto tal como se puede apreciar de mejor manera en cuadro y gráfico correspondiente, dichos incrementos se debe a las diferentes incorporaciones presupuestales que se nos asignaron de acuerdo a los diferentes Decretos Supremos inherentes al sector salud. Así mismo en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias hay incremento considerable por concepto de atención a los pacientes beneficiarios de Seguro Integral de Salud.

4.1.3. ANALISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA:

4.1.3.1. ANALISIS DE LA OFERTA:

4.1.3.1.1. Recursos Físicos:

Camas Hospitalarias: El servicio de Hospitalización posee camas, distribuidas de la siguiente manera:

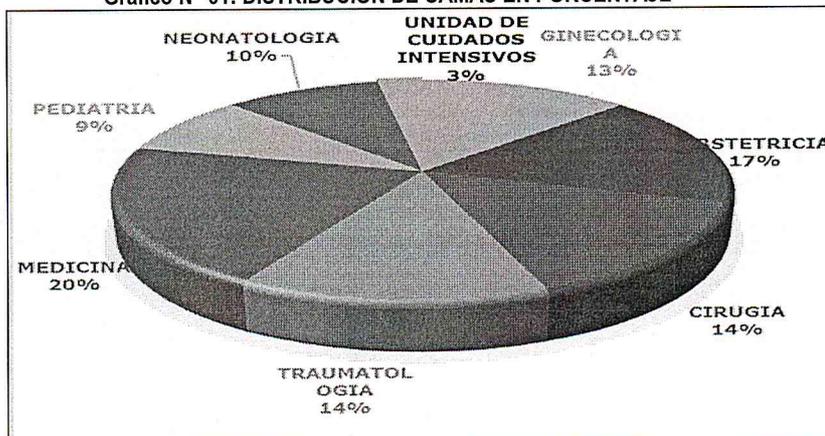
Tabla N° 01: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIA POR SERVICIOS:

SERVICIOS	CAMAS
Pediatría	16
Neonatología	18
Medicina	35
Cirugía	28
Traumatología	26
Ginecología	24
Obstetricia	31
Emergencia	22
Unidad de Cuidados Intensivos	5
TOTAL:	227

Fuente: Informe de Servicios Hospitalarios
Elaborado por Oficina de Planificación Estratégica

Como se observa en el cuadro el departamento con mayor número de camas es el de ginecoobstetricia, debido a la falta de demanda de pacientes con afecciones gineco obstétricas, hasta mediados del año 2014 el servicio de cuidados intensivos disponía solo de dos camas, finalizando el año con cinco camas para incrementar nuestra capacidad hospitalaria.

Gráfico N° 01: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS EN PORCENTAJE



Elaborado por Oficina de Planificación Estratégica.



La disponibilidad de camas ha ido en incremento conforme a la demanda hospitalaria respecto al año 2010 se ha incrementado a 185 camas; en cuanto a porcentaje de distribución de camas al año 2014 el servicio de mayor porcentaje de camas distribuidas es en el servicio de Obstetricia, que conjuntamente al servicio de ginecología hacen un total de 55 camas que representan un 30% del total de camas hospitalarias, seguidamente el departamento de cirugía con 53 camas entre el servicio de traumatología y cirugía propiamente dicho que hacen un total de 28% seguido del servicio de Medicina con 38 camas que hacen un 20% del total y finalmente el con 16% del total de camas disponibles a nivel del hospital.

4.1.3.1.2. Cartera de Servicios por Unidad Productor de Servicio de Salud:

Contamos con una cartera de servicios que corresponde a un hospital de segundo nivel de mediana complejidad; sin embargo falta implementar algunas especialidades como neumología, reumatología, otorrinolaringología, entre otros a corde a la categoría.

La cartera de servicios institucional actual se ciñe a la Directiva Administrativa N°197- MINS/DGSP; en tal sentido tenemos la visión de contar con una cartera de servicios de un establecimiento de salud de alta complejidad hospitalaria.

OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY -2015			
SERVICIOS	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS			
Emergencia en Medicina			24 horas
Emergencia en Pediatría			24 horas
Emergencia en Cirugía			24 horas
Emergencia en Gineco - Obstetricia			24 horas
Unidad de Cuidados Intensivos			24 horas
Emergencia en Trauma Shock			24 horas
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO			
Centro Quirúrgico			24 horas
Recuperación Post Anestésica			24 horas
DEPARTAMENTOS DE MEDICINA			
Medina General	6 horas	24 horas	24 horas
Medina Interna	6 horas	24 horas	24 horas
Gastroenterología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Endocrinología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Medicina Física y Rehabilitación	12 horas	Interconsulta	Interconsulta
Psiquiatría	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Neurología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Cardiología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Geriatría	6 horas	Interconsulta	Interconsulta
Estrategias Sanitarias de Control de TBC	06 horas	Interconsulta	Interconsulta



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

DEPARTAMENTOS DE CIRUGIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Cirugía General	12 horas	24 horas	24 horas
Traumatología	12 horas	06 horas	12 horas
Urología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
Oftalmología	06 horas	Interconsulta	Interconsulta
DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Medicina Pediátrica		24 horas	24 horas
Neonatología		24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Obstetricia	12 horas	24 horas	24 horas
Ginecología	12 horas	24 horas	24 horas
PROCITTS	12 horas		
Planificación Familiar	12 horas		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Laboratorio Clínico	12 horas	24 horas	24 horas
Anatomía Patológica	12 horas	12 horas	12 horas
Hemoterapia y Banco de Sangre	6 horas		12 horas
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Radiología	12 horas	24 horas	24 horas
Ecografía	12 horas	24 horas	24 horas
Mamografía	6 horas		
Tomografía (servicio tercerizado)			24 horas
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Farmacia Central	12 horas		
Farmacia Emergencia		24 horas	24 horas
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Nutrición ambulatoria	06 horas		
Vigilancia Nutricional		12 horas	12 horas
DEPARTAMENTOS DE ENFERMERIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Estrategias Sanitarias	12 horas		
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Odontología General.	12 horas	Interconsulta	Interconsulta
Odontología Pediátrica	12 horas	Interconsulta	Interconsulta
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Servicio de Psicología	12 horas	Interconsulta	Interconsulta



Servicio Social	12 horas	Interconsulta	Interconsulta
OTROS SERVICIOS	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Servicio de Ambulancia	06 horas	06 horas	24 horas
Seguros (SIS SOAT)	12 horas	12 horas	24 horas

4.1.3.1.3. Recursos Humanos:

En los últimos años, en el sector salud se han registrado diversas situaciones que han tenido repercusión en el incremento de la demanda de servicios de salud por parte de la población.

En primer lugar, tenemos los cambios en la dinámica demográfica, lo cual ha generado que cambios en las necesidades y demandas de la población. En segundo lugar, el acceso de la población al aseguramiento universal en salud, que en sí es uno de los factores directos de incremento de la demanda de servicios de salud. En tercer lugar, tenemos la fuerte inversión que se ha venido desarrollando en infraestructura y equipos, reflejado esto en construcción de nuevos establecimientos de salud o ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutive de los ya existentes.

No obstante, la situación de los Recursos Humanos en salud, no ha caminado a la par con estos cambios; si nos referimos exclusivamente al recurso humano médico especialista, condición a la que el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega no es ajena.

De acuerdo a las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, considera que por cada 10,000 habitantes debe haber 11 médicos, 8 enfermeras, 2 obstetras y un odontólogo, condición que nos aleja grandemente debido a nuestra accesibilidad geográfica, región de extrema pobreza, donde las expectativas de vida son limitadas y sumado a ello las condiciones remunerativas limitan las expectativas de muchos profesionales especializados.

Cuadro N°02: RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

GRUPO OCUPACIONAL	NOMBRADOS	DESTACADOS	CONTRATADOS	TOTAL
MEDICOS	41	16	12	69
ENFERMEROS (AS)	61	2	62	125
OBSTETRAS	18	1	14	33
OTROS PROFESIONALES	21		15	36
TECNICO EN ENFERMERIA	57		54	111
OTROS TECNICOS	67	2	46	115
OTROS	26		41	67
ADMINISTRATIVOS	42		16	58
TOTAL	333	21	260	614

Fuente: Oficina de Recursos Humanos HRGDV.



Gráfico N° 02: COMPARATIVO DE RECURSO HUMANO POR TODA FUENTE:



Fuente : Oficina de Recursos Humanos HRGDV.

Gráfico N°03: DISTRIBUCION DE PERSONAL NOMBRADO

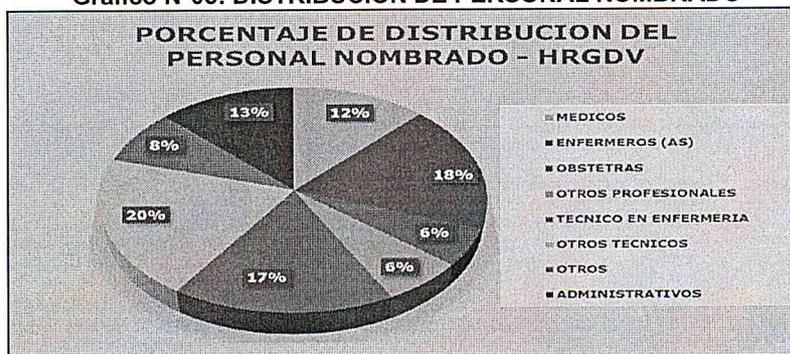
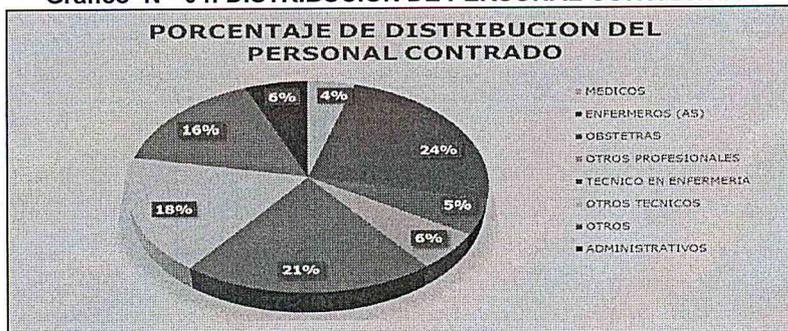


Gráfico N° 04: DISTRIBUCION DE PERSONAL CONTRATADO



Cuadro N° 03: CAPACIDAD DE OFERTA ACTUAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDAD	N° TOTAL	CONDICIÓN		
		NOMBRADOS	DESTACADO	CONTRATADO
MEDICO TRAUMATOLOGO	5	5		
MEDICO GINECO OBSTETRA	6	4	2	
MEDICO PEDIATRIA	6	4	2	
MEDICO GASTROENTEROLOGO	2		1	1
MEDICO CARDIOLOGO	2		2	
MEDICO UROLOGO	1	1		
CIRUJANO GENERAL	5	3		2
MEDICO PSIQUIATRA	1			1
MEDICO OFTALMOLOGO	3		2	1
MEDICO GERIATRA	1			1
MEDICO NEUROLOGO	1		1	
MEDICO ENDOCRINOLOGO	1		1	
MEDICO REHABILITADOR	1	1		
MEDICO INTENSIVISTA	3		1	2
MEDICO INTERNISTA	4	1	1	2
MEDICO PATOLOGO	2	1	1	
ANESTESIOLOGOS	5	2	2	1
MEDICO GENERAL	3	3		
IMAGENOLOGO	1			1
TOTAL	53	25	16	12

FUENTE: UNIDAD DE RACIONALIZACION HRGDV.



Gráfico N° 05: DISTRIBUCION DE PERSONAL NOMBRADO



FUENTE: OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

La oferta médica especializada del hospital actualmente recae en la disponibilidad de 53 médicos especialistas, entre nombrados y contratados, existen 12 médicos contratados que anualmente erogan gastos que exceden al millón de soles.

Contamos con 16 los médicos especialistas destacados de la Dirección de Salud Apurímac, que por su competencia y formación profesional coadyuvan al soporte especializado a la demanda hospitalaria.

4.1.3.1.4. Equipamiento:

El Hospital ha adquirido equipos necesarios para brindar un atención especializada de acuerdo a su nivel de complejidad, siendo la prioridad el componente materno neonatal; aun así existen brechas de equipamiento que esperamos sean atendidas para mejorar la competitividad y calidad de atención hospitalaria.

Cuadro N° 04: CONSOLIDADO DE EQUIPO BIOMEDICO AÑO 2013

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA DE ABANCAY BIENES DE EQUIPAMIENTO EL AÑO 2013		
N°	CODIGO	DESCRIPCION DEL BIEN
1	678200500006	AMBULANCIA URBANA TIPO III CON EQUIPAMIENTO INTERNO
1	532208120008	ASPIRADOR DE SECRECIONES ELECTRICO RODABLE
2	532208120006	ASPIRADOR DE SECRECIONES PARA ADULTOS
4	532208120009	ASPIRADOR DE SECRECIONES PORTATIL
1	532210020070	BOMBA DE INFUSION
10	532210020061	BOMBA DE INFUSION DE DOBLE CANAL - DAIWA
5	532210020075	BOMBA DE INFUSION DE UN CANAL
1	532220490003	CENTRIFUGA PARA 12 TUBOS
1	536430710010	COCHE DE PARO
2	532230010012	DEFIBRILADOR - CUMEDICAL
3	532230960014	DETECTOR DE LATIDOS FETALES DE SOBREMESA
1	532243970009	EQUIPO DE ELECTROTERAPIA DE CORIENTES MULTIPLES DE CUATRO CANALES
1	672243310001	EQUIPO DE BAÑO MARIA DE 22 L
1	532247140002	EQUIPO DE FISIOTERAPIA LASER
4	532245240004	EQUIPO DE FOTOTERAPIA CON SISTEMA TIPO LEC (DIODOS EMISORES DE LUZ)
1	532245890002	EQUIPO DE MAGNETOTERAPIA-MEDITEA
7	532246190002	EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA
1	672247770007	EQUIPO DE RAYOS X RODABLE - APELEM
1	532250000011	EQUIPO ECOGRAFO - ULTRASONIDO DE 3 TRANSDUCTORES
1	742223580013	EQUIPO MULTIFUNCIONAL COPIADORA FAX IMPRESORA ESCANNER LASER BLANCO Y NEGRO 25 PPM
8	532255710044	EQUIPO NEBULIZADOR - THOMAS
4	532255710053	EQUIPO NEBULIZADOR ELECTRICO PORTATIL
1	532260470039	ESTERILIZADOR A VAPOR - AUTOCLAVE DE 60 L
2	532260470040	ESTERILIZADOR DE CALOR SECO DE 60 L
1	602246040012	GLUCOMETRO PORTATIL
1	532266650001	HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL
4	532269990018	INCUBADORA CERRADA
1	532270940029	LAMPARA CIALITICA CON BATERIA
1	532270940028	LAMPARA CIALITICA DE TECHO - BRANDON
1	532272090046	LARINGOSCOPIO NEONATAL CON HOJAS INTERCAMBIABLES
4	532272090042	LARINGOSCOPIO PARA ADULTO CON HOJAS INTERCAMBIABLES
1	532272090047	LARINGOSCOPIO PEDIATRICO CON HOJAS INTERCAMBIABLES
3	602254240034	MANOMETRO DE ALTA PRESION
1	602254240036	MANOMETRO DE OXIGENO
3	532281800001	MONITOR DESFIBRILADOR - MEDIANA
4	532281970013	MONITOR MULTIPARAMETRO DE 7 PARAMETROS
1	532281970017	MONITOR MULTIPARAMETRO DE FUNCIONES VITALES DE 5 PARAMETROS
3	532281970010	MONITOR MULTIPARAMETRO DE FUNCIONES VITALES DE 7 PARAMETROS
1	532281970009	MONITOR MULTIPARAMETRO DE FUNCIONES VITALES DE 8 PARAMETROS - COMEN
12	532288390073	OXIMETRO DE PULSOS DE SOBREMESA - MASIMO
1	532295700001	SISTEMA CPAP NASAL NEONATAL - FISHER & PAYKEL
1	532266730002	TANQUE DE COMPRESAS CALIENTES
1	602287620246	TENSIOMETRO ANEROIDE CON BRAZALETE PARA ADULTO
5	602287620248	TENSIOMETRO ANEROIDE PARA ADULTO
6	602287000247	TENSIOMETRO ANEROIDE RODABLE
2	532298550010	VENTILADOR VOLUMETRICO MECANICO
3	532298550014	VENTILADOR VOLUMETRICO MECANICO NEONATAL

Fuente: Reporte Patrimonio-SIGA

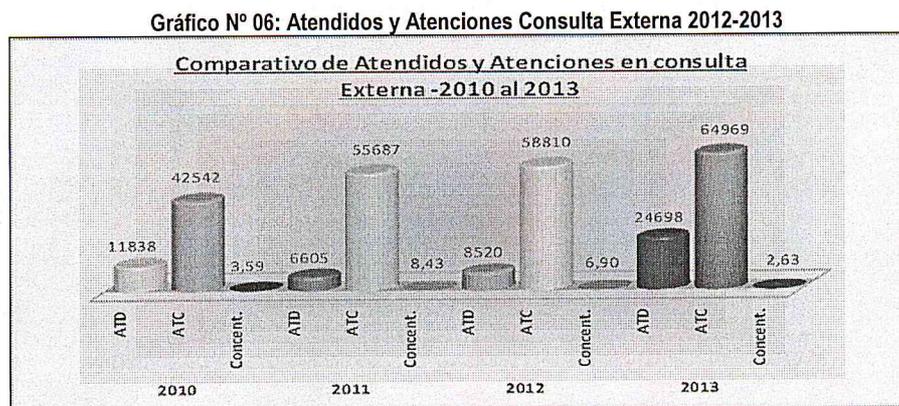


4.1.3.2. ANALISIS DE LA DEMANDA:

La población que acude al Hospital Regional “Guillermo Díaz de la Vega, procede de los diferentes distritos de la provincia de Abancay, de Grau, Antabamba Aymaraes y de otros lugares del país.

4.1.3.2.1 ANALISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD:

a.- Análisis de la UPSS de Consulta Externa:



La demanda de atención del 2010 al 2013 fluctuó de 11,838 en el 2010 a 24,698 en el 2013, los años 2011 y 2012 fueron inferiores los atendidos que en el año 2010 debido a la disminución de la población asignada del total de (población de 6020) al hospital, fortalecimiento de las Redes de salud, creación de EESS. La concentración de atenciones por pacientes paso de 3.59 en el 2010, 8.43 en el 2011, 6.90 en el 2012 a 2.63 en el 2013. En el 2012 se consiguió el destaque de especialistas de las Redes de Salud de Apurímac en UCI, patólogo clínico, oftalmólogo, pediatras, endocrinólogo, cardiólogos, psiquiatras, oftalmólogos, geriatra, gastroenterólogo a través de los contratos CAS desde el MINSa por AUS; otro grupo de especialistas regresó de sus residentados, como los traumatólogos y urólogo. Así mismo, se ampliaron consultorios en las tardes.

