

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION DE SALUD CUSCO

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL AÑO 2007

Cusco, Enero 2007

CAPITULO I

INTRODUCCION

El desarrollo del Sector Salud no fue equitativo en los últimos años, realizándose múltiples esfuerzos para revertir esta situación, no siendo suficientes para lograr el fin propuesto en el mejoramiento de los servicios de Salud, ampliación de la cobertura y a la calidad de atención.

Es en el Plan Estratégico multianual 2006- 2012 del sector; para este contexto que el MINSA está decidido a concretar la búsqueda y participación de los agentes involucrados, las acciones necesarias para mejorar la actual situación de la salud de la población, en especial la de menores recursos para lo cual cuenta con los siguientes objetivos:

Objetivo General 1.0

Garantizar el acceso y la atención de salud de calidad, adecuados a la necesidad de la población y bajo criterios de equidad.

Y en los objetivos del Plan Estratégico Multianual del Gobierno Regional esta:

Objetivo General 2.0

Proteger la salud de la población garantizando el acceso universal a los servicios de salud y saneamiento.

Los cuales nos indican que el gran desafío es la construcción de un Sector Salud con calidez, equidad, eficacia y calidad.

El Plan Operativo Institucional del HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO, constituye el principal instrumento de gestión institucional para el Año 2007, contiene los proyectos y actividades programadas, cuantificando las metas a alcanzarse, tales previsiones parten del cumplimiento de algunos supuestos y de la constatación de características particulares del Hospital que se reseña a continuación.

Los supuestos que sustentan el presente Plan Operativo son:

- El mantenimiento de la actual Política Social del Gobierno.
- El desarrollo del proceso de Descentralización dentro de lo previsto y,
- Toda la disponibilidad oportuna de los recursos financieros aprobados en el correspondiente Presupuesto Institucional.

Por ello, a continuación presentamos el Plan Operativo Institucional del HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, el cual está compuesto por 3 secciones:

La primera, dedicada al Análisis Situacional de Salud de la demanda;

La segunda, la Oferta de los Servicios de Salud y,

La tercera una matriz de actividades que nos permitirá cristalizar los objetivos institucionales trazados para el año 2007

IDENTIFICACION BASICA

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO.

• NATURALEZA

El Hospital Regional del Cusco es un órgano desconcentrado de la Dirección de la Red de Salud Cusco Sur.

• JURISDICCION.

El Hospital de Apoyo Departamental del Cusco, ejerce su jurisdicción, en el ámbito de la Región Cusco y desarrolla sus actividades como centro de referencia de las principales redes de la región y en menor grado de las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Puno.

La complejidad de sus servicios sustenta su autoridad Técnico científica sobre centros de menor nivel en su área de influencia, liderando las acciones recuperativas y de rehabilitación de la localidad, en el marco de las normas vigentes.

• DOMICILIO LEGAL.

El Hospital de Apoyo Departamental del Cusco, tiene como domicilio legal de su sede principal en la Av. De La Cultura S/n, Distrito Cusco, Provincia del Cusco, Departamento de Cusco.

• OBJETIVO FUNCIONAL GENERAL.

Los objetivos funcionales generales asignados al Hospital son los siguientes:

- a) Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
- d) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones Educativas, según los convenios respectivos.
- e) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- f) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

ESTRUCTURA ORGANICA

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

A. ÓRGANO DE DIRECCIÓN

Dirección Ejecutiva.

A.1. ÓRGANO DE CONTROL

Órgano de Control Institucional.

C. ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

1. Oficina de Planeamiento Estratégico.
2. Oficina de Inteligencia Sanitaria.
 - Unidad de Epidemiología E Investigación.
 - Unidad de Estadística e Informática.
 - Unidad de Emergencias y Desastres.
3. Unidad de Gestión de la Calidad

D. ÓRGANOS DE APOYO

1. Oficina de Administración.
 - Unidad de Personal.
 - Unidad de Economía.
 - Unidad de Logística.
 - Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales.
2. Unidad de Desarrollo del Potencial Humano.
3. Unidad de Seguros, Referencias y Contra Referencias.

E. ÓRGANOS DE LÍNEA

1. Departamento de Medicina
 - Servicio de Medicina Interna
 - Servicio de Medicina Sub Especialidades.
 - Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
 - Servicio de Cuidados Críticos.
2. Departamento de Cirugía
 - Servicio de Cirugía General
 - Servicio de Cirugía Sub Especialidades.
 - Servicio de Traumatología y Ortopedia
 - Unidad de Quemados.

3. Departamento de Pediatría
 - Servicio de Pediatría.
 - Servicio de Neonatología.
 - Unidad de Cuidados Críticos Neonatal.
4. Departamento de Gineco-Obstetricia
 - Servicio de Ginecología
 - Servicio de Obstetricia
5. Departamento de Odonto-estomatología
6. Departamento de Enfermería
 - Servicio de Enfermería en Hospitalización.
 - Servicio de Enfermería en Consulta Externa y E. Sanitarias.
 - Servicio de Enfermería en Servicios Críticos
7. Departamento de Emergencia.
 - Servicio de Emergencia
8. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
 - Central de Esterilización.
 - Centro Quirúrgico.
9. Departamento de Apoyo al Diagnóstico.
 - Servicio de Patología Clínica.
 - Servicio de Anatomía Patológica.
 - Servicio de Banco de Sangre.
 - Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
10. Departamento de Apoyo al Tratamiento
 - Servicio de Nutrición y Dietética
 - Servicio Social
 - Servicio de Psicología
 - Servicio de Farmacia

MARCO LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Ley N° 25548, Creación del Consejo Nacional de Planificación.
- Artículo 6° de la Ley N° 27209, Ley de Gestión Presupuestaria del Estado, que dispone la Elaboración de Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales enlazándose el Presupuesto Institucional, el Plan Operativo y el Plan Estratégico Institucional del Pliego.
- Ley N° 27245, Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal, que establece los Lineamientos para una mejor Gestión de las Finanzas Públicas y crea el Fondo de Estabilidad Fiscal.
- Decreto Supremo N° 039-2000-EF que aprueba el Reglamento de 1a Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal.
- Ley N° 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública creado con la finalidad de optimizar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión.
- Resolución Ministerial N° 151-2000-EF/15 que aprueba la Directiva para la Evaluación de los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales: Aprobación, Ejecución y Control del Proceso Presupuestario.
- Resolución Ministerial N° 399-2001-EF/10 que aprueba la Directiva para la Formulación de los Planes Estratégicos Institucionales 2002 - 2006.
- Resolución Ministerial N° 084-2001-EF/10 que aprueba la Directiva para la Formulación de los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales y los Planes Estratégicos para el periodo 2002-2006.
- Directiva N° 007-2001-EF/76.01 - Resolución Directoral N° 018-2001-EF/76.01, sobre Programación y Formulación de los Presupuestos Institucionales del Sector Público para el Año Fiscal 2002.
- Resolución Vice Ministerial N° 480-2001-SA-OGP - Directiva N° 001-2001-SA-OGPOEPP, sobre Formulación del Plan Operativo Institucional para el año 2002 en las dependencias del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°. 163-2001-SA-DM "Modificar los artículos 71°, 72° 74° 75° y 76° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 446-2001-SA/DM Aprueba el documento de "Modelo de Atención" como el marco referencial que brinda coherencia y resume los progresos desarrollados en la salud pública del país.
- Ley del MINSA, Ley N° 27657 del 2002. REP N° 364-2001-CTAR-Cusco-PE, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco.
- Directiva N° 006-2002-EF/76-01 Proceso Presupuestario del Sector Público año 2003.
- Ley N° 27813 (13-08-02) Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y su Reglamento).
- Ley N° 27783 (20.07.02) Ley de Bases de la Descentralización.
- Decreto Supremo N° 157-2002-EF (04.10.02), Aprueban el Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Inversión.

2.- MARCO ESTRATEGICO

ANALISIS FODA

FORTALEZAS

1. Hospital de Referencia Regional.
2. Estructura Orgánica acorde con las funciones que desempeña la institución.
3. Prestigio bien ganado en la población (Hospital Amigo de la Madre y del Niño, Hospital Asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología).
4. Unidades de servicio únicas en la Región y el MINSA (Unidad de Quemados, UCI, UCI Neonatal Departamento de Medicina Física y rehabilitación.
5. Personal Especializado y Capacitado con iniciativa y creatividad.
6. Adecuados medios de comunicación con los servicios periféricos (Radio, Teléfono, Internet).
7. Principales Procesos de la Institución identificados.
8. Hospital Docente pre- grado y post-grado.
9. Rentabilidad Social.
10. Experiencia y Organización frente a Emergencias y Desastres.
11. Costos subsidiados por el Estado.
12. Centro de Desarrollo de Competencias.
13. El Hospital apoya las Emergencias Obstétricas en los niveles de atención I y II

DEBILIDADES.