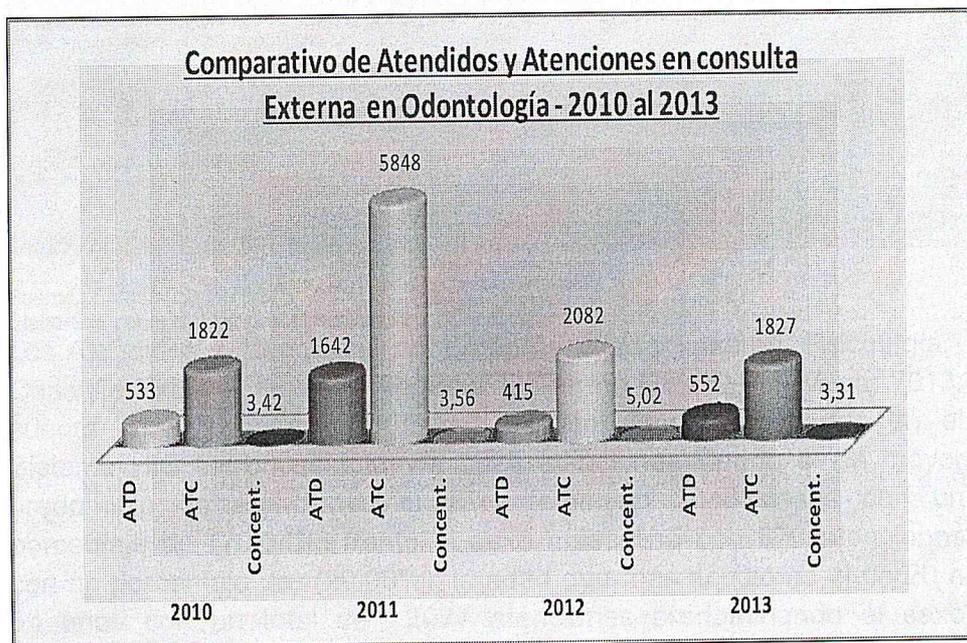
Tabla N° 02: Morbilidad General por Consulta Externa 2013

CIE-10	Descripción de causas en C.E. en General	Varón	Mujer	Total	%
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	1349	1345	2694	2,74
K00-K99	Enfermedades de sistema digestivo	1596	3477	5073	5,17
L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	227	281	508	0,52
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1731	2309	4040	4,11
C00-D48	Tumores (NEOPLASIAS)	1349	1642	2991	3,05
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	612	2104	2716	2,77
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	1312	1852	3164	3,25
G00-G99	Enfermedades de sistema nervioso	751	846	1597	1,63
I100-I199	Enfermedades del ojo, sus anexos y del oído y de la apófisis mastoidea	639	675	1314	1,34
I200-I299	Enfermedades del sistema circulatorio	530	976	1456	1,48
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2520	4275	6795	6,92
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	1270	3742	5012	5,10
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	-	906	906	0,92
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	83	79	162	0,16
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	226	151	377	0,38
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	386	1073	1459	1,49
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2346	2003	4349	4,43
V01-Y98	Causas externas de morbilidad y mortalidad	70	180	250	0,25
Demás causas		14650	38703	53353	54,33
Total General		31677	66519	98196	100,00



La Tabla muestra las principales causas de morbilidad general en consulta externa, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013; la causa de morbilidad que demandó mayor número de atenciones especializadas, fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (6.92), seguidas del sistema genitourinario (5.10, traumatismos, envenenamientos (4.43)), tumores (3.05).

Atendidos y Atenciones en Odontología - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2010 al 2013



Fuente.: Estadística – HRGDV -2013
Elaborado por la Unidad de Epidemiología

El gráfico de Atendidos y Atenciones en Odontología en Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2010 al 2012; en el año 2011 se observa el incremento del número de atendidos en relación al año anterior por las campañas de salud bucal a los escolares de diferentes Centros Educativos de Abancay, el año 2012 ya no se hicieron campañas de atención de salud bucal a escolares. Se contó con tres profesionales odontólogos. En el 2012, disminuyó la oferta de consultorio por motivos de salud de los profesionales que condicionó que éstos fueran rotados a otras áreas, dejando un solo profesional hasta mayo del 2012 donde se reincorpora un odontólogo especializado en pediatría al año 2013 continua la disminución del número de atenciones a 1827.



Atendidos y Atenciones en Obstetricia en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 6805 atenciones siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo femenino 6805 casos con un porcentaje de (100.00%) acudieron con mayor predominio de la edad de 20 a 64 años con 5838 atenciones.

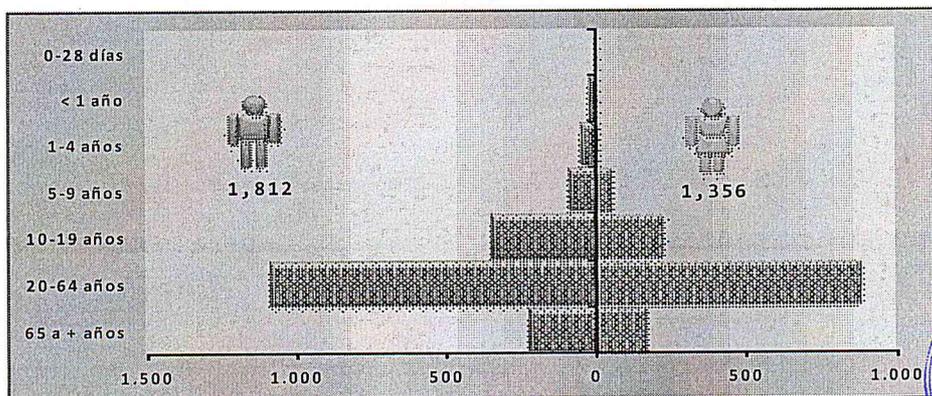
Atendidos y Atenciones en Planificación Familiar - Consulta Externa, RHGDV, del 2010 al 2013



Fuente.: Estadística – HRGDV -2013
Elaborado por la Unidad de Epidemiología

En Consulta Externa de Planificación Familiar del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega – 2010 al 2013; en el año 2011 a pesar de que disminuyeron el número de atendidos la concentración se elevó a 12.21; esto significa que 3700 pacientes concurrían mensualmente (12.21 veces por año) para recibir su método de planificación y 303 vinieron sólo 1 vez. En el 2012 se incrementó personal de obstetricia lo que mejoró la captación de pacientes, sin embargo la concentración disminuyó; significa que 3177 pacientes acudieron 5 veces al año y 655 sólo 1 vez; al año 2013 mejora significativamente pero la concentración disminuye acudiendo 1785 pacientes 2 veces y 1414 acudieron sólo una vez a recibir su consejería.

Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Estrategia Sanitaria de Tuberculosis - Consulta Externa, Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, 2013.



Fuente.: Estadística – HRGDV -2013
Elaborado por la Unidad de Epidemiología



Atendidos y Atenciones por grupos de edad y sexo en Estrategia Sanitaria de TBC en consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, durante el año 2013; cuenta con 01 consultorio físico, las atenciones registradas en el Sistema HIS fueron un total de 3168 atenciones de casos probables y confirmados siendo el de mayor predominio de atenciones el sexo masculino 1812 casos con un porcentaje de (57.20%) frente al sexo femenino con 1356 atenciones con un porcentaje de (42.80%), la edad que más acudió es el de 20 a 64 años con un total de 1968 atenciones predominando el sexo masculino con 1086 casos con un porcentaje de (34.28%) frente al sexo femenino con 882 casos con un porcentaje de (27.84%), seguido de la edad de 10 a 19 años con un total de 523 atenciones con un predominio del sexo masculino con 348 casos con un porcentaje de (10.98%) y el del sexo femenino con 225 casos con un porcentaje de (7.10%).

b.- Análisis de la UPSS de Emergencia:

Tabla N° 03: Atenciones en Emergencia General

GETAREO	2010					2011					2012					2013				
	M	%	F	%	Total	M	%	F	%	Total	M	%	F	%	Total	M	%	F	%	Total
0-28 d	69	0,67	60	0,58	129	328	3,20	296	2,89	624	75	0,67	69	0,61	144	113	0,62	69	0,38	182
< 1 a	269	2,62	281	2,74	550	635	6,20	634	6,19	1269	279	2,48	290	2,58	569	676	3,72	380	2,09	1056
1-4 a	796	7,76	705	6,87	1501	262	2,56	190	1,86	452	818	7,27	710	6,31	1528	1770	9,74	996	5,48	2766
5-9 a	397	3,87	270	2,63	667	245	2,39	153	1,49	398	460	4,09	332	2,95	792	903	4,97	537	2,96	1440
10-19 a	685	6,67	571	5,56	1256	606	5,92	557	5,44	1163	735	6,53	715	6,36	1450	1435	7,90	764	4,21	2199
20-64 a	2206	21,49	2108	20,54	4314	2383	23,28	2154	21,04	4537	2650	23,56	2445	21,74	5095	5503	30,29	2868	15,79	8371
65 a +	920	8,96	926	9,02	1846	815	7,96	978	9,55	1793	766	6,81	904	8,04	1670	1527	8,41	625	3,44	2152
T.G.	5342	52,05	4921	47,95	10263	5274	51,52	4962	48,48	10236	5783	51,41	5465	48,59	11248	11927	65,66	6239	34,34	18166

Las atenciones en emergencias se incrementaron de 10,263 en el 2010, 11,248 en el 2012 a 18,166 en el 2013 y el grupo poblacional de 20 a 64 años es la que acudió y en mayor proporción del sexo femenino reportándose en el 2010 el (21.49), a (30.29) en el 2013.

Cuadro N° 5. Atención de Emergencia por Servicio-2013

EES	GRUPO DE EDAD	Provincia	TotalDeEstanciasDelEgreso	SERVICIO	CondicionAlIngresar	Seguro
				HRGDV	HRGDV como % de base	
				MEDICINA GENERAL	3225	35.03%
				CIRUGIA GENERAL	2445	26.55%
				PEDIATRIA GENERAL	1810	19.68%
				TRAUMATOLOGIA	1718	18.68%
				OBSTETRICIA	8	0.09%
				GINECOLOGIA	1	0.01%
				SERVICIO	9208	100.00%

Los servicios que reportaron mayor números de atenciones en emergencia en el 2013 fueron medicina general 35.03%, cirugía general 26.55%, pediatría general 19.66%, traumatología 18.66%, obstetricia 0.09% y ginecología 0.01%.



Tabla N° 04: Atenciones por Grupos de Edad en Emergencia y Morbilidad - 2013.

MORBILIDAD GENERAL EN EMERGENCIA POR GRUPO ETAREO 2013												
N°	CodCie10	DescripcionCie10	0-28 Días	< 1 Años	1-4 Años	5-9 Años	10-19 Años	20-64 Años	65 a + Años	Total	%	% Acum.
1	R104	Otros dolores Abdominales y los no Especificados	6	21	25	36	94	502	118	802	6,73	6,73
2	T009	Traumatismos Superficiales Múltiples, no Especificados	0	4	69	43	72	381	57	626	5,25	11,98
3	R509	Fiebre, no Especificada	0	102	252	69	42	34	7	506	4,24	16,22
4	J029	Faringitis Aguda, no Especificada	2	97	218	49	33	42	13	454	3,81	20,03
5	N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	0	41	66	24	37	152	59	379	3,18	23,21
6	A090	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	2	32	55	19	43	139	30	320	2,68	25,89
7	S018	Herida de otras partes de la Cabeza	0	1	32	15	41	125	20	234	1,96	27,86
8	S009	Traumatismo Superficial de la Cabeza, parte no Especificada	0	8	42	30	28	95	10	213	1,79	29,64
9	T477	Eméticos	4	39	71	38	20	26	9	207	1,74	31,38
10	S069	Traumatismo Intracraneal, no Especificado	0	2	25	14	23	105	14	183	1,53	32,91
11	A09X0	Diarrea Acuosa Incluye Colitis, Enteritis, Enterocolitis,	1	13	25	9	12	76	27	163	1,37	34,28
12	R501	Gastroenteritis, Gastroentero	0	33	65	22	10	12	5	147	1,23	35,51
13	T141	Fiebre Persistente	0	1	14	17	19	76	13	140	1,17	36,69
14	K297	Herida de Región no Especificada del Cuerpo	0	1	1	1	16	84	30	133	1,12	37,80
15	J068	Gastritis, no Especificada	0	8	43	19	14	28	7	119	1,00	38,80
16	K359	Faringo Amigdalitis Aguda	1	0	2	4	13	77	21	118	0,99	39,79
17	K291	Apendicitis Aguda, no Especificada	0	0	0	2	20	85	10	117	0,98	40,77
18	S019	Otras Gastritis Agudas	0	1	11	12	14	60	7	105	0,88	41,65
19	A059	Herida de la Cabeza, parte no Especificada	0	5	30	19	16	19	2	91	0,76	42,42
20	E86X	Intoxicación Alimentaria Bacteriana, no Especificada	0	3	10	4	12	41	13	83	0,70	43,11
21	A085	Depleción del Volumen	1	7	13	7	2	36	13	79	0,66	43,78
22	S800	Otras Infecciones Intestinales Especificadas	0	0	4	3	17	41	12	77	0,65	44,42
23	R51X	Contusión de la Rodilla	0	0	2	1	15	49	9	76	0,64	45,06
24	I10X	Cefalea	0	0	0	0	4	28	41	73	0,61	45,67
25	S400	Hipertensión Esencial (Primaria)	1	1	10	5	13	33	7	70	0,59	46,26
26	K30X	Contusión del Hombro y del Brazo	0	1	0	0	8	48	11	68	0,57	46,83
27	K295	Dispepsia	0	0	0	0	5	49	13	67	0,56	47,39
28	S202	Gastritis Crónica, no Especificada	1	0	0	3	7	45	10	66	0,55	47,94
29	S610	Contusión del Tórax	0	0	9	3	8	40	4	64	0,54	48,48
30	J00X	Herida de dedo (s) de la Mano, sin daño de la (s) Una (s)	0	21	19	9	9	4	1	63	0,53	49,01
31	L500	Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	0	4	7	9	7	34	2	63	0,53	49,54
32	S934	Urticaria Alérgica	0	1	1	1	16	39	3	61	0,51	50,05
33	J039	Esguinces y Torceduras del Tobillo	0	10	27	10	3	8	2	60	0,50	50,55
34	M545	Amigdalitis Aguda, no Especificada	0	0	0	0	3	50	7	60	0,50	51,06
35	K810	Lumbago no Especificado	0	0	0	0	4	44	9	57	0,48	51,53
		Demás Causas	76	213	633	414	744	2829	869	5778	48,47	100,00
		Total General	95	670	1781	911	1444	5536	1485	11922	100,00	

Fuente: Estadística e Informática – HRGDV-2013

Las principales causas de atenciones de Emergencia por grupos de edad; de las principales causas de atenciones en Emergencia según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2013; En el Servicio de Emergencia General del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, muestra que durante el año se tuvieron 11,922 atenciones entre emergencias y urgencias, como observamos que el Diagnóstico de Otros Dolores Abdominales y los No Especificados son la primera causa por el cual acuden a nuestro establecimiento con 802 casos que hacen un (6.73%), presentándose en mayor proporción en el ciclo de vida de edad de 20 a 64 años de edad con 502 casos; como segunda causa tenemos traumatismos superficiales, no especificados con 626 casos con un porcentaje de un (5.25%), siendo mayor la frecuencia en el grupo de edad de 20 a 64 años con 381 casos.



Cuadro N° 06: PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIONES EN EMERGENCIA SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10, HGDV – 2013

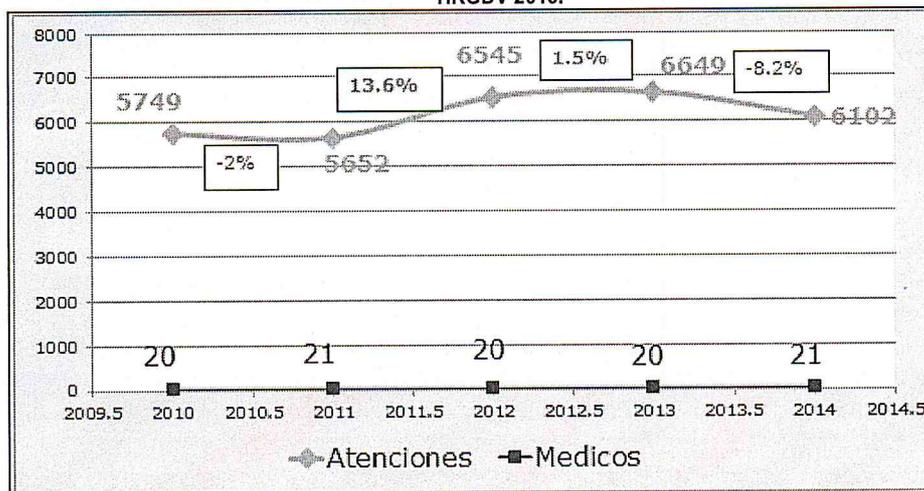
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN EMERGENCIA-2013					
Nº	CodCie10	DescripcionCie10	Total	%	%Acum.
1	R104	Otros dolores Abdominales y los no Especificados	802	6,73	6,73
2	T009	Traumatismos Superficiales Múltiples, no Especificados	626	5,25	11,98
3	R509	Fiebre, no Especificada	506	4,24	16,22
4	J029	Faringitis Aguda, no Especificada	454	3,81	20,03
5	N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	379	3,18	23,21
6	A090	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	320	2,68	25,89
7	S018	Herida de otras partes de la Cabeza	234	1,96	27,86
8	S009	Traumatismo Superficial de la Cabeza, parte no Especificada	213	1,79	29,64
9	T477	Eméticos	207	1,74	31,38
10	S069	Traumatismo Intracraneal, no Especificado	183	1,53	32,91
11	A09X0	Diarrea Acuosa Incluye Colitis, Enteritis, Enterocolitis,	163	1,37	34,28
12	R501	Gastroenteritis, Gastroentero	147	1,23	35,51
13	T141	Fiebre Persistente	140	1,17	36,69
14	K297	Herida de Región no Especificada del Cuerpo	133	1,12	37,80
15	J068	Gastritis, no Especificada	119	1,00	38,80
16	K359	Faringo Amigdalitis Aguda	118	0,99	39,79
17	K291	Apendicitis Aguda, no Especificada	117	0,98	40,77
18	S019	Otras Gastritis Agudas	105	0,88	41,65
19	A059	Herida de la Cabeza, parte no Especificada	91	0,76	42,42
20	E86X	Intoxicación Alimentaria Bacteriana, no Especificada	83	0,70	43,11
Demás Causas			6782	56,89	100,00
Total General			11922	100,00	

Fuente: Estadística e Informática – HRGDV-2013

Las principales causas de atenciones de Emergencia General; según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2013; En el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, muestra que durante el año se tuvieron 11,922 atenciones entre emergencias y urgencias, como observamos el diagnostico con mayor frecuencia de Otros Dolores Abdominales y los No Especificados son la primera causa por el cual acuden a nuestro establecimiento con 802 casos que hacen un (6.73%); como segunda causa tenemos traumatismos superficiales múltiples, no especificados con 626 casos con un porcentaje de un (5.25%); como tercera causa tenemos el diagnostico de fiebre no especificada con 506casosque hace un porcentaje de (5.25%).

c.- Análisis de la UPSS de Hospitalización:

Gráfico N°07: QUINQUENIO DE EGRESOS HOSPITALARIOS -2010 AL 2014 HRGDV 2013.



Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

Cuadro N° 07: NÚMERO DE EGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL POR CICLOS DE VIDA, SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV – 2013

CodCie10	Descripción Cie10	Neonatal (0-28 d)	Infantil (<1 a)	Pre-Escolar (1-4 a)	Escolar (5-9 a)	Adolescente (10-19 a)	Adulto (20-64 a)	Adulto Mayor (20-64 a)	Total	%
Z380	A Término (Producto Único Nacido en Hospital)	1291	76	10	1	4	4	1	1387	20,83
O809	Parto Único Espontáneo sin otra Especificación	8	2	2	1	163	683	17	876	13,16
O829	Parto por Cesárea, sin otra Especificación	0	0	0	0	32	162	4	198	2,97
O821	Parto por Cesárea de Emergencia	0	0	1	0	41	135	3	180	2,70
K359	Apendicitis Aguda, no Especificada	0	0	5	7	22	110	27	171	2,57
Z3921	Puerpera	0	0	2	0	31	121	5	159	2,39
N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	0	7	12	10	4	49	51	133	2,00
P599	Ictericia Neonatal, no Especificada	88	23	0	0	0	0	0	111	1,67
P369	Sepsis Bacteriana del Rn, no Especificada	63	29	0	0	0	0	0	92	1,38
K810	Colecistitis Aguda	0	0	0	0	4	58	15	77	1,16
O060	Aborto no Especificado, Incompleto, Complicado con	0	0	1	0	7	65	2	75	1,13
P582	Ictericia Neonatal debida a Infección	51	6	2	0	0	0	0	59	0,89
O200	Amenaza de Aborto	0	0	0	0	6	52	0	58	0,87
I500	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	1	0	1	0	0	7	36	45	0,68
K811	Colecistitis Crónica	0	0	0	0	3	32	8	43	0,65
N40X	Hiperplasia de la Próstata	0	0	0	0	0	8	31	39	0,59
O470	Amenaza de Parto Prematuro	0	0	0	0	5	34	0	39	0,59
S822	Fractura de la diáfisis de la Tibia	0	0	2	2	3	30	2	39	0,59
A090	Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	0	13	8	2	4	9	2	38	0,57
J189	Neumonía, no Especificada	0	9	12	2	0	4	9	36	0,54
O034	Aborto Espontáneo, Incompleto, sin Complicación	0	0	0	0	6	26	4	36	0,54
Z3593	Gestante con Factor de Riesgo Control 3er. Trimestre (36 Semanas)	0	0	0	0	6	29	1	36	0,54
K37X	Apendicitis, no Especificada	0	0	0	3	5	24	3	35	0,53
P082	Recién Nacido Posttérmino sin Sobrepeso para Su Edad Gestacional	32	2	0	0	0	0	0	34	0,51
Z392	Seguimiento Postparto, de Rutina	0	1	1	0	10	21	0	33	0,50
I10X	Hipertensión Esencial (Primaria)	0	0	0	0	1	4	26	31	0,47
K808	Otras Colelitiasis	0	0	0	0	3	21	5	29	0,44
Z3592	Gestante con Factor de Riesgo Control 2do. Trimestre (24 Semanas)	0	0	0	0	6	22	0	28	0,42
S420	Fractura de la Clavícula	0	0	0	0	5	16	6	27	0,41
Z3591	Gestante con Factor de Riesgo Control 1er. Trimestre (12 Semanas)	0	0	0	0	4	23	0	27	0,41
	Demás causas	545	154	268	97	156	812	456	2488	37,36
	Total General	2079	322	327	125	531	2561	714	6659	100,00

Fuente: Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2013

El número de egresos hospitalarios en general por ciclos de Vida, según Lista Tabular CIE-10, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –durante el año 2013, Como se puede apreciar, el grupo de riesgo que más hace uso de los servicios de hospitalización son el binomio madre – niño, con el mayor número y proporción de las hospitalizaciones. Se hospitalizaron 6659 pacientes, siendo la causa de hospitalización más frecuente, producto único nacido en Hospital con 1387 casos con un porcentaje de (20.83%), seguido del parto único espontáneo con 876 casos y un porcentaje de (13.16%), como tercera causa de hospitalización está parto por cesárea sin otra especificación con 198casos con un porcentaje de (2.97%).

Cuadro N° 08: NÚMERO DE EGRESOS Y PROMEDIO DE PERMANENCIA EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL SEGÚN CAPÍTULOS CIE-10, HRGDV – 2013

Grupo de causas	Egresos	Porcentaje	Promedio de Permanencia
A Término (Producto Único Nacido en Hospital)	1342	20,15	3,31
Parto Único Espontáneo sin otra Especificación	863	12,96	1,62
Parto por Cesárea, sin otra Especificación	192	2,88	5,28
Parto por Cesárea de Emergencia	178	2,67	5,50
Apendicitis Aguda, no Especificada	205	3,08	3,55
Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	97	1,46	6,42
Colecistitis Aguda	76	1,14	3,62
Aborto no Especificado, Incompleto, Complicado con Infección Genital y Pelviana	75	1,13	1,47
Sepsis Bacteriana del Rn, no Especificada	75	1,13	1,50
Ictericia Neonatal debida a Infección	58	0,87	3,95
Ictericia Neonatal, no Especificada	51	0,77	4,91
Amenaza de Aborto	43	0,65	3,31
Colecistitis Crónica	43	0,65	9,42
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	40	0,60	6,75
Puerpera	39	0,59	2,49
Fractura de la diáfisis de la Tibia	38	0,57	14,32
Amenaza de Parto Prematuro	36	0,54	4,24
Hiperplasia de la Próstata	34	0,51	7,50
Aborto Espontáneo, Incompleto, sin Complicación	33	0,50	3,30
Demás causas	2628	39,47	6,56
Total General	6659	100,00	5,27

Fuente: Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2013



El número de egresos y promedio de permanencia en Hospitalización General según Lista Tabular CIE-10, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013; del total de 6659 egresos hospitalarios; se observa los tiempos de permanencia en hospitalización general van desde 2.49 a 14.32 días y con un promedio general de 5.27 días de estancia hospitalaria, el mayor tiempo de estancia hospitalaria fue de fractura de la diáfisis de la tibia con 38 egresos hospitalarios con una estancia hospitalaria de 14.32 días de hospitalización; seguido de colecistitis crónica con una estancia hospitalaria de 9.42 días con 40 egresos hospitalarios.

Cuadro N° 09: Egresos Hospitalarios

ESS	SEXO	GRUPO ETAREO	DEPARTAMENTO	ESTANCIA	SERVICIO	CONDICION EGRESO	DIAGNOSTICO	CA
						HRGDV	HRGDV como % de base	
NEONATOLOGIA						1764	24.62%	
GINECOLOGIA						1138	15.88%	
OBSTETRICIA						1103	15.40%	
CIRUGIA GENERAL						955	13.33%	
MEDICINA GENERAL						873	12.19%	
TRAUMATOLOGIA						555	7.89%	
PEDIATRIA GENERAL						420	5.86%	
ALTO RIESGO OBTETRICO						293	4.16%	
UNIDAD DE CUIDADOS INT						48	0.67%	
SERV						7164	100.00%	

Los egresos en el 2013 provenían de los servicios de neonatología (24.62), ginecología (15.88), obstetricia (15.40), cirugía general (13.33), traumatología (12.19).

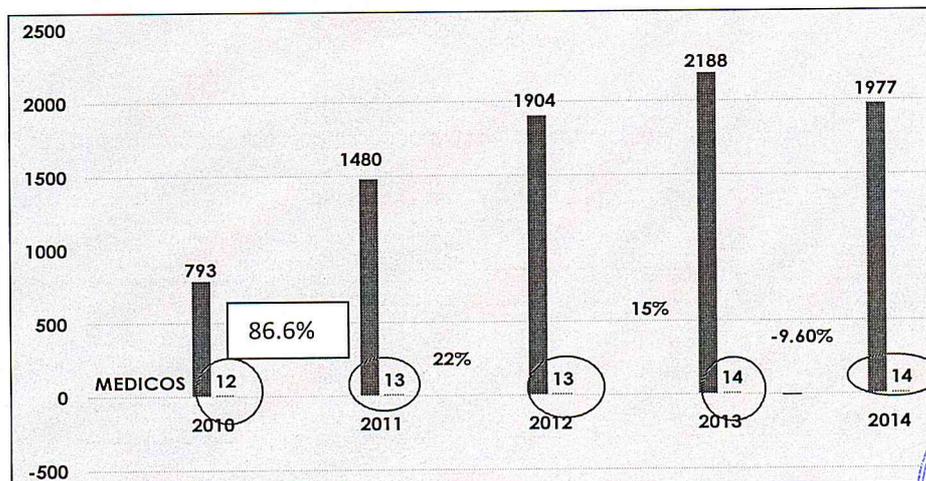
Cuadro N° 10: Condición de Egreso General 2013

ESS	GRUPO ETAREO	DEPARTAMENTO	ESTANCIA	SERVICIO	CONDICION EGRESO	DIAGNOSTICO	CA	
						HRGDV	HRGDV como % de base	
MEJORADO						4879	68.10%	
CURADO						2183	30.47%	
FALLECIDO						75	1.06%	
IGUAL						19	0.27%	
NO						6	0.08%	
DESMEJORADO						1	0.01%	
CONDICION EGRESO						7164	100.00%	

La condición de egresos fueron en el 2013 fue 68.10% mejorado, 30.47% curado, 1.06% fallecido, 0.27% igual, 0.08% no y 0.01% desmejorado.

d.- Análisis de la UPSS de Centro Quirúrgico:

TENDENCIA DE INTERVENCIONES EN SALA DE OPERACIONES

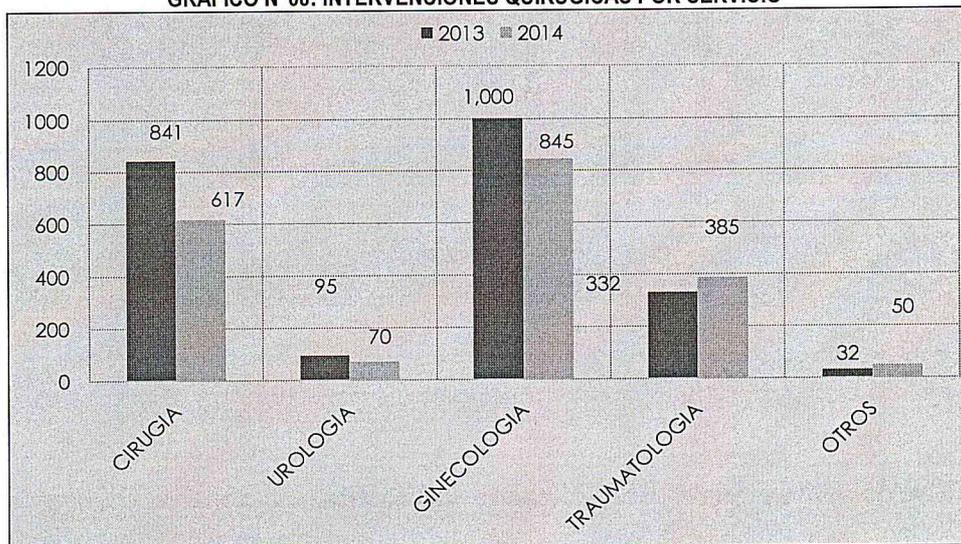


Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.



El grafico nos muestra la tendencia de evolución de las intervenciones quirúrgicas, y contrariamente el número de médicos anestesiólogos y cirujanos no ha incrementado, por lo que la necesidad de contar con mayor número de profesionales especializados es imperativo, la disminución de intervenciones quirúrgicas en el año 2014, se debe al impacto negativo de la huelga médica nacional en la disminución de las tendencias.

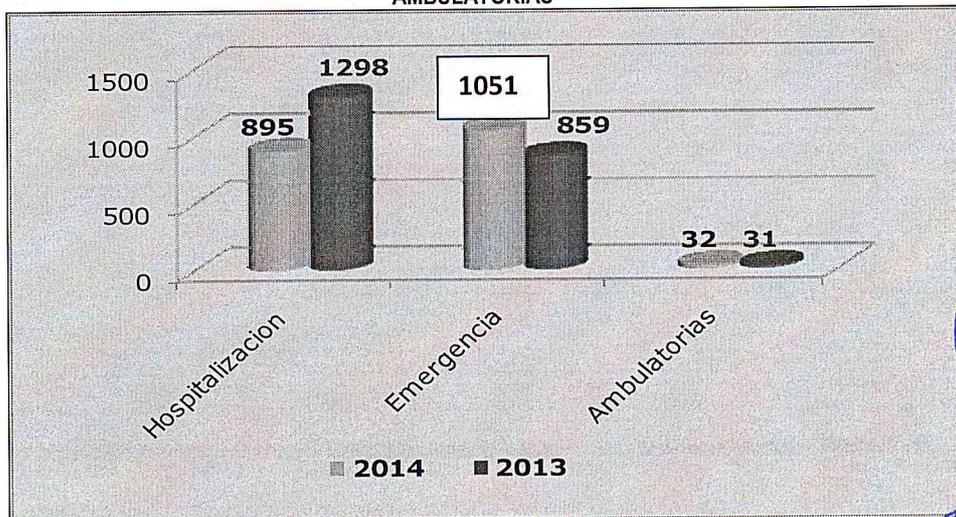
GRAFICO N°08: INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR SERVICIO



Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

Las intervenciones gineco obstétricas, son las de mayor tendencia en intervenciones quirúrgicas, seguidas del servicio de cirugía y traumatología respectivamente, en el que hacer hospitalario, muchas necesidades quirúrgicas de la población no son resueltas en su oportunidad debido a la poca disponibilidad de médicos quirúrgicos y anestesiólogos, así mismo el número insuficiente de quirófanos.

GRAFICO N° 09: INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE HOSPITALIZACION VERSUS EMERGENCIAS Y AMBULATORIAS



Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

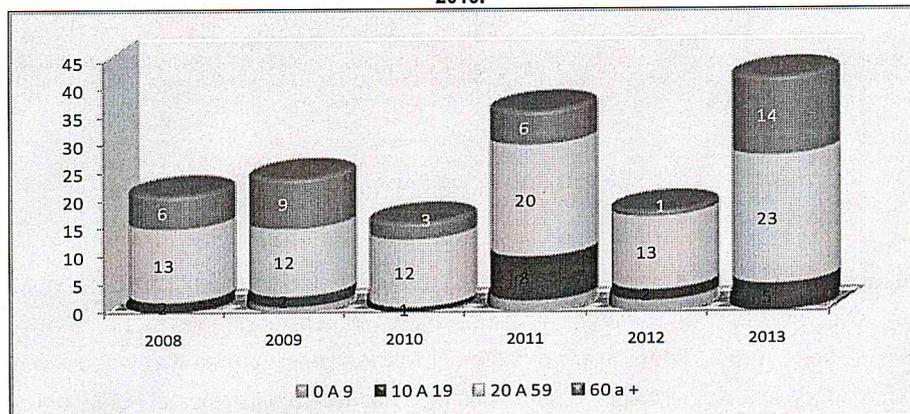


Las intervenciones quirúrgicas en el año 2014, por las estadística se ve disminuida en relación al año anterior, pero en este contexto también se observa que las intervenciones por emergencia tienen un incremento en un 14.7% en relación al año 2013, uno de los factores que determina esta cifra es la huelga médica, la disponibilidad de profesionales médicos especializados y el rendimiento de los ambientes destinados a estos procedimientos.

e.- Vigilancia Epidemiológica:

• Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles:

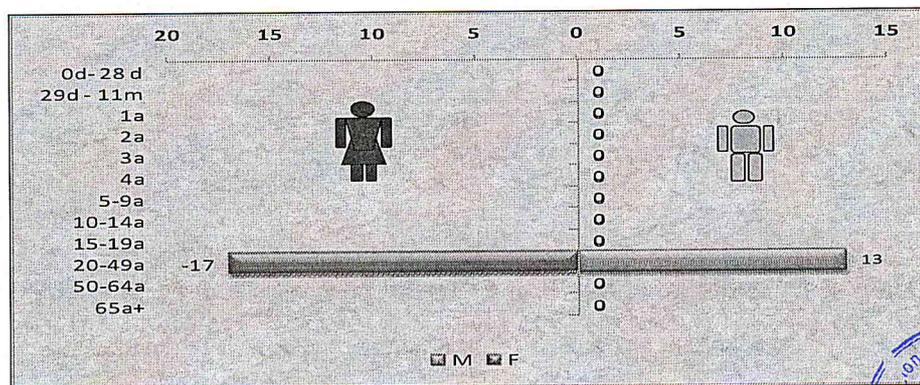
Casos Confirmados de TBC por años - Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega 2002 al 2013.



Fuente: Oficina de Epidemiología HRGDV.

El gráfico muestra la tendencia de los casos notificados de TB desde el año 2002 al año 2013 que fueron atendidos en el HRGDV; el año con mayor frecuencia de casos fue el año 2013 con (42 casos), seguido del año 2007 con (37 casos) y el año 2012 con (36 casos) y el segundo grafico nos demuestra el número de casos por edad desde el año 2008 al 2013 donde se observa con mayor frecuencia de casos en el grupo de edad de 20 a 59 años.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH/ITS POR EDAD Y SEXO HRGDV DEL 2003 AL 2013

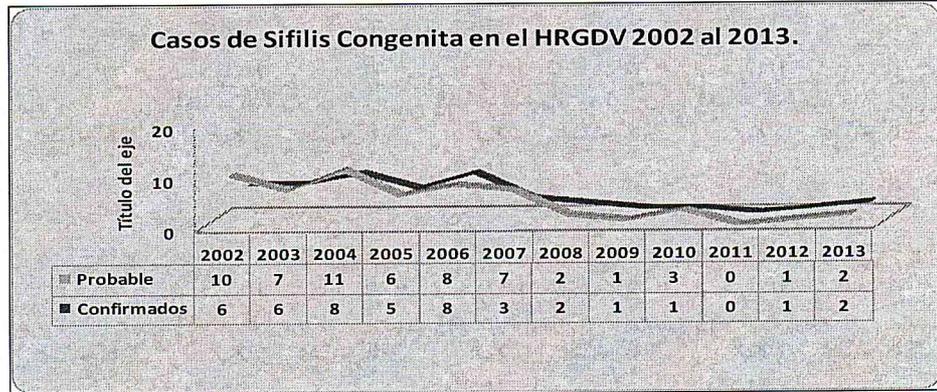


Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2013



Vigilancia epidemiológica de casos notificados de VIH/ SIDA en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013; de 30 casos desde el año 2003 al año 2013.