1. Deficiente Gestión logística (no prioriza necesidades, inventarios no actualizados, no se dota al hospital de insumos adecuados).
2. Excesiva delegación de funciones a internos de medicina y estudiantes.
3. Deficiente sistema de seguridad (control y falta de señalización) e incumplimiento de normas de bio-seguridad.
4. Deficiente Gestión financiera (no hay análisis de costos, política de tarifas), manejo de la indigencia deficiente.
5. Gestión de recursos humanos deficiente (falta racionalización, capacitación, alta rotación y contrato de personal sin experiencia).
6. Débil Cultura Organizacional. (Personal desmotivado, conflictos internos).
7. Gerenciamiento de la información deficiente (se genera información poco confiable, no se procesa y menos se distribuye, ni se hace uso para toma de decisiones).
8. Equipamiento e insumos no acorde con el avance de la especialización.
9. Falta de programas de mantenimiento de equipos biomédico, electromecánico e infraestructura).
10. Elementos estructurales y no estructurales deteriorados o no están acorde con la tecnología actual.
11. Falta de un sistema de Control Institucional.
12. Equipo gerencial no corporativo.
13. Documentos técnicos-normativos administrativos y asistenciales insipientes.
14. Poca inversión en investigación y desarrollo.
15. Inadecuada aplicación de las políticas de medicamentos en el Hospital.
16. Presencia de capacidad instalada ociosa.
17. Deterioro de la capacidad de competir con otras entidades que ofertan servicios de Salud (Clínicas, u otras empresas transnacionales, farmacias, Rayos x), etc.

OPORTUNIDADES

1. Canon gasífero y presupuesto participativo para Proyectos de Inversión en Salud.
2. Medicina Tradicional como alternativa Cultural y Económica.
3. Avances tecnológicos.
4. Crecimiento de la Población Urbana y de la Región.
5. Participación ciudadana en el proceso de vigilancia de los recursos del Estado.
6. Demanda Insatisfecha de algunos servicios especializados.
7. Reforma y Modernización del Sector Salud.
8. Las Diferentes Redes del Sistema de Atención de Salud de la región (apoyan con equipo y recursos humanos, referencias).
9. Entidades formadoras de profesionales en el campo de la Salud (ofrecemos campo clínico).
10. Sector Turismo en auge.
11. Los Seguros Nacionales, Internacionales, Convenios (SOAT, SIS, FOSPOLIS, Seguros Rímac, La Positiva, Municipalidades, etc).

AMENAZAS

1. Continuos Recortes Presupuestales e inflación.
2. Altos costos de Capacitación y Perfeccionamiento.
3. El Seguro Integral de Salud que no devuelve la totalidad de la inversión que realiza el Hospital.
4. Usurpación de los terrenos y construcción de edificaciones dentro del área perimétrica del hospital.
5. Posibles desastres naturales.
6. Política Nacional de Salud cambiante.
7. Rechazo de la Cultura Andina a la Medicina Occidental o Sanitaria.
8. Periodismo distorsiona la información con referencia al Hospital.
9. La mayoría de insumos médicos, equipos y medicamentos no se producen en el país.
10. El Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos significaría un incremento en el costo real de los medicamentos.
11. Alta Indigencia (distribución inequitativa de riqueza).

VALORES.-

Del análisis de la matriz FODA, se puede inferir que nuestro producto tiene los siguientes valores agregados:

- Es el servicio de salud mas barato y eficiente en toda la Región de Salud Cusco, tiene costos que son de apoyo social y al alcance de toda la población, especialmente de los más pobres.
- Somos los únicos en tener un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, una Unidad de Quemados y una UCI bien implementada.
- Existe todavía un nivel de demanda insatisfecha en ciertas especialidades de mayor demanda, lo que hace ver la necesidad de provisión de mayor cantidad de especialistas.
- La capacitación es una limitante en cuanto al costo, generalmente estas tienen que realizarse en Lima u otras partes lo que encarece esta y no se puede lograr eficientemente.

Una de nuestras debilidades y que es necesario una reversión de la misma es la delegación de funciones a estudiantes e internos.

Hacemos notar que el HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, ha sido catalogado en un nivel III-1 de Complejidad, lo que significa que es un Hospital de Referencia Regional, recibe pacientes que son referidos de todos los establecimientos del primer y segundo nivel de atención.

Las oportunidades que se tienen para incrementar nuestra cobertura es aprovechar la aparición de seguros privados que necesitan establecimientos acreditados con calidad para ofrecer a sus asegurados, esta oportunidad nos va a servir para diseñar y mejorar servicios y aumentar los servicios especializados.

PERSPECTIVAS A MEDIANO PLAZO Y LARGO PLAZO

/

VISION

EN EL AÑO 2012 EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO SERÁ UNA INSTITUCION DE ALTA COMPLEJIDAD, CENTRO DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS QUE BRINDA SERVICIOS ESPECIALIZADOS CON CALIDAD, CALIDEZ, EFICIENCIA Y EFICACIA A LOS USUARIOS DE LA REGION, CON EQUIDAD, RESPETANDO LAS COSTUMBRES DE LOS MISMOS, CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO Y TECNOLOGIA ACORDE CON LAS EXIGENCIAS CIENTIFICAS, CONTRIBUYENDO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA REGION CUSCO.

MISION

LA MISION DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO ES PREVENIR, PROTEGER DEL DAÑO, RECUPERAR LA SALUD Y REHABILITAR LAS CAPACIDADES DE LOS PACIENTES EN CONDICIONES DE PLENA ACCESIBILIDAD Y DE ATENCION A LAS MUJERES Y HOMBRES RESPETANDO SUS CREENCIAS Y COSTUMBRES DESDE SU CONCEPCION HASTA SU MUERTE NATURAL.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL

Objetivos Estratégicos de Salud, Objetivos Estratégicos del la DIRESA Cusco y del HRC.

Los objetivos mencionados a continuación son una síntesis del Marco Estratégico a Nivel internacional, Nacional, Intersectorial y Sectorial del ámbito Salud así como los objetivos estratégicos considerados en el plan Estratégico Institucional 2006-2012 y los Objetivos del Plan Operativo para el HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO .

OBJETIVOS GENERALES DE LA DIRESA

OBJETIVO 1: Reducir la morbi-mortalidad y riesgos prevenibles y no prevenibles del ámbito regional.

- Implementar la Atención integral en toda las etapas de vida según niveles de atención (Prevención, Recuperación y rehabilitación) para disminuir la morbi mortalidad
- Fortalecer la red de laboratorios y apoyo al diagnóstico.

OBJETIVO 2.- Optimizar, y desconcentrar la Gestión Sanitaria y Administrativa de la DIRESA.

- Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad a nivel de todos los componentes aplicando los instrumentos en el marco de las normas vigentes y adecuadas a la realidad Regional y Local.
- Contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud a la población menos favorecida.
- Priorizar la política de ampliación de cobertura, disponibilidad y uso racional de medicamentos.
- Desarrollar el Sistema de Inteligencia Sanitaria y Vigilancia de Salud Publica
- Lograr una gestión eficiente mediante la mejora y sistematización de los procesos administrativos y la optimización de la organización estructural y funcional.
- Optimizar la gestión y desarrollo del talento humano, material y financiero, que garanticen la gestión Institucional.

PROBLEMAS DE DEMANDA DEL HOSPITAL DE APOYO DPTAL. CUSCO

SALUD	1.- Alta morbilidad de Enfermedades del sistema Genito Urinario.
	2.-Alta morbilidad de enfermedades del sistema respiratorio
	3.- Alta morbilidad de enfermedades del sistema Digestivo
	4.-Incremento de enfermedades del ojo y sus anexos
	5.-Aumento de traumatismos y envenenamientos
	6.-Alta tasa de mortalidad neonatal
	7.-Alta tasa de mortalidad materna
	8.-Incremento de Enfermedades de transmisión sexual
	9.-Alta tasa de infecciones Intra - hospitalaria
ACCESIBILIDAD	10.-Demora en la accesibilidad de pacientes referidos
OTROS	11.-Limitada capacidad económica de pacientes

PROBLEMAS DE OFERTA DEL HOSPITAL DE APOYO DPTAL. CUSCO

PRODUCTIVIDAD	1.-Decreciente cantidad de Pacientes baja tasa de concentración.
	2.-Incremento de Tiempo de permanencia Hospitalaria
	3.-Deficiente calidad de atención al usuario
RECURSOS HUMANOS	4. Deficiente gestión de recursos Humanos.
	5. Débil Cultura Organizacional.
	6. Incipiente Capacitación del personal.
INFRAESTRUCTURA	7.-Servicios básicos (Vapor, y electricidad, teléfonos) a punto de colapsar
	8.-Infraestructura deteriorada
EQUIPO MEDICO	9. Equipo médico quirúrgico insuficiente obsoleto e inoperativo.
MATERIALES	10. Insuficiente dotación de medicamentos de urgencia.
	11.-No hay uso racional de medicamentos
	12.-Deficiente gestión logística
ECONOMICA	13.-Asignación Insuficiente de presupuesto y deficiente gestión financiera.
	14.-Inexistencia de un plan anual de adquisiciones
GESTION	15.-Prolongado Tiempo de espera en consultorios.
	16.-Deficiente manejo de Residuos sólidos y biológicos
	17.-Gerenciación de la información deficiente (se genera información poco confiable, no se procesa y menos se distribuye, ni se hace uso para toma de decisiones).
	18.- Atención sin énfasis en el perfil epidemiológico
	19.- Inadecuado sistema de seguridad institucional
	20.- Equipo gerencial no corporativo

CAPITULO II

3.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.1 CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD"

ENTORNO GEORAFICO Y AMBIENTE

Ubicación y superficie

El Departamento del Cusco, está constituido por trece provincias y 108 divisiones menores o distritos. Se localiza en la parte Sur del Perú, limita por el Norte con los departamentos de Junín y Ucayali; por el Este con Madre de Dios; por el Sur con Puno y Arequipa y por el Oeste con los departamentos de Apurímac y Ayacucho, cuyos puntos extremos son las coordenadas siguientes:

Cusco : Ubicación Geográfica

<i>Provincia</i>	<i>Altitud (m.s.n.m)</i>
Cusco	3,399
Acomayo	3,207
Anta	3,337
Calca	2,928
Canas	3,913
Canchis	3,554
Chumbivilcas	3,660
Espinar	3,615
La Convención	1,047
Paruro	3,051
Paucartambo	2,906
Quispicanchi	3,150
Urubamba	2,871

Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco.

La altura del territorio del Departamento del Cusco, oscila entre 95 m.s.n.m. (distrito de Kimbiri, provincia La Convención) y 4,801 m.s.n.m., (distrito de Suyckutambo, provincia de La Convención). Tiene una superficie territorial de 72,104.41 km², donde el 50% de su territorio se ubica en la Sierra y el otro 50% está constituido por la Región Selva.

Relieve

La misma orografía hace que su relieve sea muy variado, con picos nevados como el Ausangate de 6,372 m.s.n.m. o el Salkantay de 6,271 m.s.n.m. o valles profundos como el que forma el río Apurímac o el de Quellouno que se sitúan tan solo 650 m.s.n.m.

El Cusco está atravesado por dos grandes sistemas de cordilleras que forman el nudo de Vilcanota, por el Este y al Oeste, con la de Vilcabamba.

Contexto Ecológico

Cuatro distintos pisos ecológicos puede encontrarse en la región. Tres de ellos corresponden a lo que se conoce como la zona de sierra del Cusco.

El más bajo de esos pisos en la Sierra es el denominado **Quechua**. Ubicado entre los 2400 m.s.n.m. y los 3500 m.s.n.m., es el piso que corresponde a los valles interandinos; los suelos son principalmente aluvionales y la temperatura abrigada son los que definen su carácter eminentemente agrícola. De otro lado, el más alto de los pisos habitados del departamento es el denominado **Puna**, está ubicado sobre los 4000 m.s.n.m. y es una zona de pastos naturales, con temperaturas en extremo bajas, razón por el cual la actividad económica principal es la ganadería sobre todo de auquénidos. El último piso ecológico de la sierra es el denominado **Suni**, se ubica entre los dos pisos referidos antes, y combina algunas de las características ecológicas de ambos.

En la **región amazónica** del Cusco, sólo se encuentra un piso ecológico, denominado selva alta: está ubicado entre los 400 m.s.n.m y los 1,000 m.s.n.m. y se caracteriza por tener una accidentada topografía con altas pluviosidades y elevadas temperaturas.

Clima

Principalmente es frío y seco, Diciembre a Marzo es la época de lluvias, se presentan precipitaciones abundantes con una temperatura que es estable y tibia, teniendo un promedio de 18° C.

Hidrografía

La gran fuente hidrográfica es el río Vilcanota, que nace en el macizo del mismo nombre, el cual es tributario del sistema fluvial del Amazonas y orienta la dinámica económica de los diferentes pueblos de la región. Por la margen derecha, el Urubamba, nombre que adopta desde la localidad de Yucaj recibe la afluencia de numerosos ríos, entre ellos el Paucartambo, el Masisea, el Yanatile.

El río Urubamba es el que forma el gran valle de La Convención. El sistema de valles de La Convención comprende 23 afluentes que forman doce grandes valles y otras tantas quebradas entre los que deben mencionarse los de Lares, Lacco, Occobamba, y otros, formando un conjunto de unidades geográficas que tienen climas templados y cálidos.

El río Apurímac, sirve de límite al Cusco con el Departamento del mismo nombre.

Son tres las lagunas que sobresalen en el territorio cusqueño, la laguna de Sibinacocha, ene, Checacupe (provincia de Canchis), la de Pomacanchi ubicada en el distrito del mismo nombre (provincia de Acomayo), y la de Langui y Layo Ubicada en la provincia de Canas, todas estas

lagunas pertenecen a la vertiente del Atlántico y están ubicadas por encima de los 3,650 m.s.n.m.

Mapa político del departamento de Cusco, según provincias



b. Características Demográficas de la Población

Estructura Poblacional del Departamento del Cusco.

T

DPTO./ PAÍS	1993		2001		2002		2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cusco	1,066,495	4.1	1,171,868	4.4	1,208,689	4,5	1,199,549	4.5	1,237,803	4.5	1,252,201	4.5%
Perú	22,639,443	100	26,090,330	100	26,612,136	100	26,950,836	100	27,546,574	100	27,947,000	100

Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco.

La dinámica de la población del Cusco, expresada por los niveles alcanzados de fecundidad, mortalidad y migración; permiten apreciar el incremento del volumen poblacional de los años 1993, 2001, 2002 , 2003, 2004 y 2005; además de las tendencias del crecimiento poblacional que vienen a ser el soporte de la planificación del desarrollo, en sus dimensiones social, económica, demográfica, ambiental y cultural.

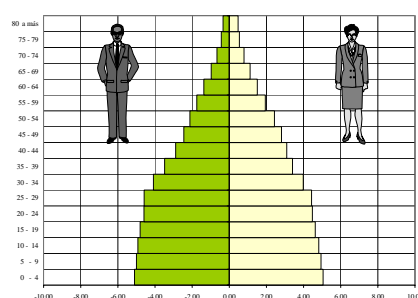
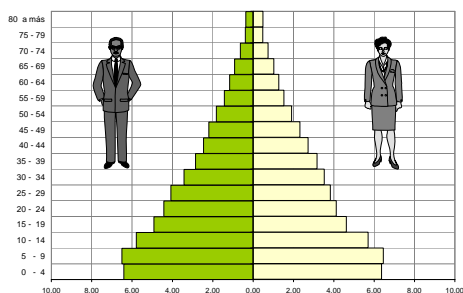
Para el año 2005, el departamento del Cusco, cuenta con una población estimada de 1,252,201 habitantes, que corresponde al 4.5% de la población del Perú (27,947,000 habitantes).

Pirámides Poblacionales.

La población del departamento de Cusco, se encuentra en lento proceso de envejecimiento, apreciamos que la pirámide poblacional de 2000 se caracteriza por tener una base amplia, por las cohortes de población joven, con predominio de enfermedades prevalentes de la niñez. Las pirámides poblacionales de 2005 y 2010 tienden a una base en proceso restrictivo, que hacia el 2015 muestra una población mayor adulta.

Esos cambios demográficos significan cambio en el perfil de demanda de los servicios de salud, que corresponderán a morbilidad y mortalidad; al disminuir los grupos menores de 15 años y aumentar el número de adultos, disminuye también la incidencia de enfermedades infecciosas que son propias de la niñez y aumentan las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, Diabetes Mellitus y degenerativas como los cánceres; Con nuevos retos y demandas que enfrentar por parte de los servicios y servidores de salud.

Pirámides Poblacionales estimadas para el departamento del Cusco



Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco.