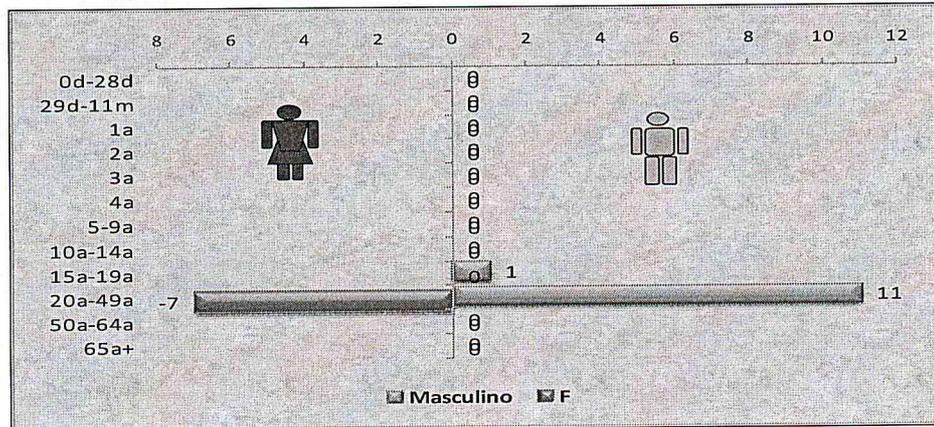
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SIFILIS CONGENITA HRGDV 2013
Casos de Sífilis Congénita Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2002–2013



Fuente: Vigilancia epidemiológica HRGDV 2013

Los casos de Sífilis Congénita atendidos en el HRGDV del año 2002 al 2013; la tendencia del análisis de los casos ha ido disminuyendo a la semana 53 de la vigilancia epidemiológica.

PIRAMIDE DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE HEPATITIS B POR EDAD Y SEXO HRGDV 2013

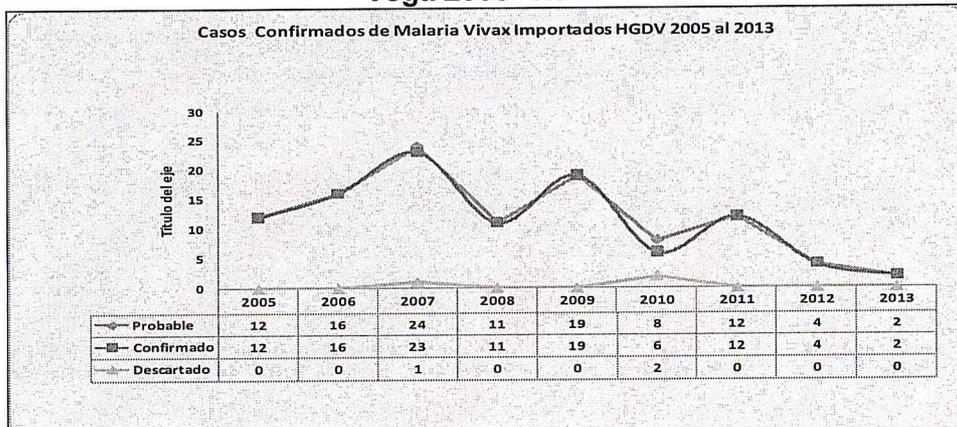


Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2013

Vigilancia de Hepatitis B por edad y sexo del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al 2013; al análisis se notificaron 19 casos: el género que fue más afectado fue el masculino con 12 casos en un (63.16%) seguido del género femenino con 7 casos en un (36.84%); la edad más afectada del género masculino es 20 a 49 años de edad con 11 casos con un (57.89%); del sexo femenino con 7 casos con un (36.84%) ; seguido de 15 a 19 años con un (5.26%).



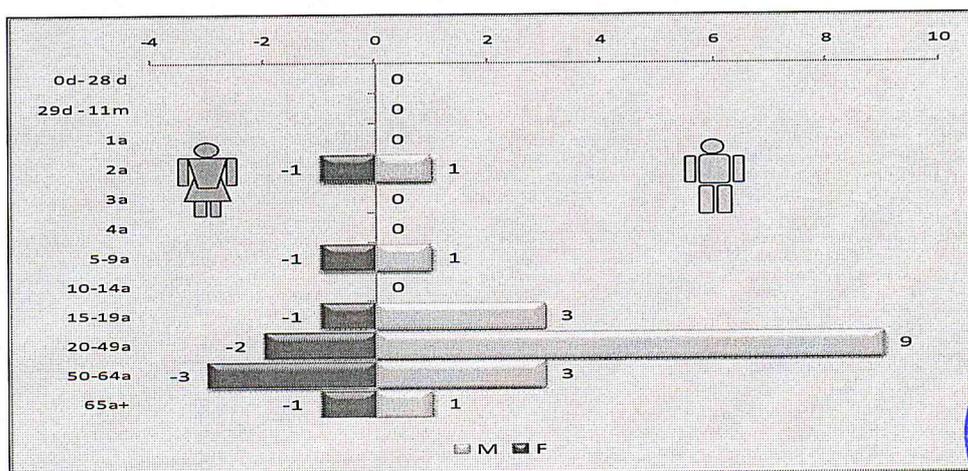
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MALARIA HRGDV 2013
Casos de Malaria Vivax - Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2005– 2013



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

La vigilancia epidemiológica de casos de Malaria confirmados atendidos por la Estrategia de enfermedades Metaxenicas en el HRGDV 2013; el 100% de los pacientes Apurimeños que migraron al departamento de Madre de Dios y Puerto Maldonado.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS POR EDAD Y SEXO HRGDV 2013



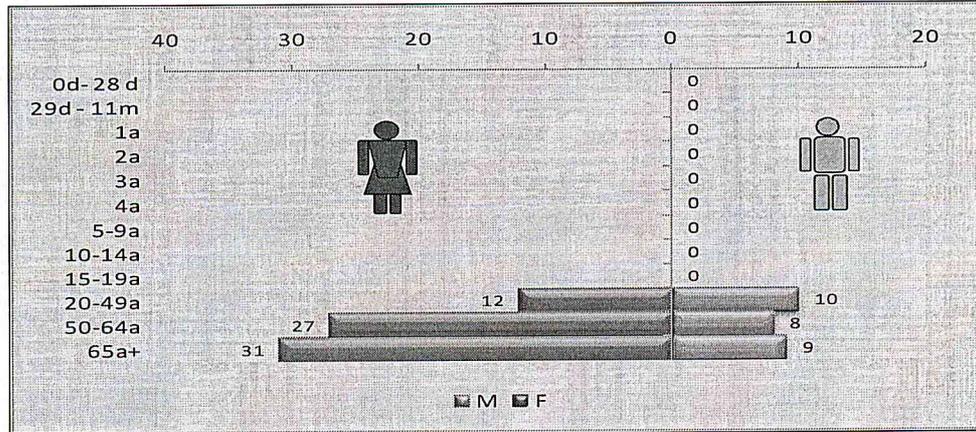
Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2013

Vigilancia epidemiológica de leishmaniasis en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2013; tuvimos 27 casos: se presentó con mayor frecuencia en el grupo etareo de 20 a 49 años con un porcentaje de (40,74%) y el sexo con mayor predominio fue el masculino con (33.33%) y el sexo femenino con (7,41%); seguido del grupo etareo de 50 a 64 años con un porcentaje de (22,21%), se presentó en ambos sexos.



○ **Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles:**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE DIABETES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO HRGDV 2013

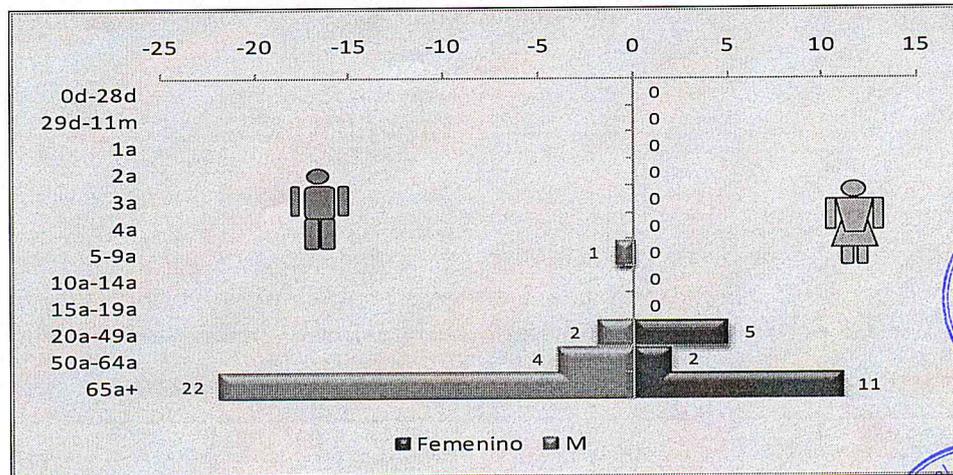


Fuente: Vigilancia Epidemiológica del 2013

La vigilancia epidemiológica de diabetes en el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Setiembre del año 2013; tenemos 97casos: el género que fue más afectado es femenino con 70 casos seguido del género masculino con 27 casos; la edad más afectada fue de 65 a más años con 40 casos: del sexo femenino con 31 casos y el sexo masculino con 9 casos; así mismo los mayores de 50 a 64 años con 35 casos: del sexo femenino con 27 casos y masculino 8 casos.

○ **Vigilancia Epidemiológica de Cáncer:**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CANCER POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO HRGDV AÑO 2013.



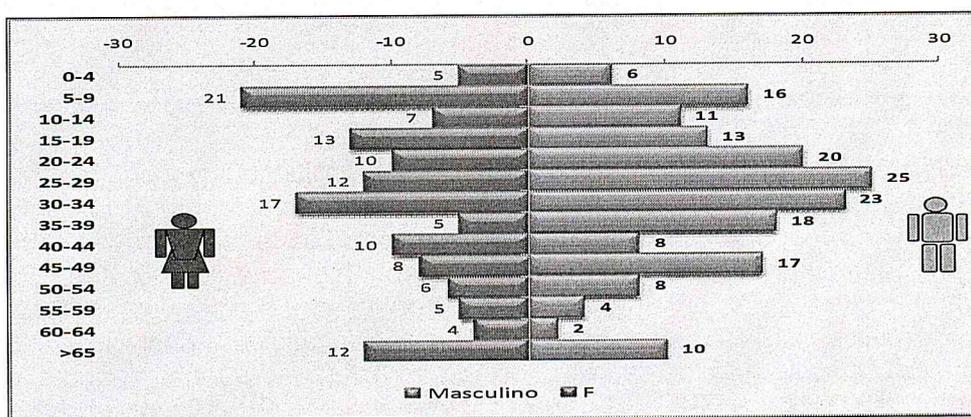
Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV 2013



La vigilancia epidemiológica de Cáncer por grupos de edad y sexo en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2013; tuvimos un total de 47 casos: el sexo masculino fue el más afectado con 29 casos en un (61.70%) seguido del sexo femenino con 19 casos en un (38.30%); el grupo de edad que fue más afectado fue de 65 a más años de edad con 33 casos con un porcentaje de (70.21%); el sexo masculino con un (46.81%) y del sexo femenino con un (23.40%) ; seguido de 20 a 49 años de edad con un (14.89%), el sexo femenino con un (10.64%) y del sexo masculino con un (4.26%); y de 50 a 64 años de edad con un (12.77%)

o Vigilancia Epidemiológica de lesiones por accidente de tránsito:

Lesiones por Accidentes de tránsito Según lista de lesionados por grupo de edad y sexo atendidos en el Hospital a Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2013.-



Fuente: Vigilancia Epidemiológica HRGDV2013

La Vigilancia de lesiones por accidente de tránsito Según grupo de edad y sexo atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013; se observa del total de 316 casos notificados de lesiones por accidentes de tránsito; el grupo de edad con mayor frecuencia que concurrió fue de 30 a 34 años con un porcentaje de (12,66%) el sexo más afectado es el masculino con (12,71%); seguido del grupo de edad de 5 a 9 años y 25 a 29 años con un porcentaje de (11,71%).

f.- Análisis de la Mortalidad Hospitalaria:

Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por ciclos de vida, HGDV–del año 2013

Tasa de Mortalidad 2010				Tasa de Mortalidad 2011				Tasa de Mortalidad 2012				Tasa de Mortalidad 2013			
Ciclo de Vida	Nº Egresos	Número	TBM	Ciclo de Vida	Nº Egresos	Número	TBM	Ciclo de Vida	Nº Egresos	Número	TBM	Ciclo de Vida	Nº Egresos	Número	TBM
Neonatales	1306	2	0,15	Neonatales	1359	1	0,07	Neonatales	1603	16	1,00	Neonatales	1534	4	0,26
Infantiles	122	1	0,82	Infantiles	100	0	0,00	Infantiles	115	2	1,74	Infantiles	258	7	2,71
Pre Escolares	147	0	0,00	Pre Escolares	206	1	0,49	Pre Escolares	231	3	1,30	Pre Escolares	263	0	0,00
Escolares	175	0	0,00	Escolares	109	0	0,00	Escolares	146	0	0,00	Escolares	145	0	0,00
Adolescentes	627	0	0,00	Adolescentes	631	0	0,00	Adolescentes	731	0	0,00	Adolescentes	637	0	0,00
Adultos	2751	13	0,47	Adultos	2575	17	0,66	Adultos	2996	15	0,50	Adultos	3079	17	0,55
Adultos Mayores	571	25	4,38	Adultos Mayores	619	39	6,30	Adultos Mayores	723	49	6,78	Adultos Mayores	743	45	6,06
Total General	5699	41	0,72	Total General	5599	58	1,04	Total General	6545	85	1,30	Total General	6659	73	1,10

Fuente.- Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2013



Las Causas de Mortalidad en Hospitalización General por ciclos de vida, según Lista Tabular CIE-10, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2010 al 2013; la mortalidad en el hospital en el año 2010 fue de 41 casos de 5699 egresos hospitalarios con un porcentaje de (0.72%); en el año 2011 de los 5559 egresos hospitalarios fallecieron 53 con un porcentaje de (0.95%) ; del año 2012 de 6545 egresos hospitalarios tuvimos 85 fallecidos con un porcentaje de (1.19%) fue el año de mayor mortalidad en comparación con los años anteriores. La Edad de fallecimiento en Apurímac 67.5 Años, es una variable que resume las inequidades en salud y nos brinda una idea sobre las brechas existentes. Siendo el grupo o ciclo de vida “adulto mayor” el que tiene la tasa más alta de mortalidad (4.38%), seguido del otro grupo vulnerable como es el período “Infantil” con una tasa bruta de mortalidad de 0.82%; al año 2013 de 6659 egresos hospitalarios tuvimos 73 casos de mortalidad, se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad del adulto mayor.

Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, HRGDV – 2013

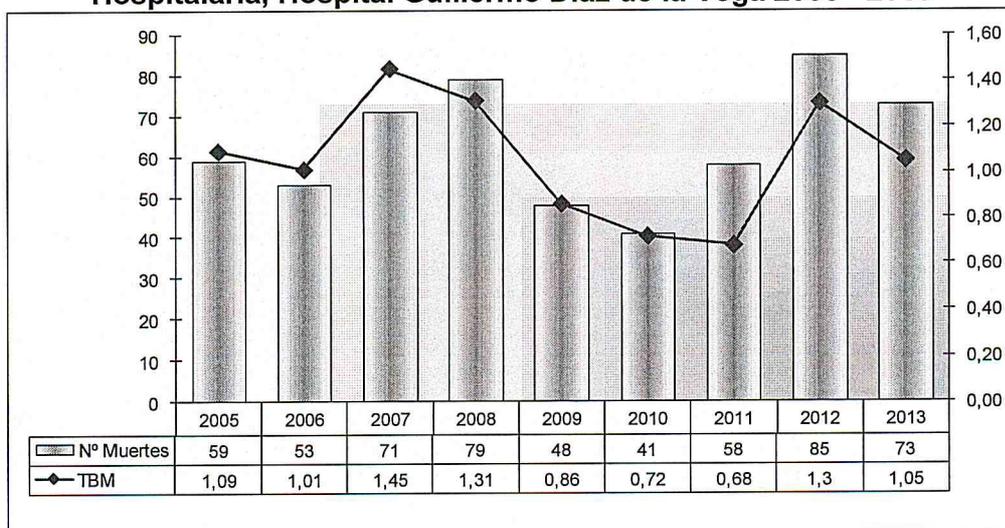
2010				2011				2012				2013			
Servicios	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Servicios	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Servicios	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.	Servicios	Nº Egresos	Nº Fallecidos	T.M.
Medicina	752	29	3,86	Medicina	1075	40	3,72	Medicina	984	58	5,89	Medicina	797	48	6,02
Cirugía	879	6	0,68	Cirugía	1158	11	0,95	Cirugía	882	7	0,79	Cirugía	881	9	1,02
Traumatología	424	1	0,24	Traumatología	534	0	0,00	Traumatología	421	0	0,00	Traumatología	520	1	0,19
Ginecología	1937	0	0,00	Ginecología	2636	1	0,04	Ginecología	2256	1	0,04	Ginecología	2366	1	0,04
Pediatría	413	2	0,48	Pediatría	447	0	0,00	Pediatría	404	3	0,74	Pediatría	389	0	0,00
Neonatología	1294	1	0,08	Neonatología	2653	2	0,08	Neonatología	1598	16	1,00	Neonatología	1649	3	0,18
UCI	6	2	0,00	UCI	65	4	6,15	UCI	0	0	0,00	UCI	47	11	23,40
Total general	5705	41	0,72	Total general	8568	58	0,68	Total general	6545	85	1,30	Total general	6649	73	1,10

Fuente.- Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2013

La Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2010 al 2013, durante el año 2010 de 5699 egresos hospitalarios, se tuvo un total de 41 muertes en todo el hospital con un porcentaje de (0.71%), el mayor número de muertes se presentó en el departamento de Medicina con 31 muertes con una tasa de mortalidad de (4.12) seguido del departamento de Cirugía con 6 muertes con una tasa de (0.68), el Departamento de Pediatría con 2 muertes con una tasa de (0.48); seguido del año 2011 de 5599 egresos hospitalarios se tuvieron un total de 53 muertes hospitalarias con un porcentaje de (0.94%) y el servicio con mayor número de muertes fue el servicio de Medicina con 43 muertes con una tasa de (5.24) seguido del servicio de Cirugía con 7 muertes con una tasa de (0.85); y el año 2012 se tuvieron 85 muertes con un porcentaje de (1.29%) el mayor número que los años anteriores, el servicio que presentó el mayor número de muertes fue el servicio de Medicina con 57 muertes con una tasa de (5,85) seguido del servicio de Cirugía con 7 muertes con una tasa de (0.87); para el año 2013 el servicio que mayormente presentó las muertes fue Medicina.