Indicadores demográficos

Indicadores demográficos del departamento de Cusco por quinquenios 1995 - 2015

Indicador	1995 – 2000	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 – 2015
Fecundidad				
Nacimiento promedio anual	32,339	30,666	30,165	29,564
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3.9	3.4	3.0	2.7
Tasa bruta de natalidad (por mil)	28.8	25.9	24.0	22.3
Mortalidad				
Defunciones promedio anual	11,865	11,519	11,301	11,142
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	10.6	9.7	9.0	8.4
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	73	65	58	51
Mujer	65	58	52	46
Hombre	80	72	64	56
Esperanza de vida al nacer (en años)	60.2	62.3	64.3	66.3
Mujer	62.4	64.6	66.7	68.8
Hombre	58.0	60.0	61.9	63.8
Tasa de crecimiento (natural)	1.2	1.2	1.1	1.0
Migración				
Tasa periódica de inmigración				
Mujer	9.4	8.7	8.1	7.7
Hombre	10.9	10.1	9.5	9
Tasa periódica de emigración				
Mujer	15.4	13.7	12.7	12
Hombre	17.5	15	14	13.2

Fuente.- INEI Of. Regional Cusco

Estos indicadores, publicados por el INEI, difieren de los registrados en la Dirección Regional de Salud Cusco.

Indicadores de Fecundidad

Para el ámbito departamental se observa una tendencia decreciente de la Tasa Global de Fecundidad, para el período 2000 - 2005, el número medio de hijos que tendría una mujer de 15 a 49 años es de 3.4, muy lejos aún del nivel de reemplazo, el cual alcanzaremos después del 2015.

Existe una marcada diferencia según el nivel educativo de la mujer y el área de residencia (urbano-rural) en términos de la Tasa Global de Fecundidad, así:

- Existe una relación inversa entre fecundidad y educación, la TGF de las mujeres sin educación (6.6 hijos x mujer) es más del doble de la tasa de fecundidad de las mujeres con educación superior (2.5 hijos x mujer)
- Las mujeres del área rural tienen el doble de la fecundidad de las mujeres del área urbana (5.0 y 2.6 hijos por mujer respectivamente).

Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad en el departamento del Cusco para el año 2005, se encuentra en 24.00 nacimientos por mil habitantes, tiene tendencia a disminuir en forma estable a través de los años.

Número Total de Nacimientos.

Número de nacimientos según provincias y años

Departamento de Cusco 1992 - 2001

DPTO. / PROV. / AÑOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
TOTAL DPTO.	28,929	29,100	26,918	26,104	27,239	24,981	24,547	24,689
CUSCO	6,263	6,766	6,432	6,150	7,047	6,778	6,498	6,657
ACOMAYO	905	846	764	773	763	742	708	717
ANTA	1,619	1,479	1,428	1,344	1,300	1,166	1,159	1,197
CALCA	1,495	1,663	1,414	1,422	1,398	1,325	1,280	1,431
CANAS	1,193	1,250	1,149	1,080	1,163	1,150	1,088	1,082
CANCHIS	3,123	2,755	2,650	2,432	2,393	2,149	2,135	2,151
CHUMBIVILCAS	2,303	2,286	2,279	2,056	2,202	2,023	1,986	1,706
ESPINAR	2,139	1,920	1,902	1,826	1,875	1,850	1,751	1,708
LACONVENCION	3,936	3,694	3,028	3,403	3,413	2,530	2,794	2,752
PARURO	910	1,034	899	904	934	770	801	659
PAUCARTAMBO	1,306	1,505	1,430	1,322	1,302	1,319	1,232	985
QUISPICANCHI	2,300	2,368	2,278	2,255	2,206	2,202	2,072	2,588
URUBAMBA	1,437	1,534	1,265	1,137	1,243	977	1,043	1,056

Fuente: Estadística e Informática – DISA Cusco

El número de nacimientos en el departamento del Cusco ha descendido en el último año en forma notoria, esto determina paralelamente una disminución de la Tasa de Natalidad que podría evidenciar el impacto de la intervención en la regulación de la fecundidad a través de programas como el de Planificación Familiar. Asimismo, si analógicamente tuviéramos una tendencia según lo mostrado en los últimos años, entonces se podría evidenciar una sobrestimación de este grupo poblacional (< 1año), con relación a la proyectada para el departamento del Cusco para el año 2002.

Tasa de Mortalidad

La Tasa de mortalidad en el departamento del Cusco ha disminuido progresivamente en forma favorable, de 8.5 en 1992 a 4.8 defunciones por mil habitantes en el año 2002. Esta disminución es 38% aproximadamente y es resultado de las acciones del sector salud predominantemente, ya que las mejoras de las condiciones de vida de la población son situaciones de difícil y lento cambio, especialmente en una sociedad como la nuestra donde se generaliza la pobreza. Disminución que esta dada principalmente a expensas de la mortalidad por enfermedades transmisibles y dentro de este grupo la mayor reducción se ha producido entre los menores de un año, debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población y de las intervenciones sanitarias dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil: inmunizaciones, control de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, etc.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en la población del departamento Cusco tiene tendencia al aumento, entre 2000-2005 es de 62.3 años, para el quinquenio 2005-2010 será 64.3 años, siendo favorecidas las mujeres con 66.7 años con relación a los varones con 61.9 años.

Siendo la esperanza de vida una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud actuales, no es una tasa o un coeficiente. Por tanto, si al pasar el tiempo la tendencia de mortalidad cambia, también cambia la esperanza de vida para cada persona a medida que envejece.

Tasa de Migración

La migración en nuestra Región ha jugado un rol importante en el comportamiento demográfico de su población. En la evaluación de los dos últimos censos nacionales se observa un crecimiento de las tasas de Inmigración y Emigración, siendo siempre mayor ésta última, es decir ha habido un incremento del flujo de pobladores cusqueños hacia otras Regiones del País.

El fenómeno vital en la migración, es el “cambio de residencia habitual” y la naturaleza de la migración es principalmente social, pueden ser de índole económica fundamentalmente (búsqueda de empleo, educación, etc.) las que expliquen la emigración hacia Lima - Callao, Arequipa, Apurímac y Madre de Dios. Este fenómeno resulta en que la tasa neta de migración alcance.

Tasa de Crecimiento Intercensal

En el ámbito nacional la tasa de crecimiento promedio anual ha disminuido en forma progresiva, de 2.8% observado en el periodo 1961 - 1972 a 2.0 en 1993, en función de los cambios acentuados de la fecundidad y la natalidad, los mismos que hacen prever para el futuro la reducción de la tasa de crecimiento a 1.60 en el periodo de 1993 – 2005, a escala nacional.

Sin embargo el departamento de Cusco en el periodo intercensal 1981 - 1993, experimentó una tasa de crecimiento promedio anual de 1.7 similar a la registrada en el periodo 1972 – 1981, por que la velocidad de crecimiento es igual, debido a que no existe regularidad en el crecimiento vegetativo y crecimiento migracional, sin embargo para el futuro la reducción de la tasa de crecimiento proyectada en el período 2005 – 2010 sería de 1.10

c. Características Socioeconómicas y Culturales

Índice de Desarrollo Humano – Índice Relativo de Pobreza.

El rango de IDH fluctúa entre 0 (cero) y 1 (uno). Cuanto más cercano esté el país o un departamento de un IDH igual a 1, tanto mayor será su nivel de desarrollo humano.

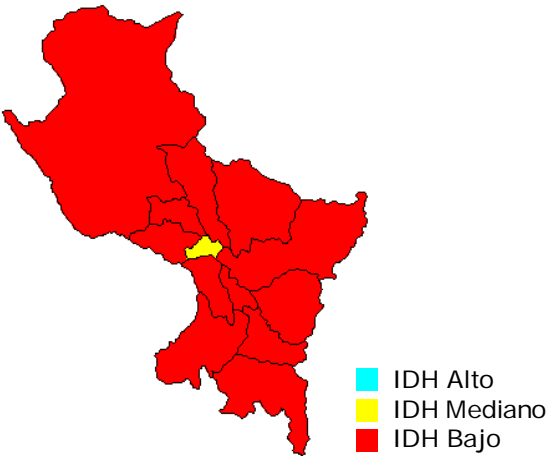
De acuerdo a la medición realizada para este informe, el Perú clasifica como un país de desarrollo humano mediano, con un índice de 0,626. El IDH calculado por departamentos permite ubicar posición de cada departamento del país en una tabla de desarrollo humano dividida en tres categorías: desarrollo humano alto, mediano (subdividido en mediano alto, medio y bajo) y desarrollo humano bajo.

El porcentaje de alfabetismo (83.3%), la EVN de 62.3 años y el indicador de pobreza del 63.6%; hacen que de las trece provincias del departamento del Cusco, doce tengan un Índice de desarrollo Bajo (92%), y sólo la provincia del Cusco tenga el Índice de Desarrollo Humano Mediano (0.53) para el año 2002.

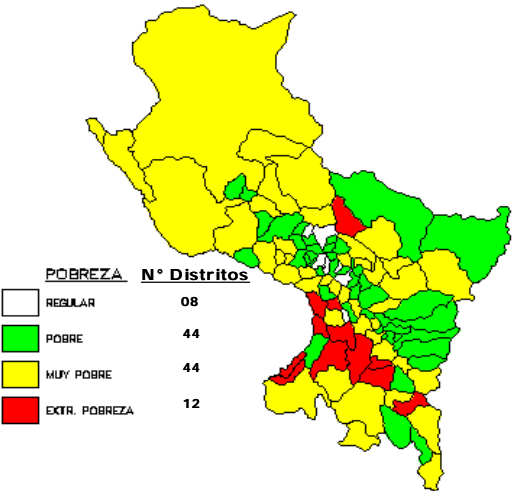
El 11.12% de nuestros distritos son de extrema pobreza, los mismos se encuentran especialmente en las provincias altas y el 81.48% está entre pobres y muy pobres, solamente el 7.4% se encuentra en el estrato Regular de Pobreza y ningún distrito de nuestro departamento está en el estrato aceptable.

Estos Índices de Pobreza se relacionan con una mayor proporción de la población rural, con ausencia de servicios básicos necesarios, inaccesibilidad a los servicios de salud y educación; estratos donde las muertes maternas, perinatales e Infantiles son altas, debido a la persistencia de inequidades.

Mapa del departamento del Cusco,
Según Índice de Desarrollo Humano (IDH), por provincias, 2000

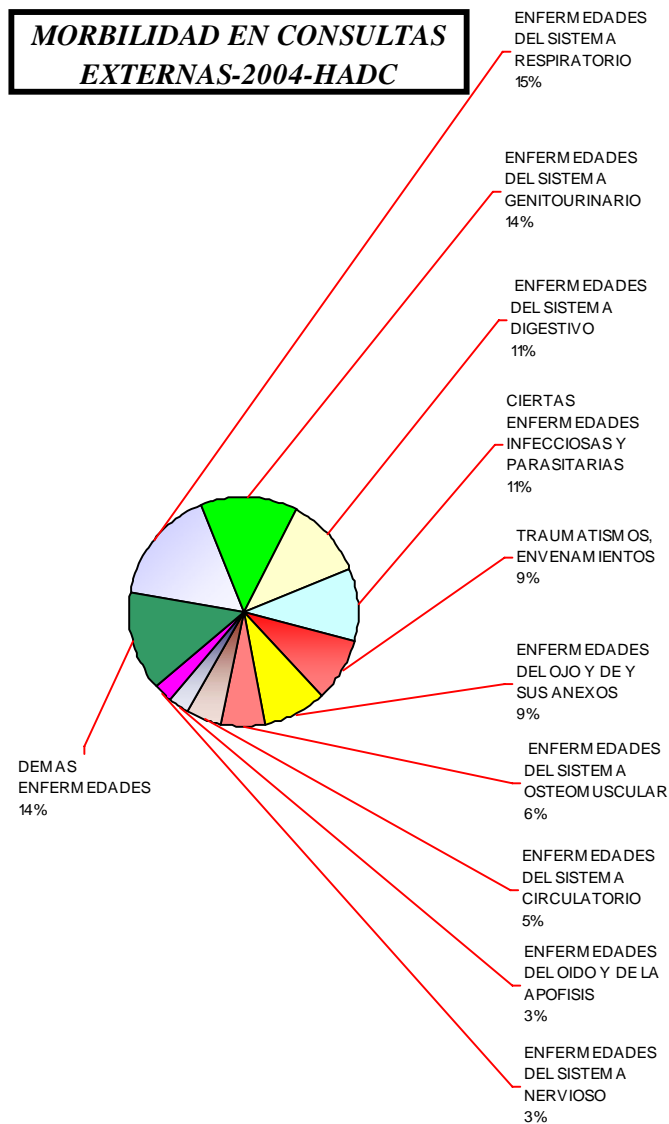


Mapa del departamento del Cusco,
según nivel de pobreza por distritos, 2000.



3.2 ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

Análisis de la Estructura de la Morbilidad General
Primeras Causas de Morbilidad en Consulta Externa



Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO – 2005 – HR

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
X	1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6663	19.8%
XIV	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4331	12.8%
XI	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5254	15.6%
I	4	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3273	9.7%
XIX	5	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS	4146	12.3%
VII	6	ENFERMEDADES DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	3202	9.5%
XIII	7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	2680	7.9%
IX	8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1711	5.2%
VIII	9	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS	941	2.8%
VI	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	964	2.98%
	11	DEMÁS ENFERMEDADES	459	1.5%
		TOTAL	33624	100.0%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONS. EXTERNAS 2005-HR
POR ETAPAS DE VIDA

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO – 2005 – HR.
ETAPA DE VIDA NIÑO 0-9 AÑOS

CAP.	Nº	Descripción	Total	%
X	1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3049	33.9%
I	2	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1571	17.5%
XIV	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	567	6.3%
XIX	4	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS	851	9.5%
VII	5	ENFERMEDADES DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	783	8.7%
XI	6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	964	10.7%
VIII	7	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS	364	4.0%
VI	8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	186	2.1%
XIII	9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	195	2.2%
IX	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	131	1.5%
	11	DEMÁS ENFERMEDADES	323	3.6%
		TOTAL	8984	100.0%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO – 2005 - HR
ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE 10-19 AÑOS

CAP.	Nº	Descripción	Total	%
XIX	1	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS	903	18.16%
X	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	697	14.02%
VII	3	ENFERMEDADES DEL OJO Y DE Y SUS ANEXOS	633	12.73%
XI	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	860	17.30%
I	5	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	533	10.72%
XIV	6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	390	7.84%
VI	7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	251	5.05%
XIII	8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	304	6.11%
IX	9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	151	3.04%
VIII	10	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS	191	3.84%
		DEMÁS ENFERMEDADES	59	1.19%
		TOTAL	4972	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO – 2005 – HR
ETAPA DE VIDA ADULTO 20-64 AÑOS

CAP.	Nº	Descripción	Total	%
XIV	1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2811	17.17%
XI	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2870	17.53%
X	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2451	14.97%
I	4	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1570	9.59%
XIX	5	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS	2077	12.69%
VII	6	ENFERMEDADES DEL OJO Y DE Y SUS ANEXOS	1119	6.84%
XIII	7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1646	10.05%
IX	8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1068	6.52%
VIII	9	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS	252	1.54%
VI	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	457	2.79%
		DEMÁS ENFERMEDADES	50	0.31%
		TOTAL	16371	100.0%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO – 2005 – HR
ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR +65 AÑOS

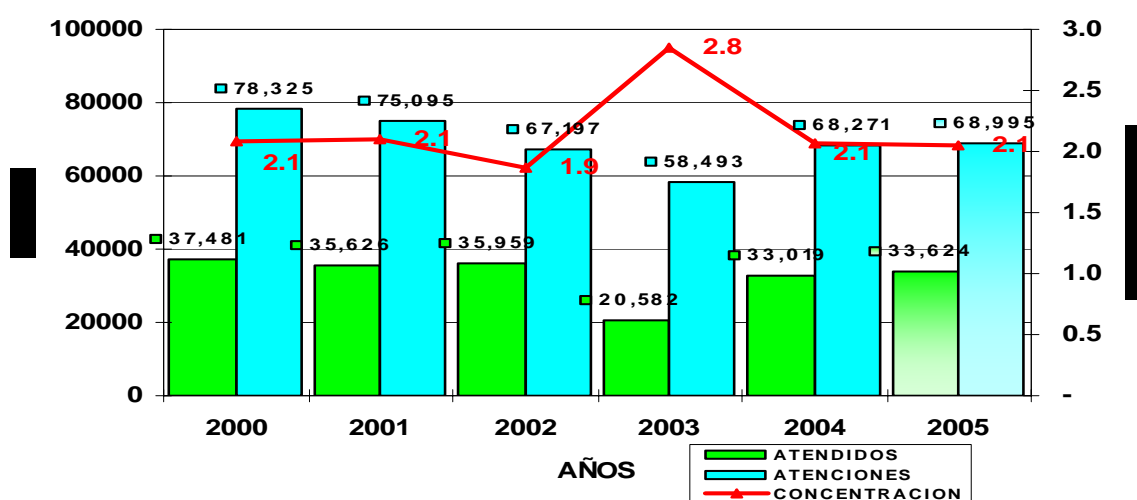
CAP.	Nº	Descripción	Total	%
XIV	1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	563	14.26%
IX	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	361	9.14%
VII	3	ENFERMEDADES DEL OJO Y DE Y SUS ANEXOS	667	16.89%
XI	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	560	14.18%
X	5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	466	11.80%
XIII	6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	535	13.55%
I	7	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	250	6.33%
XIX	8	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS	315	7.98%
VIII	9	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS	134	3.39%
VI	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	70	1.77%
		DEMÁS ENFERMEDADES	27	0.71%
		TOTAL	3948	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

CONSULTAS EXTERNAS ATENDIDOS, ATENCIONES Y CONCENTRACION DURANTE LOS ULTIMOS 6 AÑOS .