Gráfico N° 10.- Número de Muertes y Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria, Hospital Guillermo Díaz de la Vega 2005 - 2013



Fuente.- Egresos Hospitalarios – Estadística e Informática HRGDV 2013

La Tasa de Mortalidad en Hospitalización General por Servicios, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del año 2005 al 2013, se observa en los últimos años; desde el año 2010 se tuvo un total de 41 con una tasa de (0.72); seguido del año 2011 con un total de 53 con una tasa de (0.95); y el año 2012 se tuvieron 85 muertes el mayor número que los años anteriores, con una tasa de (1.19), al 2013 se presentó 73 muertes con una tasa bruta de (1.5%).

Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad, según Lista Tabular CIE-10, HRGDV – 2013

N°	CodCie10	DescripcionCie10	0-28 Días	< 1 Año	1-4 Año	5-9 Años	10-19 Años	20-64 Años	65 a + Años	Total	Nº Fallecidos	%	% Acum.
1	C61X	Tumor Maligno de la Prostata	0	0	0	0	0	4	2	6	4	4,96	4,96
2	J969	Insuficiencia Respiratoria, no Especificada	0	1	0	0	0	1	4	6	4	4,96	9,92
3	I10X	Hipertension Esencial (Primaria)	0	0	0	0	0	1	3	4	2	3,31	13,22
4	J159	Neumonia Bacteriana, no Especificada	0	0	0	0	0	1	3	4	2	3,31	16,53
5	K746	Otras Cirrosis del Hígado y las no Especificadas	0	0	0	0	0	1	3	4	2	3,31	19,83
6	N390	Infeccion de Vias Urinarias, Sitio no Especificado	0	0	0	0	0	0	4	4	2	3,31	23,14
7	R572	Choque séptico	0	0	0	0	0	1	3	4	2	3,31	26,45
8	I500	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	0	0	0	0	0	1	2	3	2	2,48	28,93
9	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica, no Especificada	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2,48	31,40
10	N189	Enfermedad Renal Cronica, no Especificada	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2,48	33,88
11	C161	Tumor Maligno del Fundus Gastrico	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	35,54
12	E46X	Desnutricion Proteicoalorica no Especificada	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	37,19
13	I469	Paro Cardiaco, no Especificado	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	38,84
14	I48X	Fibrilacion y Aleteo Auricular	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	40,50
15	I509	Insuficiencia Cardiaca, no Especificada	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	42,15
16	J111	Influenza con otras Manifestaciones, Virus no Identificado	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1,65	43,80
17	J1891	Neumonia Grave	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	45,45
18	J960	Insuficiencia Respiratoria Aguda	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1,65	47,11
19	K922	Hemorragia Gastrointestinal, no Especificada	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	48,76
20	N40X	Hiperplasia de la Prostata	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	50,41
21	S069	Traumatismo Intracraneal, no Especificado	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1,65	52,07
22	A151	TBC Pulmonar Solo Cultivo Positivo	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,83	52,89
23	A188	Tuberculosis de otros Organos Especificados	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0,83	53,72
24	A409	Septicemia Estreptococica, no Especificada	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0,83	54,55
25	A418	Otras Septicemias Especificadas	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0,83	55,37
		Demás Causas	2	3	0	0	0	21	28	54	33	44,63	100,00
		Total General	2	5	0	0	0	34	80	121	73	100,00	

Fuente.- Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2013



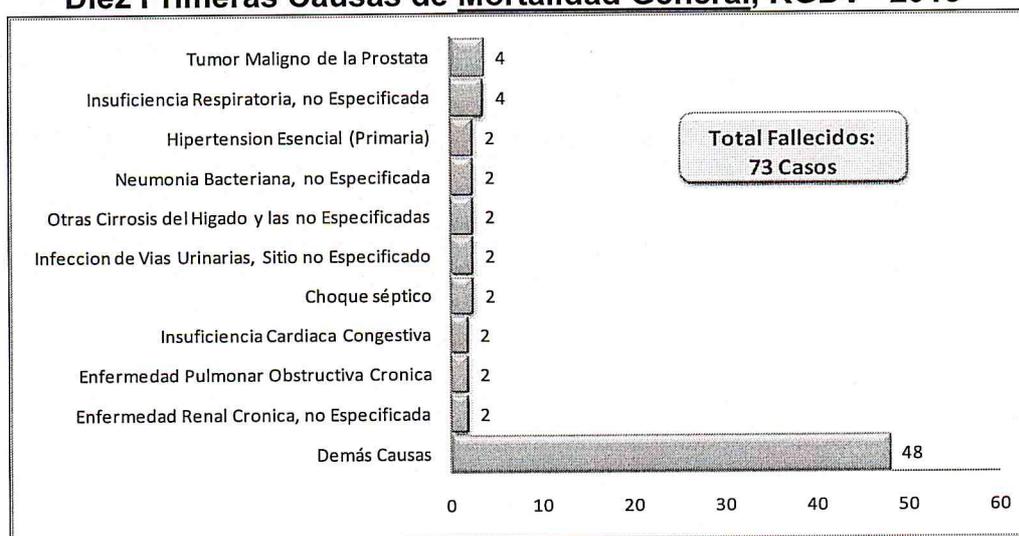
Las Causas de Mortalidad en Hospitalización General por grupos de edad, según Lista Tabular CIE-10, del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013; estando como principal causa de defunción general en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fue por tumor maligno de la próstata con 4 casos con un porcentaje de (4.96%) su mayor impacto en la etapa de vida adulto; seguido de insuficiencia respiratoria no especificada con 4 casos con un porcentaje de (4.96%).

Diez Primeras Causas de Mortalidad General, RGDV – 2013

Nº	Cod Cie10	DescripcionCie10	Nº Fallecidos	%
1	C61X	Tumor Maligno de la Prostata	4	4,98
2	J969	Insuficiencia Respiratoria, no Especificada	4	4,98
3	I10X	Hipertension Esencial (Primaria)	2	3,32
4	J159	Neumonia Bacteriana, no Especificada	2	3,32
5	K746	Otras Cirrosis del Hígado y las no Especificadas	2	3,32
6	N390	Infeccion de Vias Urinarias, Sitio no Especificado	2	3,32
7	R572	Choque séptico	2	3,32
8	I500	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	2	2,49
9	J449	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica, no Especificada	2	2,49
10	N189	Enfermedad Renal Cronica, no Especificada	2	2,49
		Demás Causas	48	65,99
Total General			73	100,00

Fuente.- Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2013

Diez Primeras Causas de Mortalidad General, RGDV– 2013

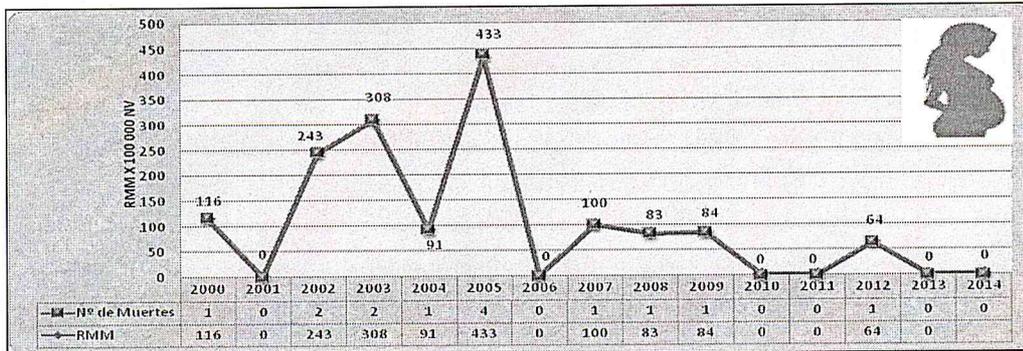


Fuente.- Registro de Egresos Hospitalarios – HRGDV 2013

Las Diez Primeras Causas de Mortalidad General, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2013, de un total de 6646 egresos hospitalarios se tuvieron 73 fallecidos; la primera causa de mortalidad hospitalaria fue por tumor maligno de la próstata con 4 casos con un porcentaje de (4.98%) seguido de insuficiencia respiratoria no especificada 4 casos con un porcentaje de (4.98%) y como tercera causa fue de hipertensión esencial con 2 casos con un porcentaje de (3.32%).

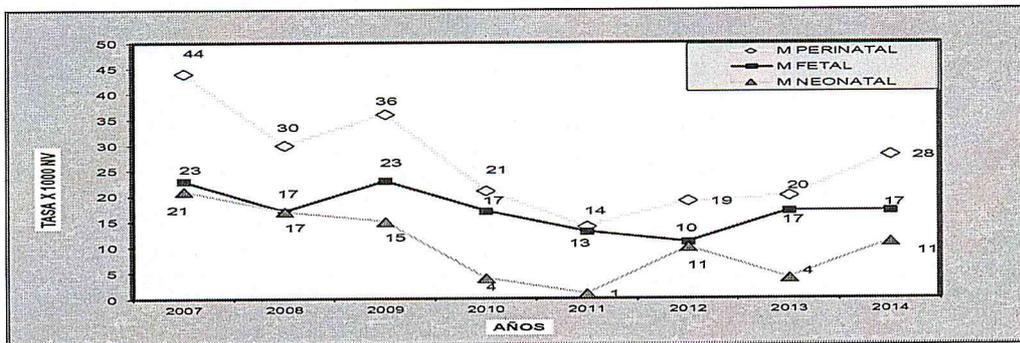


Gráfico N°11: Razón de Mortalidad Materna 2000 - 2013



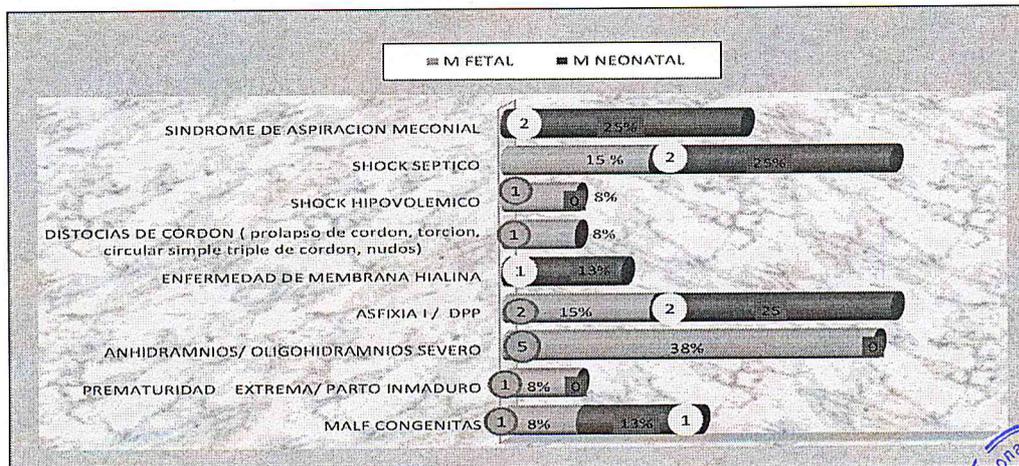
La razón de mortalidad materna en el 2012 fue de 64 muertes por 100,000 nacidos vivos, en el 2013 no se registró muerte materna.

Gráfico N°12: Tasa de Mortalidad Perinatal, Fetal y Neonatal 2005 – junio 2014



La tasa de mortalidad perinatal en el periodo tiene los picos más altos en los años 2007 y 2009 y 2014. La mortalidad fetal registra los picos más altos los años 2007, 2009, 2010, 2013 y 2014.

Gráfico N° 13: Mortalidad Neonatal Mortalidad Perinatal según Causa Básica y/o Patología Materna - Fetal asociada 2014 – I Semestre

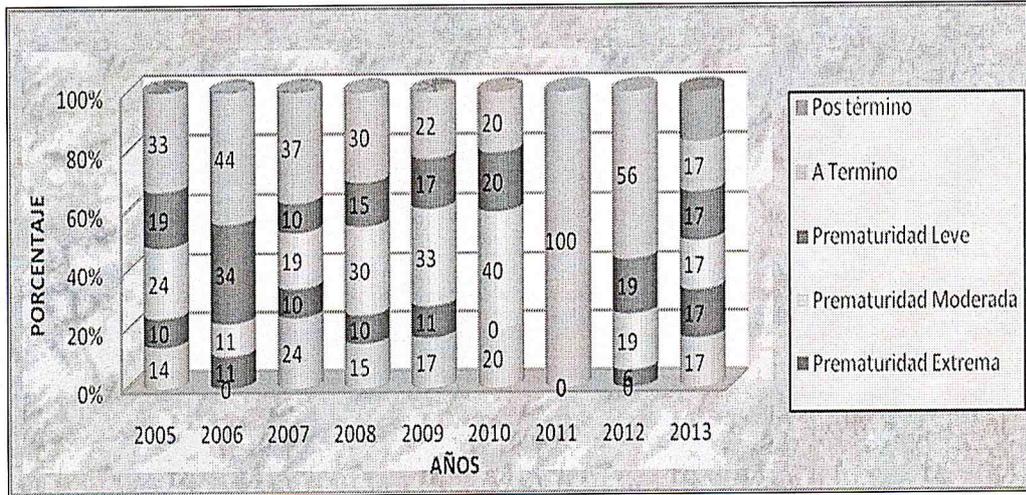


La relación de mortalidad neonatal 2/8 fue por síndrome de aspiración meconial, 2/8 shock séptico, 2/8 asfixia/DPP y la mortalidad fetal 2/13



por shock séptico, 2/13 asfixia , 5/13 anhidramnios, oligohidramnios severo.

Gráfico N°14: Mortalidad Neonatal según edad Gestacional 2005 - 2013



La relación mortalidad neonatal según edad gestacional se registró en el 2013 (17) casos pos término, a término, prematuridad leve, prematuridad moderada, prematuridad extrema.

**f. Indicadores de Producción y Rendimiento:
Consulta Externa:**

Cuadro N°11: RENDIMIENTO HORA MEDICO EN CONSULTA EXTERNA:

Rendimiento Hora Medico efectiva.	Formula	Estándar	2012	2013	2014
Rendimiento hora medico en medicina General	Nº de consultas medicas en medicina General / Nº de horas medico efectivas	4	2.9	2.3	4.9
Rendimiento hora medico de Pediatría	Nº de consultas medicas en Pediatría / Nº de horas medico efectivas	4	2.1	1.6	3.4
Rendimiento hora medico en Traumatología	Nº de consultas medicas en Traumatología / Nº de horas medico efectivas	4	2.6	2.8	3.7
Rendimiento hora medico de Medicina Física y Rehabilitación	Nº de consultas medicas en Medicina Física y Rehabilitación / Nº de horas medico efectivas	4	1.9	1.8	5.4
Rendimiento hora medico en Gastroenterología	Nº de consultas medicas en Gastroenterología / Nº de horas medico efectiva	4	1.3	1.2	3.5
Rendimiento hora medico en Ginecología	Nº de consultas medicas en Ginecología / Nº de horas medico efectiva	4	3.5	3.7	4.3
Rendimiento hora medico en Cardiología	Nº de consultas medicas en Cardiología / Nº de horas medico efectiva	4	2.7	3.3	4.2
Rendimiento hora medico en Urología	Nº de consultas medicas en Urología / Nº de horas medico efectiva	4		2	2.8
Rendimiento hora medico en Cirugía General	Nº de consultas medicas especializadas / Nº de horas medico efectiva	4	3.5	3.8	4.1
Rendimiento hora medico de otras especialidades	Nº de consultas medicas especializadas / Nº de horas medico efectiva	4	1.8	2.1	2.4
Proporción de la demanda especializada en la consulta externa	Nº total de consultas medicas especializadas / Nº total de consultas externas x100		38.40%	56.20%	56.92%

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.

Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.



Este indicador mide el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en Consultorios Externos. El promedio global de rendimiento Hora-Médico en el periodo del 2014, se encuentra en promedio dentro del estándar esperado, siendo el servicio de Medicina Física el de mayor rendimiento hora médico y el de menor rendimiento las otras especialidades médicas (psiquiatría- geriatría) el del servicio de Medicina. Es decir, cada médico atiende en promedio general 3.87 pacientes por hora.

4.1.3.2.2 HOSPITALIZACIÓN

Cuadro N° 12: RENDIMIENTO CAMA EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN

SERVICIO	N°CAMAS	2011	2012	2013	2014
MEDICINA	38	24.5	28.94	24.58	31.7
TRAUMATOLOGIA	26	13.82	15.04	19.26	18.65
CIRUGIA	27	27.8	29.4	15.04	30.51
PEDIATRIA	16	19.12	23.76	30.08	15.75
NEONATOLOGIA	18	105.62	122.92	117.86	87.22
GINECO OBSTETRICIA	55	36.54	43.38	34.71	31.72
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	5	24	23	34	32

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

El rendimiento cama, en el área de hospitalización, es el servicio de neonatología, con 87.22 de rendimiento incubadora por pacientes, y minoritariamente el servicio de pediatría con cama por 16 pacientes al año, el resto de los servicios confluyen en promedio 30 salvo traumatología por el tiempo de estancia mayor hasta la resolución de la patología del paciente.

Cuadro N°13: PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

Promedio de Permanencia Hospitalaria	Formula	Estándar	2012	2013	2014
Medicina General	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Medicina General}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	9.4	6	5.3
Pediatría	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Pediatría}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	8.4	6	6
Cirugía	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Cirugía}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	10.1	6.2	6.4
Ginecología	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Ginecología}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	7.2	4.5	4.8
Traumatología	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Traumatología}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	13.8	12	13
Neonatología	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de Neonatología}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$	6	4.2	4.3	4.1
UCI	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de permanencia en Servicio de UCI}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100$		7.6	11.3	7.7

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

Como se evidencia en el cuadro el servicio con mayor estancia hospitalaria es el servicio de traumatología, por el tipo de patologías que se maneja en este servicio, la estancia se extiende hasta la resolución de la patología del paciente, a esto se suma también la no disponibilidad inmediata de los insumos medico quirúrgicos para este tipo de pacientes,



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

condición que no ha mejorado desde el año 2012 a la actualidad; caso contrario sucede con el servicio de medicina donde refleja la estancia menos al estándar.

Cuadro N° 14: INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMA POR SERVICIO:

SERVICIO	2010	2011	2012	2013	2014
MEDICINA	0.05	0.06	0.04	0.04	0.08
TRAUMATOLOGIA	0.1	0.13	0.13	0.16	0.14
CIRUGIA	0.04	0.06	0.06	0.25	0.20
PEDIATRIA	0.1	0.12	0.1	0.22	0.22
NEONATOLOGIA	0.03	0.03	0.03	0.01	0
GINECO OBSTETRICIA	0	0	0	0	0

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.

Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

El intervalo de sustitución por servicios del año 2010 al 2014 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; para el año 2014 si observamos la tendencia se es mayor en el servicio de pediatría con 22 días, seguido del servicio de cirugía con 20 días y el servicio de Traumatología con 14 días para ser ocupada; contrariamente el servicio de Neonatología y el servicio de Ginecología y Obstetricia egresa un paciente y al instante ingresa otro paciente.

A mayor demanda, probable Intervención Sustitución bajo; mayor eficiencia.

4.1.3.2.3 EMERGENCIA

Cuadro N° 15: INDICADORES DE EMERGENCIA

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	ESTANDAR	ANUAL 2014
Producción de Emergencia	N° de atenciones realizadas		12,179
Razón de Atención en Emergencia por Consulta Externa	N° de atenciones en emergencia / N° de Atenciones en Consulta Externa	0.15	0.29
Porcentaje de Atenciones Prioridad I,II	N° de atenciones de emergencias prioridad I y II X 100 / N° de atenciones en el servicio de emergencia en el mismo periodo		25.9%

La razón de atenciones de Emergencia vs Consulta Externa, es de 0.29; este indicador es elevado con respecto al estándar ya que se tiene una alta demanda en horas de la noche, considerando que es el único Hospital en el distrito que atiende las 24 horas con una población que busca atención de Emergencia y Urgencia en su mayoría por la noche.

4.1.3.2.4 Centro Quirúrgico:

Cuadro N° 16: INDICADORES DE SALA DE OPERACIONES

Índice/Indicador	Formulación	2010	2011	2012	2013	2014
Rendimiento de Sala de Operaciones	N° de Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas / N° de Sala de Operaciones x100	40%	48%	45%	72%	79%
Porcentaje de Operaciones Suspensas	N° de Intervenciones Quirúrgicas Suspensas/Total I.Q. programadas x100	5%	1.30%	0.90%	0.70%	0.40%
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia	N° de Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia / Total de I.Q. Ejecutadas x100	8%	9%	10%	48%	54%
Porcentaje de Reintervenciones	N° de Reintervenciones / Total de cirujías x100	1%	3.20%	1.80%	3.70%	3.40%
Tasa de Mortalidad general en Sala de Operaciones	Total de defunciones x 1000/N° de cirujías en el mismo periodo			0.10%	0.10%	0.00%

FUENTE: BASE DE DATOS DEL SALA DE OPERACIONES



El porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia han ido en incremento, en el 2014, tenemos un 54% del total de intervenciones, puede deberse también a la huelga médica, por lo que la suspensión de intervenciones quirúrgicas se ven disminuidas.

4.1.3.2.5 Apoyo al Diagnóstico:

Cuadro N° 17: INDICADORES DE APOYO AL DIAGNOSTICO:

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	ESTANDAR	ANUAL 2014
Promedio de Análisis de Laboratorio en Consultas Externas	N de exámenes de laboratorio en un periodo / N° total de atenciones médicas en el mismo periodo	0.4	2.2
Promedio de Análisis de Laboratorio en Emergencia	N de exámenes de laboratorio por emergencia en un periodo / N° total de atenciones en emergencia en el mismo periodo	0.2	4.2
Promedio de Análisis de Laboratorio en Hospitalización	N de exámenes de laboratorio en hospitalización en un periodo / N° total de egresos en el mismo periodo		4
Porcentaje de exámenes de ecografía por atención	N° de exámenes -ecográficos indicado en consulta externa, hospitalización y emergencia en un periodo x 100/ N° de atenciones según cada caso en el mismo periodo		20%
Porcentaje de exámenes de radiológicos según tipo	N de exámenes radiológicos según tipo en un periodo x 100 / N de exámenes radiológicos en el mismo periodo		49%

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.

Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

4.1.3.2.6 Farmacia:

Cuadro N° 18: INDICADORES FARMACIA:

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	ANUAL 2014
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS EN SUBSTOCK	N° de ítems en sub stock x100 / N° Total de ítems en stock	22%
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS EN SOBRESTOCK	N° de ítems en sobre stock x100 / N° Total de ítems en stock	6.5%
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS EN NORMO STOCK	N° de ítems en desabastecimiento x100 / N° Total de ítems en stock	64.8%
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS EN DESABASTECIMIENTO	N° de ítems en desabastecimiento x100 / N° Total de ítems en stock	6.5%

Fuente: Departamento de Farmacia



V. ANALISIS Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS:

5.1. IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA

Los problemas identificados tienen correspondencia con la misión del Hospital.

Problemas de Demanda

1. Capacidad resolutive reducida frente a la creciente demanda de pacientes que necesitan mayor requerimiento de especialidades médicas y procedimientos médicos.
2. Demanda quirúrgica insatisfecha.
3. Creciente demanda de los servicios de apoyo al diagnóstico como Patología, Banco de Sangre, Diagnóstico por Imágenes, entre otros.
4. Incremento de la necesidad de atención especializada por enfermedades no transmisibles y degenerativas.
5. Idiosincrasia de la población.

Problemas de Oferta:

1. Infraestructura e instalaciones insuficientes e inadecuadas con poca probabilidad de expansión o crecimiento.
2. Insuficiente número de equipos médicos y mobiliarios.
3. Inadecuada Cultura Organizacional para el logro de objetivos, metas e indicadores trazados.
4. Déficit de sistema informático en red en los procesos de admisión, SIS, consulta externa, hospitalización, farmacia, etc.
5. Insuficiente abastecimiento de medicamentos, materiales e insumos medico quirúrgicos.
6. Alto porcentaje de profesionales de la salud en la modalidad de contrato servicio por terceros y CAS, que no aseguran su permanencia en el Hospital.
7. Insuficiente cobertura de la red informática que permita agilizar procesos de atención
8. Limitado presupuesto no permite solventar los recursos humanos y materiales para una atención de calidad.
9. Inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia.
10. Lentitud en la ejecución de los Procesos de Adquisiciones que generan demora en el abastecimiento de materiales e insumos.
11. Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de equipamiento y equipos de cómputo sin presupuesto suficiente.
12. Inadecuado sistema de incentivos en relación al desempeño laboral.
13. Buen porcentaje de personal nombrado mayor de 45 años de edad poco proactivo y que se actualiza.
14. Insuficiente informatización de procesos tanto administrativos como asistenciales
15. Demora en los procesos logísticos, incumplimiento del plan anual de adquisiciones y contrataciones.



ANALISIS FODA:

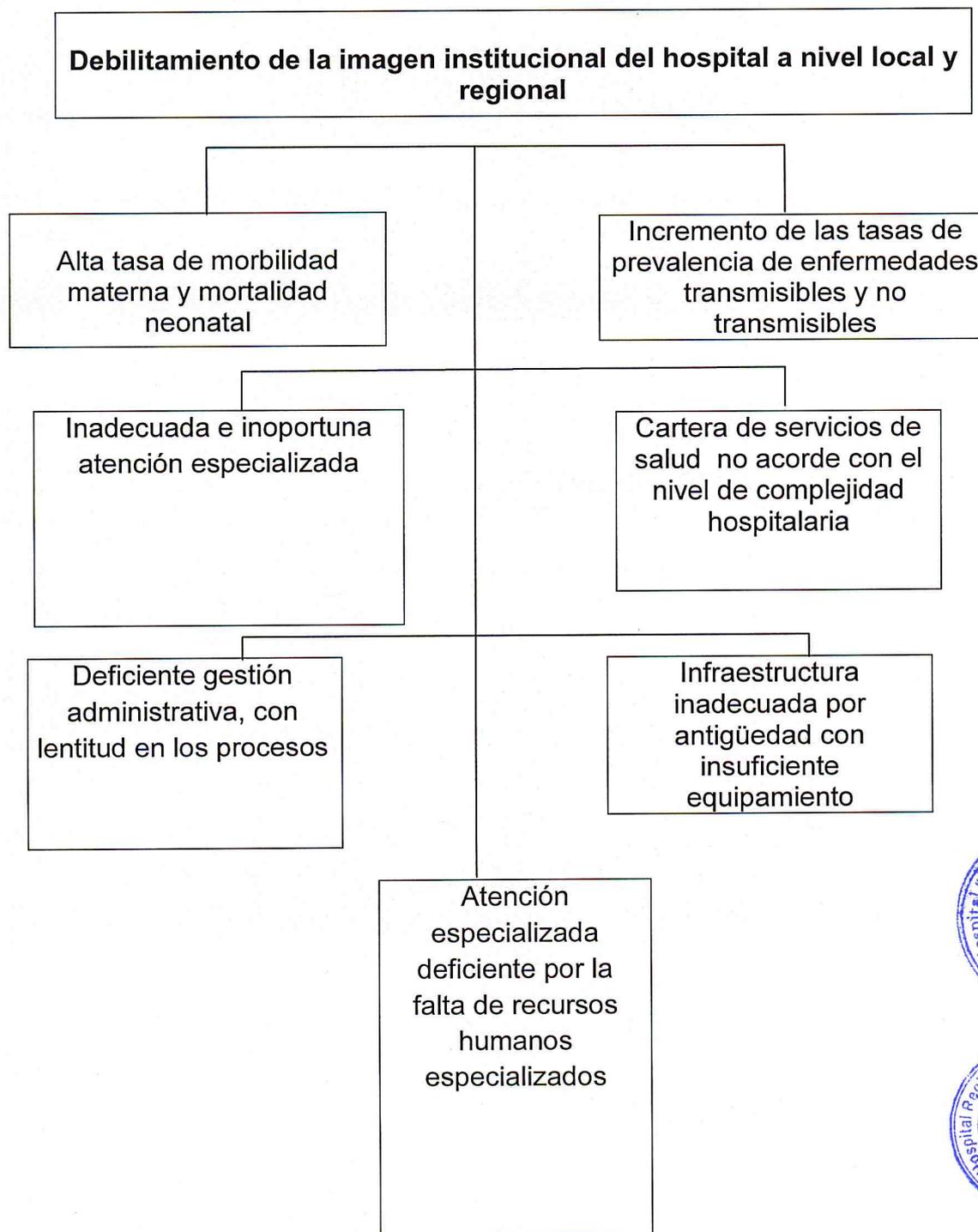
ANALISIS DE HECHOS Y TENDENCIAS AL INTERIOR DE LA ENTIDAD:	
FORTALEZAS	<p>Ubicación estratégica de la institución, para la población del distrito de Abancay y establecimientos del primer nivel.</p> <p>Se ha incrementado la atención de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, financiada por el seguro Integral de Salud, de acuerdo a las Políticas del Sector Salud.</p> <p>Convenios con Universidades y otras instituciones de salud públicas y privadas para docencia en servicio a nivel del pregrado y postgrado: Internos y Residentes.</p> <p>Recursos humanos especializados, comprometidos e identificados con la institución: en los aspectos clínico-quirúrgicos, gestión y administración.</p> <p>Se cuenta con módulo de emergencias Materno Neonatal</p> <p>Implementación progresiva con equipos biomédicos de tecnología acorde a la categoría.</p>
DEBILIDADES	<p>Planta física antigua e insuficiente, sin reserva operativa y con índice de vulnerabilidad alto ante un desastre, con infraestructura inadecuada, equipamiento insuficiente y obsoleto.</p> <p>Oferta de servicios limitada de acuerdo al nivel de complejidad</p> <p>Clima laboral inestable entre los diferentes grupos profesionales de la salud y no profesionales, así como en las unidades administrativas, por el proceso de mejoramiento de los incentivos laborales.</p> <p>Inadecuada sensibilización del personal a fin de que se vaya integrando e identificándose con la visión y misión del hospital.</p> <p>Actualización inadecuada de los documentos de gestión a nivel de procedimientos y protocolos de atención en los servicios.</p> <p>Falta de insumos médicos, con frecuente riesgo de desabastecimiento</p> <p>Inadecuada política de manejo de recursos humanos institucionales, reflejada en la alta rotación del personal e inadecuada distribución de los mismos.</p> <p>No se cuenta con un plan adecuado de capacitación del personal asistencial.</p> <p>Personal desmotivado, sin identificación institucional.</p> <p>Clima organizacional conflictivo</p> <p>Sistema de información gerencial debilitado.</p> <p>Mantenimiento preventivo deficiente de equipo biomédico, maquinarias e instalaciones hospitalarias</p> <p>Manejo inadecuado de medidas de bioseguridad.</p> <p>Capacidad instalada ociosa, en algunas áreas institucionales y grupos ocupacionales determinados.</p> <p>Inestabilidad profesional, debido a los tipos de Contrato.</p> <p>Procesos administrativos deficientes, que es más evidente en los procesos logísticos.</p>



ANALISIS DE HECHOS Y TENDENCIAS AL EXTERIOR DE LA ENTIDAD:	
OPORTUNIDADES	<p>El Aseguramiento Universal en Salud cuenta con mejor financiamiento, y las normas vigentes favorecen el incremento de la demanda y el reembolso de la inversión.</p> <p>Equipos tecnológicos radiológicos de buena calidad existentes en el área de salud y factibilidad de tercerización.</p> <p>Apoyo de organismos públicos y privados a las acciones de salud y capacitación que realiza el hospital.</p> <p>Coordinación multisectorial, con el Gobierno Regional para la resolución de problemas institucionales.</p> <p>Cuenta con convenios con Universidades e Institutos, y otras entidades de nivel local y regional.</p> <p>Proyecto de construcción de nueva infraestructura hospitalaria</p>
AMENAZAS	<p>Contexto Político variable, frecuente cambio de autoridades.</p> <p>Presencia creciente de establecimientos de salud privados.</p> <p>Competencia con establecimientos de salud públicos por captar a usuarios con mayor capacidad adquisitiva que prefieren hacer uso de establecimientos de salud públicos.</p> <p>Presupuesto deficitario asignado al hospital por parte del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas.</p> <p>Incremento de la inseguridad de la población en riesgo (pandillaje, delincuencia, drogadicción, prostitución, etc.)</p>



ARBOL DE PROBLEMAS:



5.2 Tendencias a mediano y largo plazo:

Prioridades Institucionales a mediano plazo:

1. Lograr que se implemente la Atención Integral de Salud a la población, enfatizando la atención al binomio madre-niño.
2. Velar para que se desarrollen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro del ámbito de influencia de nuestra institución.
3. Vigilar y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles dentro de la jurisdicción del hospital.
4. Realizar las acciones necesarias para el desarrollo adecuado de los Recursos Humanos.

Prioridades institucionales a largo plazo:

1. Contribuir a la correcta implementación del Aseguramiento Universal.
2. Mejorar progresivamente el acceso a los servicios de salud.
3. Brindar una atención de calidad.



VI. IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS:

6.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES:

O.E.1.	Contribuir en la reducción de la morbilidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
O.G.2.	Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.
O.E.3.	Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.
O.G.4.	Contribuir a la disminución y control de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la atención oportuna.
O.E.5.	Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación
O.E.6.	Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento, garantizando el funcionamiento hospitalario.
O.E.7.	Fortalecer y homogenizar la información técnica, administrativa, vigilancia sanitaria e investigación, mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones, para brindar servicios con estándares de calidad.
O.E.8.	Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, con una cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.
O.E.9.	Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social

6.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS INSTITUCIONALES	
OEE.1.1.	Reducir la morbilidad materna en el hospital.
O.E.E 1.2	Reducir la mortalidad neonatal en el hospital
O.E.E. 2.1.	Contribuir a la reducción de la morbilidad infantil hospitalaria
O.E.E. 3.1	Contribuir a la disminución de la prevalencia de los enfermedades transmisibles, de intervención prioritaria en la región.
O.E.E .3.2	Contribuir a la disminución de la incidencia de casos de VIH-Sida
O.E.E 3.3	Reducir las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas
O.E.E.4.1	Reducir y controlar la morbilidad por enfermedades no transmisibles
O.E.E.4.2	Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental
O.E.E.4.3.	Reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer
O.E.E. 5.1	Fortalecer la capacidad de oferta de servicios críticos hospitalarios, hospitalización y consultorios externos y mejorar la respuesta oportuna ante urgencias y emergencias medico quirúrgicas.



O.E.E. 5.2 Brindar servicios de salud integral especializados de calidad para la reducción de la incapacidad producida por lesiones en el sistema músculo-esquelético y la recuperación de la salud.
O.E.E. 5.3 Optimizar la oferta de atención Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres ocasionada por factores externos naturales.
O.E.E.6.1.Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos, insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad O.E.E.6.2. Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento.
O.E.E 7.1. Fortalecer la gestión de la tecnología y desarrollar un sistema integrado de información
O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional
O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad
O.E.E.7.4. .Fortalecerla atención de salud en el marco del aseguramiento universal, otorgando prestaciones de servicios de salud con garantía y oportunidad según normativa vigente.
O.E.E.7.5. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital
O.E.E.8.1. Implementar perfiles por puesto
O.E.E.8.2. Implementar normas, perfiles y evaluación de competencias
O.E.E.8.3. Impulsar y desarrollar mejoras en el clima organizacional
O.E.E.8.4.Fortalecer la capacitación del personal de acuerdo a su perfil de puesto
O.E.E.8.5.Fortalecer las acciones en Salud ocupacional
O.E.E.9.1.Mejorar la eficiencia de la gestión en los procedimientos administrativos y logísticos a través de indicadores de gestión

6.3. ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS INSTITUCIONALES	ACCIONES ESTRATEGICAS
O.E.1. Contribuir en la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.	OEE.1.1. Reducir la morbilidad materna en el hospital.	Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención gineco obstétrica.
		Promoción prevención y atención especializada de la salud materna en el hospital
		Fortalecimiento de la calidad de atención materna
	O.E.E 1.2 Reducir la mortalidad neonatal en el hospital	Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención neonatológica
		Promoción prevención y atención especializada del neonato.
		Fortalecimiento de la calidad de atención especializada del neonato.



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

O.E.2. Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.	O.E.E. 2.1. Contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil hospitalaria	Fortalecimiento de la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de IRA, EDA, parasitosis y otros.
O.E.3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E. 3.1 Contribuir a la disminución de la prevalencia de los enfermedades transmisibles, de intervención prioritaria en la región.	Fortalecimiento de competencias del recurso humano en atención integral de salud de TBC.
		Optimización de la adecuada aplicación de las medidas y procesos de bioseguridad en todos los servicios.
	Promoción, prevención y atención especializada de la salud de TBC	
O.E.3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E .3.2 Contribuir a la disminución de la incidencia de casos de VIH-Sida	Fortalecimiento de competencias del recurso humano en atención integral de salud de VIH/SIDA
		Equipamiento y dotación de insumos de acuerdo a las necesidades de servicio.
	Promoción, prevención y atención especializada de la salud de VIH/SIDA	
O.E.3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E 3.3 Reducir las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas	Fortalecimiento de capacidades del RR HH e implementación del servicio de patología clínica.
		Atención recuperativa y notificación oportuna de casos de enfermedades metaxénicas y zoonóticas
O.E.4. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E.4.1 Reducir y controlar la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles	Intervención oportuna en el diagnóstico de pacientes con daños crónico degenerativa.
		Tratamiento y control de de pacientes con enfermedades no transmisibles
	O.E.E.4.2 Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental	Fortalecimiento en la detección, consejería, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos en Salud mental.
O.E.4. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E.4.3. Reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer	Implementación de metodologías para marcadores tumorales
	O.E.5. Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación	O.E.E. 5.1 Fortalecer la capacidad de oferta de servicios críticos hospitalarios, hospitalización y consultorios externos y mejorar la respuesta oportuna ante urgencias y emergencias medico quirúrgicas.
Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención de urgencias y emergencias medicas		
Asistencia oportuna con equipos e insumos para brindar atención adecuada.		
O.E.5. Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación	O.E.E. 5.2 Brindar servicios de salud integral especializados de calidad para la reducción de la incapacidad producida por lesiones en el sistema músculo-esquelético y la recuperación de la salud.	Mejora de las condiciones de acceso a centro quirúrgico y unidad de cuidados intensivos
		Fortalecimiento del sistema de atención especializada a personas con discapacidad física, mental y sensorial.