Atendidos se refiere a los pacientes nuevos y re-ingresantes al hospital que recibieron atención médica y no médica en el hospital, y la concentración sirve para establecer el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo.

**CONSULTAS EXTERNAS ULTIMOS 6 AÑOS-HRC -
2005**

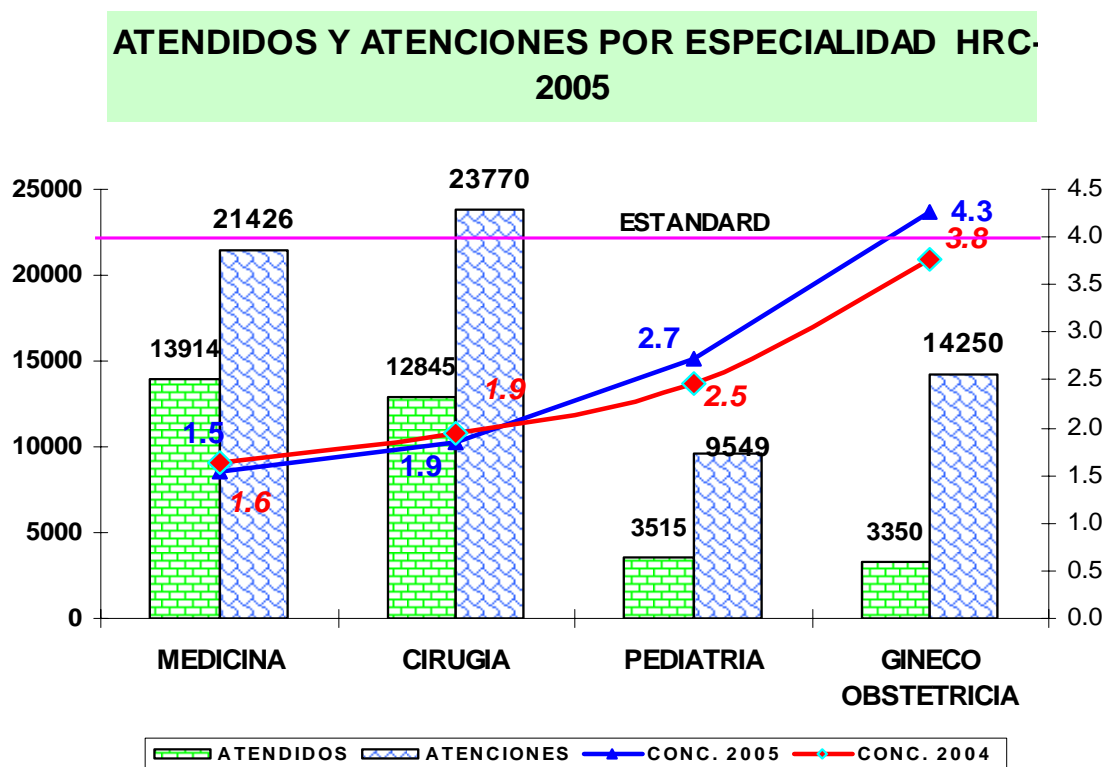


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el gráfico se observa que durante los años 2002, 2003 se tuvo una fuerte baja en atenciones con respecto a los anteriores años, esto debido a las constantes huelgas y paros por parte de los trabajadores en el sector, se recupera en parte el año 2004 Y 2,005.

ATENDIDOS, ATENCIONES Y CONCENTRACION POR ESPECIALIDAD.

La concentración de atenciones en una especialidad sirve para obtener el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente que acudió a atenderse en algún servicio o especialidad medica.

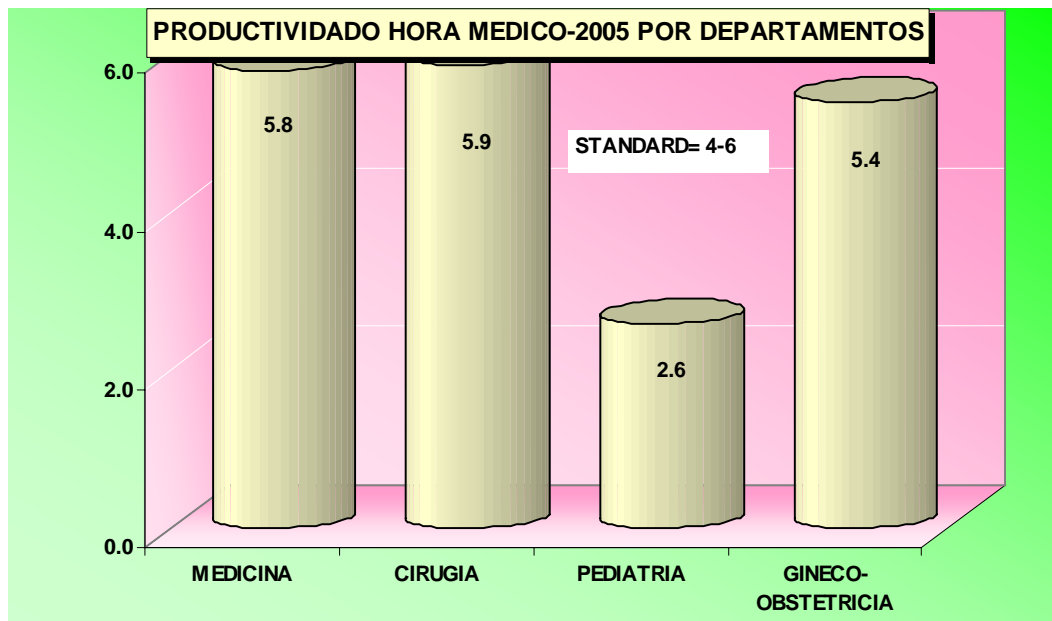


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el gráfico observamos que la concentración, es baja en los servicios de medicina, cirugía y pediatría que no alcanzan al Standard y en gineco obstetricia la concentración se acerca al promedio por la naturaleza de estos servicios que aun debe ser mayor. Lo que nos obliga a hacer una revisión sobre la calidad de atención en estos servicios necesariamente.

PRODUCTIVIDAD HORA MEDICO.

Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora programada de trabajo en el consultorio externo.

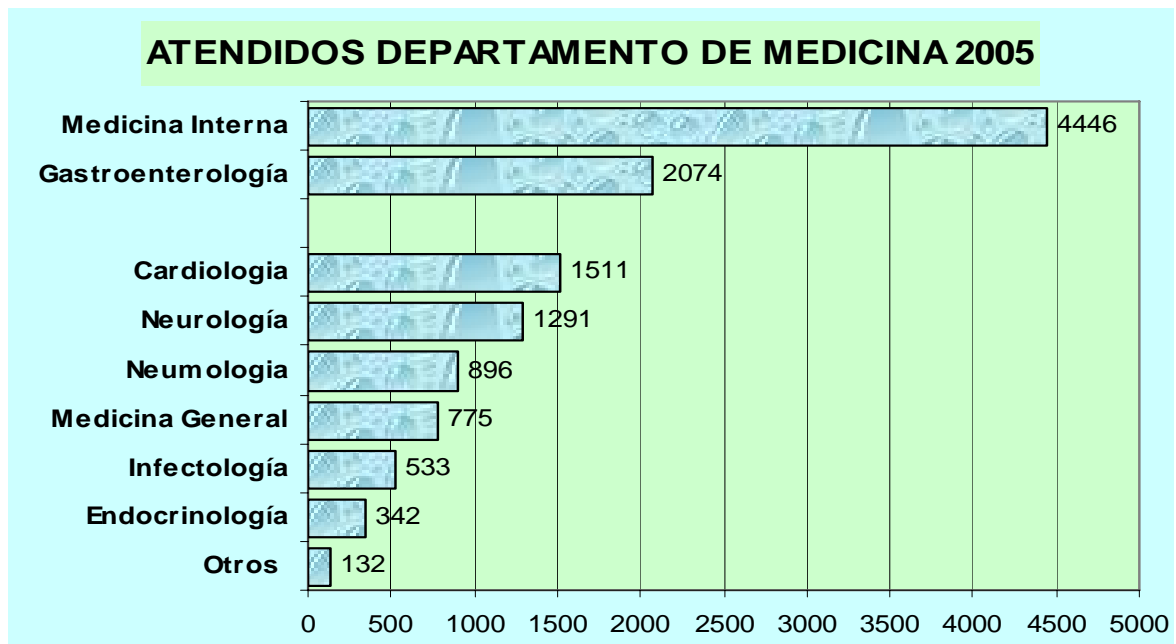


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

PRODUCCION POR DEPARTAMENTOS Y ESPECIALIDADES.