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

	O.E.E. 5.3 Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres ocasionada por factores externos naturales.	Fortalecimiento de capacidades en manejo de desastres e implementación de acciones de gestión de riesgo de desastres a nivel institucional Fortalecimiento de las condiciones básicas de saneamiento de la infraestructura hospitalaria.
O.E.6.Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento, garantizando el funcionamiento hospitalario.	O.E.E.6.1.Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos, insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad	Abastecimiento oportuno de productos farmacéuticos, medico quirúrgicos y odontológicos. Capacitación en uso racional de medicamentos al personal de salud
	O.E.E.6.2. Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento.	Fortalecimiento de la capacidad diagnostica a nivel hospitalario que garantiza la continuidad de la atención.
O.E.7. Fortalecer y homogenizar la información técnica, administrativa, vigilancia sanitaria e investigación, mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones, para brindar servicios con estándares de calidad.	O.E.E.7.1. Fortalecer la gestión de la tecnología y desarrollar un sistema integrado de información	Implementación de tecnologías de información hospitalaria confiable , oportuna y segura.
	O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional	Fortalecimiento de la organización como sede docente institucional en todas sus competencias.
		Acciones de convenios y cooperación científica nacional
		Promover la investigación científica institucional con énfasis en procesos de atención en patologías prevalentes
	O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad	Formulación e implementación de planes de gestión de la calidad
Implementación de la Gestión por procesos		
Aplicación del proceso de la Autoevaluación para la acreditación		
Monitoreo del nivel de satisfacción del usuario interno y externo.		
O.E.E.7.4. Fortalecer la atención de salud en el marco del aseguramiento universal, otorgando prestaciones de servicios de salud con garantía y oportunidad según normativa vigente.	Fortalecimiento de las atenciones de SIS en los servicios hospitalarios	
	Optimización de auditorías, supervisiones y monitoreo para incrementar los reembolsos	
	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia con oportunidad y pertinencia	
O.E.E.7.5. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital	Formalización del Plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital	
	Priorización de equipamiento biomédico y electromecánico por reemplazo en el marco de la modernización y avance tecnológico.	



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

O.E.8. Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, con una cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.	O.E.E.8.1. Implementar perfiles por puesto	Incorporación y distribución equitativa de los recursos humanos según perfiles de competencia y desempeño laboral.
	O.E.E.8.2. Implementar normas, perfiles y evaluación de competencias	Implementación de políticas e incentivos de reconocimiento al trabajo.
	O.E.E.8.3. Impulsar y desarrollar mejoras en el clima organizacional	Implementación de encuestas al trabajador sobre clima organizacional.
	O.E.E.8.4. Fortalecer la capacitación del personal de acuerdo a su perfil de puesto	Implementación del plan anual de capacitaciones
	O.E.E.8.5. Fortalecer las acciones en Salud ocupacional	Atención preventiva y recuperativa al trabajador y su familia.
OE.9. Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social	O.E.E.9.1. Mejorar la eficiencia de la gestión en los procedimientos administrativos y logísticos a través de indicadores de gestión	Desarrollo de gestión por resultados.
		Fortalecimiento de la integración de las unidades orgánicas institucionales para adecuada planificación y conducción estratégica
		Mejoramiento de los procesos logísticos y evaluación técnica de adquisiciones.



4

VII. MATRIZ DE MARCO LOGICO:

7.1 OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y ACCIONES ESTRATEGICAS:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL GOBIERNO REGIONAL	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	ACCIONES ESTRATEGICAS PROPUESTAS
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE1. Fortalecer la atención integral de salud que contribuya a la reducción de la morbilidad materna neonatal e infantil.	OEE.1.1. Contribuir a la reducción de la morbilidad materna hospitalaria	Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención gineco obstétrica. Promoción prevención y atención especializada de la salud materna en el hospital Fortalecimiento de la calidad de atención materna
		OEE.1.2 Contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal e infantil hospitalaria	Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención neonatológica Promoción prevención y atención especializada del neonato. Fortalecimiento de la calidad de atención especializada del neonato. Fortalecimiento de la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de IRA, EDA, parasitosis y otros.
		OEE 2.1 Contribuir a la disminución de la prevalencia de los enfermedades transmisibles, de intervención prioritaria en la región.	Fortalecimiento de competencias del recurso humano en atención integral de salud de TBC. Optimización de la adecuada aplicación de las medidas y procesos de bioseguridad en todos los servicios. Promoción, prevención y atención especializada de la salud de TBC
		OEE 2.2 Contribuir a la disminución de la incidencia de casos de VIH-Sida	Fortalecimiento de competencias del recurso humano en atención integral de salud de VIH/SIDA Equipamiento y dotación de insumos de acuerdo a las necesidades de servicio. Promoción, prevención y atención especializada de la salud de VIH/SIDA
		OEE 2.3 Reducir las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas	Fortalecimiento de capacidades del RR HH e implementación del servicio de patología clínica. Atención recuperativa y notificación oportuna de casos de enfermedades metaxénicas y zoonóticas
		OEE.2.4 Reducir y controlar la morbilidad por enfermedades no transmisibles	Intervención oportuna en el diagnóstico de pacientes con daños crónico degenerativa. Tratamiento y control de de pacientes con enfermedades no transmisibles
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE2. Fortalecer la atención integral de salud que contribuya a la reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.	OEE.2.5 Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental	Fortalecimiento en la detección, consejería, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos en Salud mental.
		OEE.2.6 Reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por	Implementación de metodologías para marcadores tumorales



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

		cáncer	Promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico y referencia oportuna a niveles de mayor complejidad.
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE3. Fortalecer la organización institucional para la mejora del acceso al sistema de salud, reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores internos y externos	OEE. 3.1 Fortalecer la capacidad de oferta de servicios críticos hospitalarios, hospitalización y consultorios externos y mejorar la respuesta oportuna ante urgencias y emergencias médico quirúrgicas.	Adecuada disponibilidad de recurso humano especialista y capacitado para atención adecuada Fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en atención de urgencias y emergencias médicas Asistencia oportuna con equipos e insumos para brindar atención adecuada. Mejora de las condiciones de acceso a centro quirúrgico y unidad de cuidados intensivos
		OEE. 3.2 Brindar servicios de salud integral especializados de calidad para la reducción de la incapacidad producida por lesiones en el sistema músculo-esquelético y la recuperación de la salud.	Fortalecimiento del sistema de atención especializada a personas con discapacidad física, mental y sensorial.
		OEE 3.3 Optimizar la oferta de atención Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres ocasionada por factores externos naturales.	Fortalecimiento de capacidades en manejo de desastres e implementación de acciones de gestión de riesgo de desastres a nivel institucional Fortalecimiento de las condiciones básicas de saneamiento de la infraestructura hospitalaria.
OEI 10 Promover las medidas de mitigación y adaptación al Cambio Climático, desarrollando sus capacidades y mecanismos eficientes para el planeamiento y la gestión territorial con un adecuado manejo de riesgos y adaptada a los cambios climáticos.			
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE4. Mejorar la oferta del servicio de salud mediante el uso racional del presupuesto y garantizando la continuidad de la atención hospitalaria.	OEE4.1. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos, insumos médico quirúrgicos y odontológicos de calidad	Abastecimiento oportuno de productos farmacéuticos, médico quirúrgicos y odontológicos. Capacitación en uso racional de medicamentos al personal de salud
		OEE4.2. Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento.	Fortalecimiento de la capacidad diagnóstica a nivel hospitalario que garantiza la continuidad de la atención.
OEI 12 Mejorar la capacidad de gestión del Gobierno Regional mediante la modernización de la administración Pública, la capacitación de los servidores estatales y la revaloración de la carrera pública.	OE5. Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, dentro de un clima laboral con cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.	OEE5.1. Implementar perfiles por puesto	Incorporación y distribución equitativa de los recursos humanos según perfiles de competencia y desempeño laboral.
		OEE 5.2. Implementar normas, perfiles y evaluación de competencias	Implementación de políticas, e incentivos de reconocimiento al trabajo.
		OEE 5.3 Impulsar y desarrollar mejoras en el clima organizacional	Implementación de encuestas al trabajador sobre clima organizacional.
		OEE 4.4 Fortalecer la capacitación del personal de acuerdo a su perfil de puesto	Implementación del plan anual de capacitaciones



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

		OEE5.5 Fortalecer las acciones en Salud ocupacional	Atención preventiva y recuperativa al trabajador y su familia.
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE6. Fortalecer y homogenizar la información sanitaria y técnica administrativa mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones.	OEE 6.1 Fortalecer la gestión de la tecnología y desarrollar un sistema integrado de información	Implementación de tecnologías de información hospitalaria confiable, oportuna y segura.
OEI 12 Mejorar la capacidad de gestión del Gobierno Regional mediante la modernización de la administración Pública, la capacitación de los servidores estatales y la revaloración de la carrera pública.	OE7. Fortalecer las acciones de docencia e investigación biomédica y gestión de la salud.	OEE.7. 1 Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional	Fortalecimiento de la organización como sede docente institucional en todas sus competencias.
			Acciones de convenios y cooperación científica nacional
			Promover la investigación científica institucional con énfasis en procesos de atención en patologías prevalentes
OEI 1 Garantizar el acceso universal a la población de Apurímac a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud.	OE.8. Fortalecer el acceso a los servicios de salud con calidad mejorando la Infraestructura, Equipamiento y tecnologías sanitarias existentes.	OEE 8.1. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad	Formulación e implementación de planes de gestión de la calidad
			Implementación de la Gestión por procesos
			Aplicación del proceso de la Autoevaluación para la acreditación
			Monitoreo del nivel de satisfacción del usuario interno y externo.
		OEE 8.2. Fortalecer la atención de salud en el marco del aseguramiento universal, otorgando prestaciones de servicios de salud con garantía y oportunidad según normativa vigente.	Fortalecimiento de las atenciones del SIS en los servicios hospitalarios
		OEE 8.3. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital	Optimización de auditorías, supervisiones y monitoreo para incrementar los reembolsos
OEI 5 Gestionar suficiente y adecuada infraestructura económica y social regional de uso público, a fin de lograr una ocupación equilibrada del territorio y la competitividad de las actividades productivas.	OE.9. Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social	OEE9.1. Mejorar la eficiencia de la gestión en los procedimientos administrativos y logísticos a través de indicadores de gestión	Fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia con oportunidad y pertinencia
			Formalización del Plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital
			Priorización de equipamiento biomédico y electromecánico por reemplazo en el marco de la modernización y avance tecnológico.
			Desarrollo de gestión por resultados.
			Fortalecimiento de la integración de las unidades orgánicas institucionales para adecuada planificación y conducción estratégica
			Mejoramiento de los procesos logísticos y evaluación técnica de adquisiciones.



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

7.2. MATRIZ DE OBJETIVOS E INDICADORES:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES	OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS INSTITUCIONALES	INDICADOR	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	LINEA DE BASE	META AL 2018	ORGANO RESPONSABLE
O.E.1. Contribuir en la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.	OEE.1.1. Reducir la morbilidad materna en el hospital.	Razón Anual de Mortalidad Materna	Nº de muertes maternas / recién nacidos vivos x 100,000	Anual	0.0%	0	Dpto de Gineco Obstetricia
	O.E.1.2 Reducir la mortalidad neonatal en el hospital	Tasa de Mortalidad Hospitalaria Neonatal	Número de defunciones de niños de menos de 28 días de edad en la población atendida en el Hospital en un periodo x 100 / Número de nacidos vivos registrados en la población atendida en el Hospital en el mismo periodo	Anual	10.0%	2%	Servicio de Neonatología
O.E.2. Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.	O.E.E. 2.1. Contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil hospitalaria	Porcentaje de complicaciones por IRA en menores de 5 años	Nº de IRAS complicadas en menores de 5 años hospitalizados/Total de menores de 5 años con Dx de IRA x 100	Anual	13.0%	8%	Dpto de Pediatría
		Porcentaje de complicaciones por EDA en menores de 5 años	Nº de EDAS complicadas en menores de 5 años hospitalizados/Total de menores de 5 años con Dx de EDAS x 100	Anual	24.0%	15%	Dpto de Pediatría
O.E.3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.	O.E.E. 3.1 Contribuir a la disminución de la prevalencia de los enfermedades transmisibles, de intervención prioritaria en la región.	Porcentaje de Niños de 6 a 36 meses con anemia	Número de casos de niños de 6 a 36 meses con anemia x100 / Número total de casos programados.	Anual	85.0%	70%	Dpto de Pediatría
		Proporción de sintomáticos respiratorios identificados en sintomáticos respiratorios identificados en personas mayores de 15 años	Nº de sintomáticos respiratorios examinados en un periodo x 100 / N° total de atenciones a personas > de 15 años en el mismo periodo	Anual	2.1%	1.4%	Estrategia TBC
	O.E.E. 3.2 Contribuir a la disminución de la incidencia de casos de VIH-Sida	Porcentaje de abandonos en TARGA en el primer año	Nº de abandonos en TARGA/ Nº de pacientes que inician TARGA en primer año x 100	Anual	3.0%	1%	Estrategia ITS/VIH



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

Productividad hora medico	Nº de atenciones médicas realizadas / Número de horas medico programadas	Anual	3.4	4	Consultorio externo
Mortalidad neta de pacientes que ingresan por emergencia	Nº de fallecidos dentro de las 48 horas de ingreso por emergencia / Total de pacientes que ingresan por emergencia	Anual	8.6%	6%	Emergencia
Tasa de mortalidad bruta en UCIG	Nº de fallecidos en UCIG en un periodo x 100 / Nº de egresos de UCIG en el mismo periodo	Anual	25.0%	20%	UCI
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	Nº de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un periodo x 100 / Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo	Anual	0.7%	0.2%	Centro Quirúrgico
Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	Nº de egresos por defunción hospitalaria / Nº total de egresos x 100	Anual	0.4%	0.2%	Hospitalización
Tasa de reingresos	Nº de reingresos del hospital del servicio en un periodo x 100 / Nº de egresos hospitalarios en el mismo periodo	Anual	S.D.	0.2%	Hospitalización
Pacientes con discapacidad recuperados	Nº de pacientes integrados en un periodo x 100 / Nº de pacientes atendidos en el mismo periodo	Anual	35.0%	43%	Servicio de Medicina Física
Porcentaje de documentos de gestión para la prevención de desastres en salud	Nº de informes sobre planes , proyectos y otros documentos con enfoque de gestión de riesgo de desastres en salud formulados x 100 / Nº de informes programados en un periodo	Anual	S.D.	62%	PP Reducción de la Vulnerabilidad
Establecimiento seguro ante emergencias	Índice de seguridad hospitalaria	Anual	1	1	Oficina de Servicios generales y de mantenimiento

O.E. 5.1. Fortalecer la capacidad de oferta de servicios críticos hospitalarios, hospitalización y consultorios externos y mejorar la respuesta oportuna ante urgencias y emergencias medico quirúrgicas.

O.E.5. Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación

O.E. 5.2 Brindar servicios de salud integral especializados de calidad para la reducción de la incapacidad producida por lesiones en el sistema músculo-esquelético y la recuperación de la salud.

O.E. 5.3 Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres ocasionada por factores externos naturales.