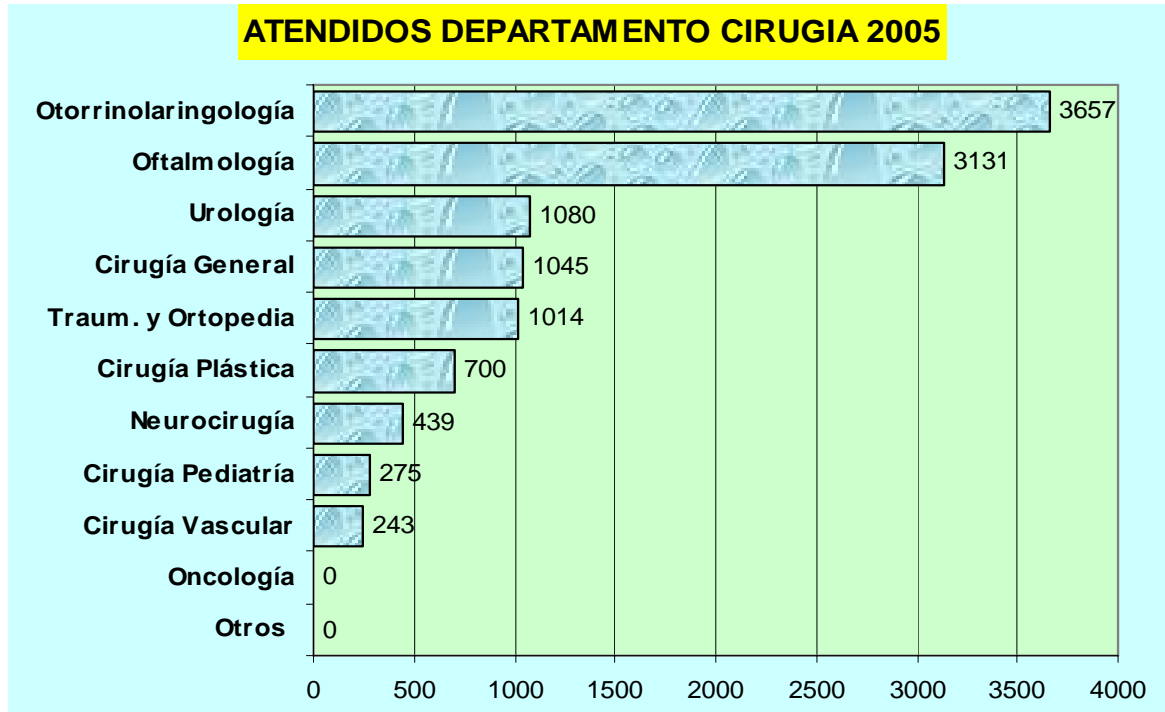
A continuación se muestra la producción de las especialidades de los departamentos durante el año 2004 .

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



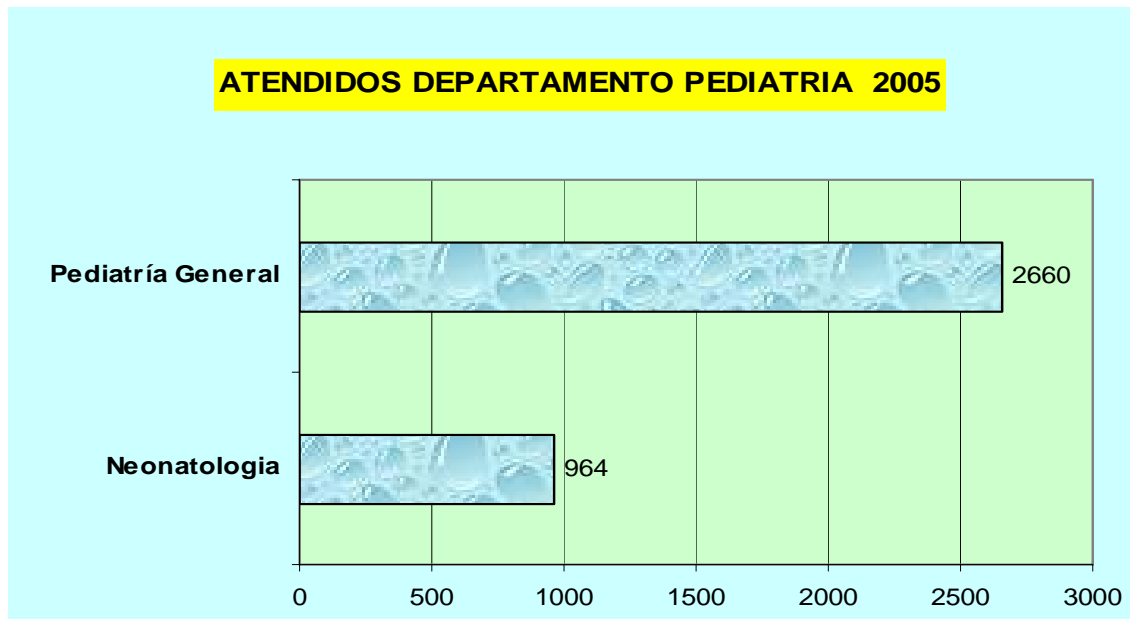
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



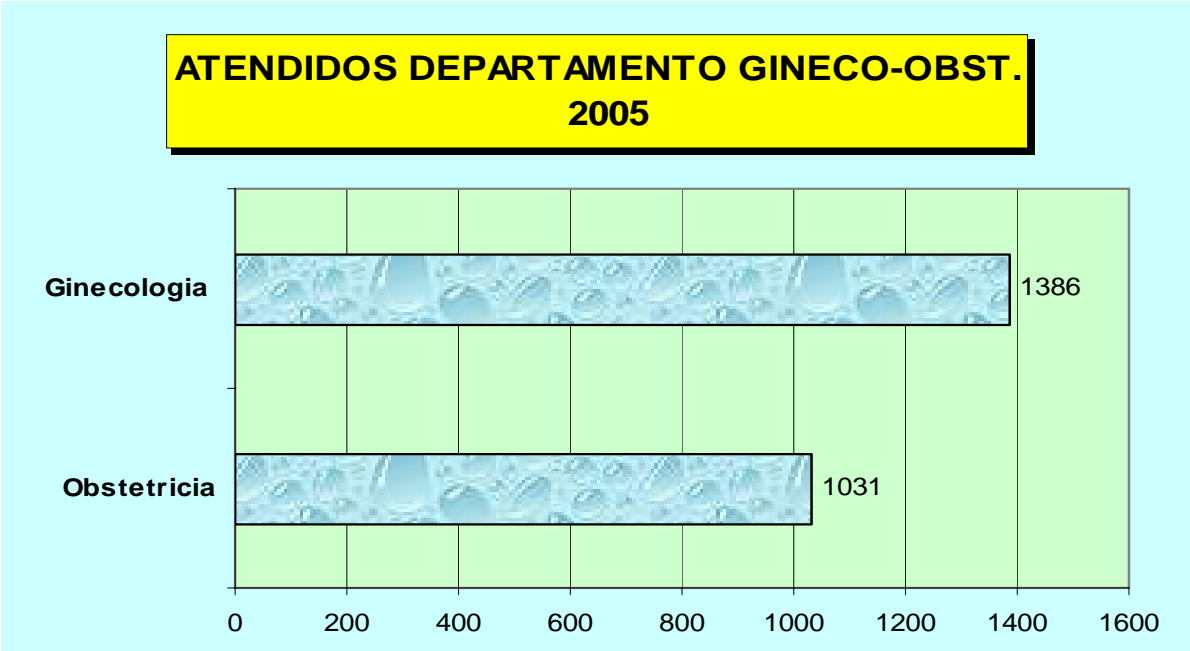
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