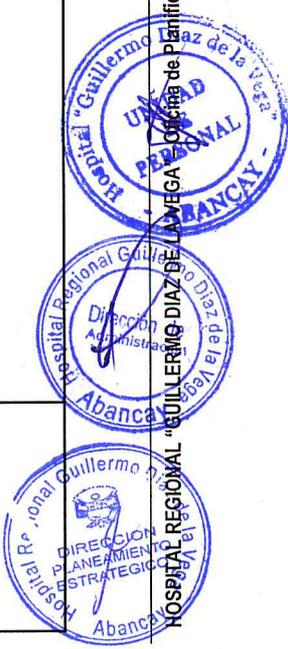
PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

<p>O.E.6.Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento, garantizando el funcionamiento hospitalario.</p>	<p>O.E.E.6.1.Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos, insumos medico quirúrgicos y odontológicos de calidad</p>	<p>Porcentaje de normo stock de medicamentos</p>	<p>Nº de medicamentos con stock mayor a dos meses y menos a seis meses del promedio mensual ajustado / Nº total de medicamentos en stock x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>64.8%</p>	<p>85%</p>	<p>Farmacia</p>
		<p>Porcentaje de medicamentos no atendidos</p>	<p>Número de recetas parcialmente no atendidos en un periodo x 100 / N de total de recetas presentados en farmacia en el mismo periodo</p>	<p>Anual</p>	<p>3.7%</p>	<p>1.50%</p>	<p>Farmacia</p>
		<p>Porcentaje de normo stock de medicamentos</p>	<p>Nº de medicamentos con stock mayor a dos meses y menos a seis meses del promedio mensual ajustado / Nº total de medicamentos en stock x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>64.8%</p>	<p>85%</p>	<p>Farmacia</p>
		<p>Porcentaje de medicamentos no atendidos</p>	<p>Número de recetas parcialmente no atendidos en un periodo x 100 / N de total de recetas presentados en farmacia en el mismo periodo</p>	<p>Anual</p>	<p>3.7%</p>	<p>1.50%</p>	<p>Farmacia</p>
	<p>O.E.E.6.2. Optimizar la capacidad resolutive y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento.</p>	<p>Porcentaje de exámenes de laboratorio Atendidos</p>	<p>Exámenes laboratoriales atendidos en un periodo x 100 / Total de exámenes laboratoriales solicitados</p>	<p>Anual</p>	<p>77.3%</p>	<p>90%</p>	<p>Servicio de Patología Clínica</p>
		<p>Porcentaje de exámenes de radiológicos Atendidos</p>	<p>Nº de exámenes radiológicos+ ecografía atendidos en un periodo x 100 / Nº total de exámenes solicitados</p>	<p>Anual</p>	<p>62.0%</p>	<p>90%</p>	<p>Servicio de Imagenología</p>
		<p>Porcentaje de uso apropiado de unidades fraccionadas</p>	<p>Nº de unidades transfundidas según fracción en un periodo x 100/ N de donantes aptos en el mismo periodo</p>	<p>Anual</p>	<p>73.0%</p>	<p>85%</p>	<p>Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre</p>
		<p>Porcentaje de cumplimiento de solicitudes de esterilización en 24 horas según método utilizado</p>	<p>Nº de paquetes esterilizados según método / Nº de paquetes recibidos x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>92.0%</p>	<p>100%</p>	<p>Servicio de central de esterilización</p>



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

<p>O.E.7. Fortalecer y homogenizar la información técnica, administrativa, vigilancia sanitaria e investigación, mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones, para brindar servicios con estándares de calidad.</p>	<p>O.E.E.7.1. Fortalecer la gestión de la tecnología y desarrollar un sistema integrado de información</p>	<p>Supervisión de la atención alimentaria al paciente hospitalizado</p>	<p>Nº de supervisiones alimentarias realizadas x 100 / supervisiones alimentarias</p>	<p>Anual</p>	<p>38.0%</p>	<p>60%</p>	<p>Servicio de Nutrición</p>
<p>O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional</p>	<p>Sistemas Integrados</p>	<p>Nº de sistemas de software integrado / Total de necesario de software x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>20.0%</p>	<p>80%</p>	<p>Oficina de Estadística</p>	
<p>O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Investigación y Comunicación de Brotes Intrahospitalarios</p>	<p>Nº de brotes intrahospitalarios identificados investigados/ Nº de brotes identificados x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>80.0%</p>	<p>90%</p>	<p>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	
<p>O.E.E.7.1. Fortalecer la gestión de la tecnología y desarrollar un sistema integrado de información</p>	<p>Indicador de Calidad de la Data de Vigilancia Epidemiológica</p>	<p>Nº total de fichas con control de calidad notificadas / Total de fichas notificadas x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>50.0%</p>	<p>90%</p>	<p>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	
<p>O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional</p>	<p>Normas de bioseguridad</p>	<p>Nº de trabajadores que cumplen con la norma de lavado de manos / Nº total de trabajadores evaluados x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>55.0%</p>	<p>70%</p>	<p>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	
<p>O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Tasa de infecciones intrahospitalarias</p>	<p>Nº de infecciones intrahospitalarias / Nº de expuestos al factor de riesgo</p>	<p>Anual</p>	<p>0.13%</p>	<p>0.0%</p>	<p>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	
<p>O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional</p>	<p>Saneamiento hospitalario</p>	<p>Nº de servicios que cumplen segregación correcta de residuos sólidos / Nº deservicios evaluados</p>	<p>Anual</p>	<p>60.0%</p>	<p>85%</p>	<p>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	
<p>O.E.E.7.2. Impulsar acciones de investigación en función de las prioridades sanitarias regionales y la enseñanza especializada regional</p>	<p>Porcentaje de convenios realizados</p>	<p>Nº de convenios suscritos X 100 / Total de convenios de convenios peticionados</p>	<p>Anual</p>	<p>85.0%</p>	<p>95%</p>	<p>Unidad de docencia e investigación</p>	
<p>O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Porcentaje de investigaciones realizadas</p>	<p>Nº de investigaciones culminadas x 100 / Total de investigaciones presentadas</p>	<p>Anual</p>	<p>SIN DATO</p>	<p>45%</p>	<p>Unidad de docencia e investigación</p>	
<p>O.E.E.7.3. Fortalecer el Sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Satisfacción de Usuario en consulta externa</p>	<p>Nº de usuarios externos insatisfechos encuestados que acuden a consulta externa / Total de usuarios externos encuestados que acuden a consulta externa x 100</p>	<p>Anual</p>	<p>20.0%</p>	<p>60%</p>	<p>Oficina de calidad</p>	



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

	Satisfacción de Usuario en hospitalización	Nº de usuarios externos insatisfechos encuestados que acuden a hospitalización / Total de usuarios externos encuestados que acuden a Hospitalización x 100	Anual	35.0%	70%	Oficina de calidad
	Insatisfacción de Usuario en emergencia	Nº de usuarios externos insatisfechos encuestados que acuden a emergencia / Total de usuarios externos encuestados que acuden a emergencia x 100	Anual	55.0%	75%	Oficina de calidad
	Porcentaje de Autoevaluación alcanzado en relación al estándar de acreditación.	Nº de UPSS con macro procesos cumplidos en relación a estándar de acreditación / Nº de UPPSSX100	Anual	46.0%	70%	Oficina de calidad
	Satisfacción de usuario interno	Nº de usuario interno satisfecho x100/ total de trabajadores.	Anual	48.0%	70%	Oficina de calidad
	Porcentaje de pacientes con tiempo de espera menores a 01 hora en consulta externa.	Tiempo promedio de espera del usuario para la atención en consulta externa.	Anual	146 minutos	90 min	Oficina de calidad
	O.E.E.7.4. Fortalecer la atención de salud en el marco del aseguramiento universal, otorgando prestaciones de servicios de salud con garantía y oportunidad según normativa vigente.	Nº de pacientes atendidos por AUS / Nº total de pacientes atendidos x 100	Anual	88.0%	93%	Unidad de seguros
	O.E.E.7.5. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, equipamiento biomédico y electromecánico del hospital	Nº de contra referencias recibidas x 100 / Nº total de referencias realizadas	Anual	72.0%	80%	Unidad de seguros
	O.E.E.8. Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del	Nº de equipos operativos / total de equipos x 100	Anual	78.0%	90%	Unidad de Mantenimiento
	O.E.E.8.1. Implementar perfiles por puesto	Nº de perfiles de puesto definidos x 100 / Nº total de personal administrativo en el mismo periodo	Anual	S.D.	35%	Oficina de Personal



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

hospital, con una cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.	O.E.E.8.2. Implementar normas, perfiles y evaluación de competencias	Porcentaje de normas, perfiles y evaluaciones por competencias del equipo básico	N° de normas perfiles y evaluaciones por competencias en un periodo x 100 / Total de trabajadores asistenciales en el mismo periodo	Anual	S.D.	35%	Oficina de Personal
	O.E.E.8.3. Impulsar y desarrollar mejoras en el clima organizacional	Porcentaje de clima laboral obtenido mediante el aplicativo para el procesamiento de encuesta para el estudio de clima organizacional	Aplicativo para el procesamiento de encuestas	Anual	S.D.	Obtener un Porcentaje en el Estudio del Clima Organizacional Saludable: >18%	Oficina de calidad
	O.E.E.8.4. Fortalecer la capacitación del personal de acuerdo a su perfil de puesto	Porcentaje de trabajadores capacitados	N° de trabajadores capacitados en habilidades sociales x 100 / N° Total de trabajadores del hospital	Anual	S.D.	20%	Oficina de calidad
	O.E.E.8.5. Fortalecer las acciones en Salud ocupacional	Porcentaje de Trabajadores con diagnóstico de SMP controlados	N° de personas fortalecidas en sus competencias laborales x 100 / Total de personas con necesidad de capacitación	Anual	30.0%	Incrementar el Porcentaje de personal capacitado al 40%	Oficina de Personal
	O.E.E.9. Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el personal, con enfoque de	Porcentaje de cumplimiento de plan operativo del hospital	Número total de trabajadores con diagnóstico de SMP controlados por el programa X 100 / total de trabajadores diagnosticados con SMP	Anual	48.0%	70%	Salud ocupacional
	O.E.E.9.1. Mejorar la eficiencia de la gestión en los procedimientos administrativos y logísticos a través de indicadores de gestión	Porcentaje de cumplimiento de plan operativo del hospital	Operativo institucional ejecutadas x100 / porcentaje de acciones programadas en el Plan Operativo Institucional	Anual	80.0%	90%	Oficina de Planeamiento Estratégico
		Porcentaje de cumplimiento de Plan Anual de adquisiciones	N° de procesos de adquisiciones ejecutados x 100 / Total de procesos programados	Anual	85.0%	100%	Unidad de Logística



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

resultados en el marco de la modernización e inclusión social	Porcentaje de prestaciones pre liquidadas con aseguradoras privadas	Nº de expedientes remitidos preliquidados en un periodo x 100 / Nº de atenciones realizadas en el mismo periodo	Anual	85.0%	100%	Unidad de Seguros
	Porcentajes de recursos asignados	recursos asignados x 100 / total de recursos requeridos del hospital	Anual	61.0%	80%	Oficina de Planeamiento Estratégico
	Porcentaje de documentos de gestión aprobados y vigentes	Nº de documentos de gestión aprobados y actualizados (ROF, CAP; MOF; MAPRO; TUPA) / Nº total de documentos de gestión (ROF, CAP; MOF; MAPRO; TUPA) x100	Anual	70.0%	100%	Departamentos y Oficinas



7.3 PRESUPUESTO REQUERIDO:

RECURSOS FINANCIEROS 2015 - 2018				
OBJETIVOS ESTRATEGICOS HGDV	2015	2016	2017	2018
O.E.1. Contribuir en la reducción de la morbilidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.	3,931,284.00	4,324,412.40	4,756,853.64	5,232,539.00
O.E.2. Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, mediante una atención integral de salud.	1,297,198.38	1,426,918.22	1,569,610.04	1,726,571.04
O.E.3. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas, fortaleciendo la atención oportuna.	802,996.00	883,295.60	971,625.16	1,068,787.68
O.E.4. Contribuir a la disminución y control de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la atención oportuna.	413,800.00	455,180.00	500,698.00	550,767.80
O.E.5. Contribuir a la reducción de los daños y/o lesiones contra la salud, con énfasis en atención de la salud en forma integral ambulatoria y hospitalaria sin discriminación	4,885,613.00	5,374,174.30	5,911,591.73	6,502,750.90
O.E.6. Optimizar la capacidad resolutoria y ampliar la oferta de los servicios de apoyo y de ayuda al tratamiento, garantizando el funcionamiento hospitalario.	1,064,081.00	1,170,489.10	1,287,538.01	1,416,291.81
O.E.7. Fortalecer y homogenizar la información técnica, administrativa, vigilancia sanitaria e investigación, mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones, para brindar servicios con estándares de calidad.	284,057.50	312,463.25	343,709.58	378,080.53



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2015 – 2018

O.E.8. Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, con una cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.	14,565,200.00	16,021,720.00	17,623,892.00	19,386,281.20
OE.9. Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social	307,948.50	338,743.35	372,617.69	409,879.45
TOTAL	27,552,178.38	30,307,396.22	33,338,135.84	36,671,949.42



**MATRIZ DE MARCO LOGICO: PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2015 - 2017**

	2015	2016	2017
OE1. Fortalecer la atención integral de salud que contribuya a la reducción de la morbilidad materno neonatal e infantil.	5,228,482.38	5,751,330.62	6,326,463.68
OE2. Fortalecer la atención integral de salud que contribuya a la reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.	1,216,796.00	1,338,475.60	1,472,323.16
OE3. Fortalecer la organización institucional para la mejora del acceso al sistema de salud, reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores internos y externos	4,885,613.00	5,374,174.30	5,911,591.73
OE4. Mejorar la oferta del servicio de salud mediante el uso racional del presupuesto y garantizando la continuidad de la atención hospitalaria.	307,948.50	338,743.35	372,617.69
OE5. Desarrollar, fortalecer y consolidar las competencias del recurso humano del hospital, dentro de un clima laboral con cultura organizacional basada en nuestra misión, visión y valores institucionales.	14,565,200.00	16,021,720.00	17,623,892.00
OE6. Fortalecer y homogenizar la información sanitaria y técnica administrativa mediante un sistema integrado, para el manejo automatizado de datos e información, que permita una adecuada toma de decisiones.	284,057.00	312,462.70	343,708.97
OE7. Fortalecer las acciones de docencia e investigación biomédica y gestión de la salud.	206,351.50	226,986.65	249,685.32
OE.8. Fortalecer el acceso a los servicios de salud con calidad mejorando la Infraestructura, Equipamiento y tecnologías sanitarias existentes.	549,781.50	604,759.65	665,235.62
OE.9. Fortalecer los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional implementado por el estado, con enfoque de resultados en el marco de la modernización e inclusión social	307,948.50	338,743.35	372,617.69



VIII. ANEXOS

GLOSARIO

Acción Estratégica

Conjunto de actividades ordenadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico y que involucran el uso de recursos. Asimismo, cuentan con unidad de medida y meta física determinada. Permiten articular de manera coherente e integrada con otras acciones estratégicas el logro de los objetivos estratégicos.

Actividad

Es el conjunto de acciones necesarias para el logro de una acción estratégica.

Actor

Son las organizaciones claves, expertos y sociedad en general, vinculados por la temática o territorio a un proceso de planeamiento estratégico. Se entiende por:

- a) Organizaciones claves: a aquellas con intereses políticos, económicos, sociales, académicos u otros en el sector territorio.
- b) Sociedad en general: al nivel más abierto de participación de la sociedad, desde el individuo mismo y sin necesidad de demostrar pertenencia a alguna organización social.
- c) Expertos: a los individuos con amplio conocimiento y experiencia en una temática de interés para el sector territorio.

Articulación de Planes Estratégicos

Es el análisis mediante el cual se asegura que los objetivos estratégicos y sus correspondientes indicadores y metas, identificados en los diferentes procesos de planeamiento estratégico, sean coherentes entre sí, no se contradigan y contribuyan al logro de los objetivos estratégicos establecidos en el sector o territorio, así como en el PEDN.

Escenario

Es la descripción de una situación futura. Se construye sobre el conjunto de las variables estratégicas y refleja un comportamiento futuro de las mismas, permitiendo reconocer los riesgos y oportunidades.

Escenario Apuesta

Es el escenario que el sector o territorio decide construir a futuro y es determinado sobre los escenarios elaborados en la Fase de Análisis Prospectivo de acuerdo al periodo del plan estratégico que corresponda. Este escenario constituye la base de la Visión del sector o territorio. El Escenario Apuesta nos acerca hacia el Escenario Óptimo teniendo en cuenta el horizonte temporal establecido.

Escenario Exploratorio

Son posibles modificaciones en el comportamiento de algunas de las variables estratégicas que generan cambios significativos en el futuro, diferentes a los previstos en el Escenario Tendencial.

Escenario Óptimo

Es el mejor estado posible de futuro de cada variable estratégica frente al cual puede compararse cualquier situación pasada, presente o futura.

Escenario Tendencial

Es el escenario de futuro que refleja el comportamiento de las variables estratégicas, respetando la continuidad de su patrón histórico.



Fase de Análisis Prospectivo

Fase del proceso de planeamiento estratégico en la cual se diseña el modelo conceptual para comprender el temade estudio, se identifican tendencias, se seleccionan variables, se construyen escenarios de futuro y se analizan riesgos y oportunidades.

Fase Estratégica

Fase del proceso de planeamiento estratégico en la cual se construye el Escenario Apuesta, se formula la Visión, los objetivos estratégicos, los indicadores y metas, se identifican las acciones estratégicas y la correspondiente ruta estratégica. En esta fase se produce la articulación de objetivos con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional- PEDN.

Fase Institucional

Fase del proceso de planeamiento estratégico que realizan todas las entidades de la Administración Pública, en la cual se determina la misión institucional, los objetivos estratégicos institucionales con sus correspondientes indicadores y metas; asimismo, se identifican las acciones estratégicas institucionales y se construye una ruta estratégica institucional. Se desagrega las acciones estratégicas en actividades que aseguran su ejecución y se vincula con el Sistema de Presupuesto Público. En esta fase se articulan los objetivos estratégicos sectoriales o territoriales con los respectivos objetivos estratégicos institucionales.

Fase de Seguimiento

Fase del proceso de planeamiento estratégico mediante la cual se realiza el seguimiento continuo a las metas con el fin de retroalimentar el proceso de planeamiento estratégico para el logro de los objetivos estratégicos.

Competencia Compartida

Son aquellas competencias en las que intervienen dos o más niveles de gobierno y comparten fases sucesivas de los procesos implicados en la provisión de servicios.

Competencia Exclusiva

Son aquellas competencias cuyo ejercicio corresponde de manera exclusiva a cada nivel de gobierno conforme a la Constitución y las leyes.

Indicador

Es un enunciado que permite medir el estado de cumplimiento de un objetivo, facilitando su seguimiento.

Meta

Es el valor proyectado del indicador para hacer el seguimiento al logro de los objetivos estratégicos.

Misión

Define la razón de ser de la entidad en el marco de las competencias y funciones establecidas en su ley de creación; y de acuerdo a los criterios de la modernización del Estado.

Modelo Conceptual

Estructura sistemática que representa el estado del conocimiento con relación a un tema, asimismo, identifica los componentes que lo integran, y los factores que influyen en ellos.

Objetivo Estratégico

Es la descripción del propósito a ser alcanzado, que es medido a través de indicadores y sus correspondientes metas, las cuales se establecen de acuerdo al periodo del plan estratégico. El objetivo estratégico está compuesto por el propósito, los indicadores y las metas.



Objetivo Nacional

Es la descripción del propósito a ser alcanzado a nivel nacional, es establecido en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional - PEDN, y es medido a través de indicadores y sus correspondientes metas.

Oportunidad

Es un evento favorable que puede contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos, siempre que se tomen las decisiones para su aprovechamiento.

Pensamiento Estratégico Anticipativo

Es la conducta estratégica permanente y continua que permite profundizar en el futuro, anticipándose a los probables hechos para poder evaluar sus impactos o consecuencias sobre los objetivos estratégicos establecidos.

Riesgo

Es un evento desfavorable que no ha ocurrido aún, y de ocurrir puede afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos estratégicos, siempre que no se tomen decisiones para disminuir o anular su efecto.

Ruta Estratégica

Es el conjunto secuencial de acciones estratégicas que permite lograr los objetivos estratégicos.

Tendencia

Es el posible comportamiento a futuro de una variable asumiendo la continuidad del patrón histórico.

Sistema Administrativo

Son los conjuntos de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que tienen por finalidad regular la utilización de los recursos en las entidades de la Administración Pública promoviendo la eficacia y eficiencia en su uso.

Sistema Funcional

Son los conjuntos de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que tienen por finalidad asegurar el cumplimiento de políticas públicas que requieren la participación de todas o varias entidades del Estado.

Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico

Es el conjunto articulado e integrado de órganos, subsistemas y relaciones funcionales cuya finalidad es coordinar y viabilizar el proceso de planeamiento estratégico nacional para promover y orientar el desarrollo armónico y sostenido del país.

Variable Estratégica

Es una cualidad o característica concreta que se deriva del modelo conceptual del sector o territorio, identificable y distinta de otras, con capacidad de cambiar y de ser medida directamente o a través de sus indicadores.

Visión

Es la situación del sector o territorio que se espera alcanzar en el futuro. Se establece de acuerdo al Escenario Apuesta y teniendo como referencia el Escenario Óptimo. Se construye de manera participativa.