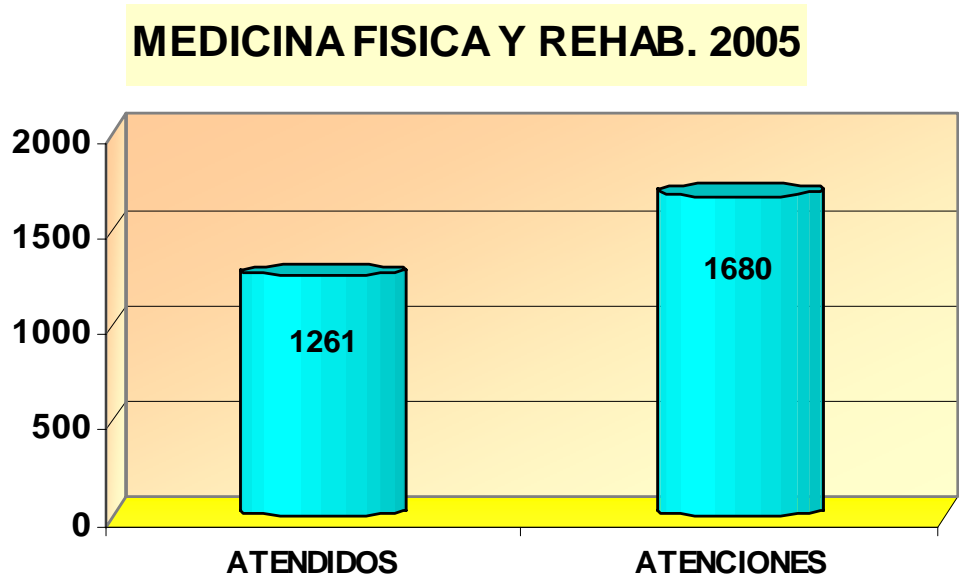
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA



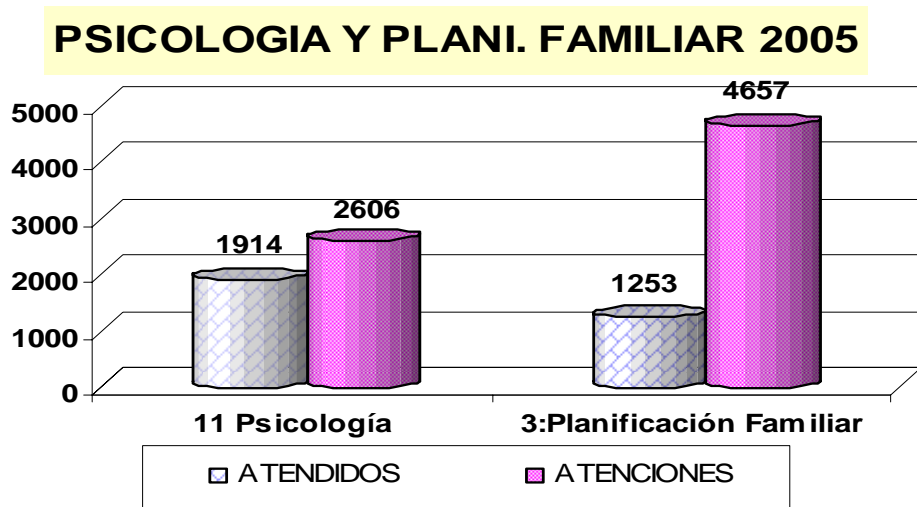
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

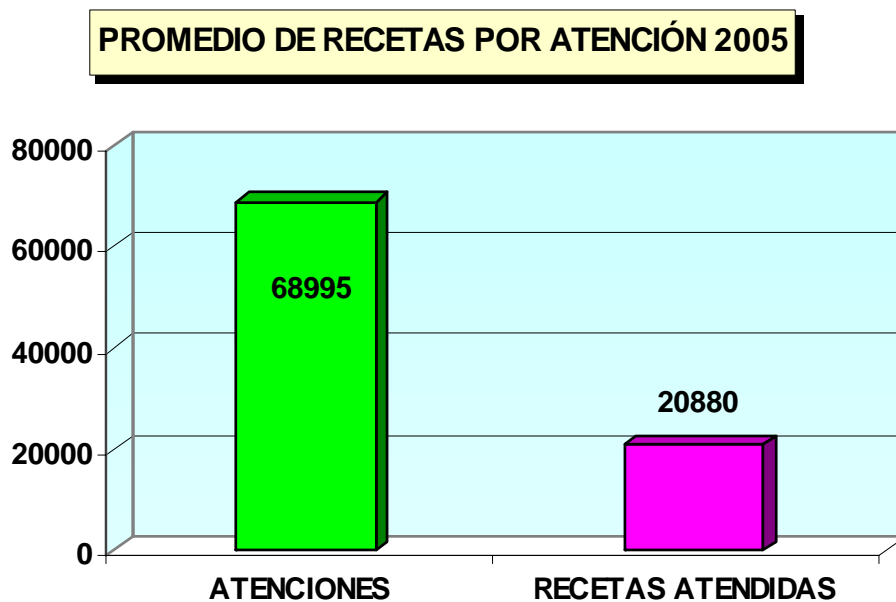
PSICOLOGIA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

PROMEDIO DE RECETAS POR ATENCION

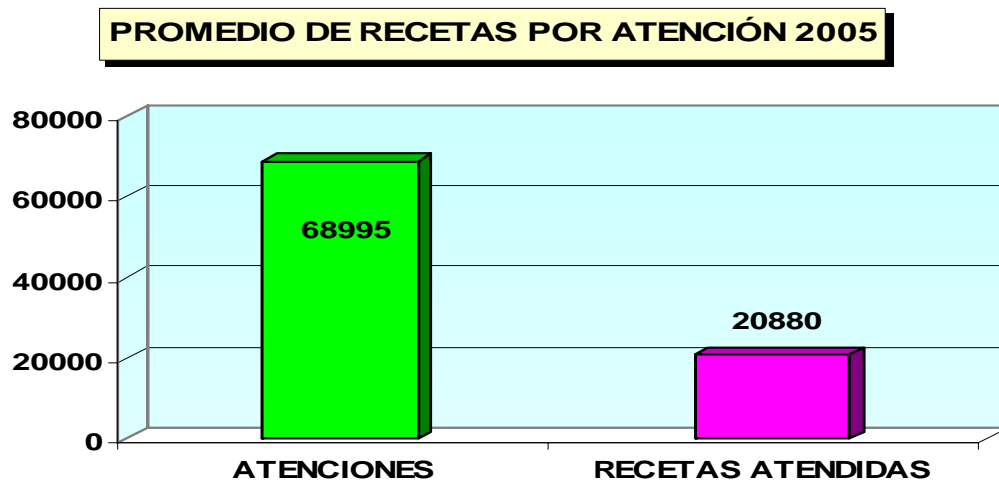
Mide el promedio de recetas despachadas por cada consulta médica que se realiza en el establecimiento, sirve para establecer el uso racional de medicamentos.



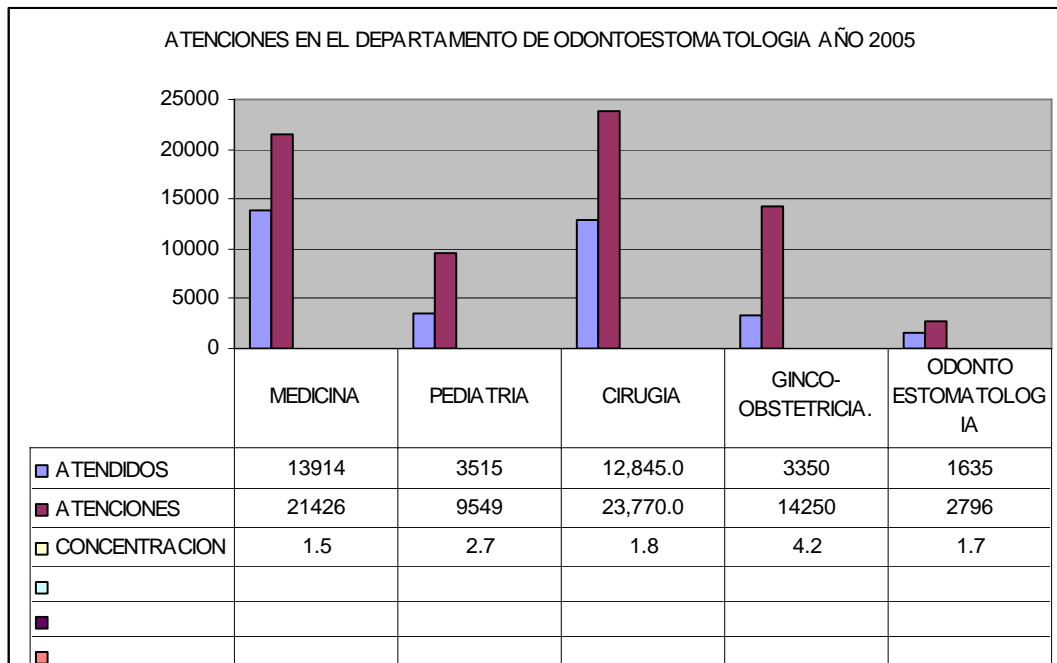
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

RAZON DE CONSULTAS EXTERNAS / EGRESOS

Nos da a conocer la relación que existe entre el número de pacientes que se hospitalizan y el total de pacientes que se atienden en consulta externa.

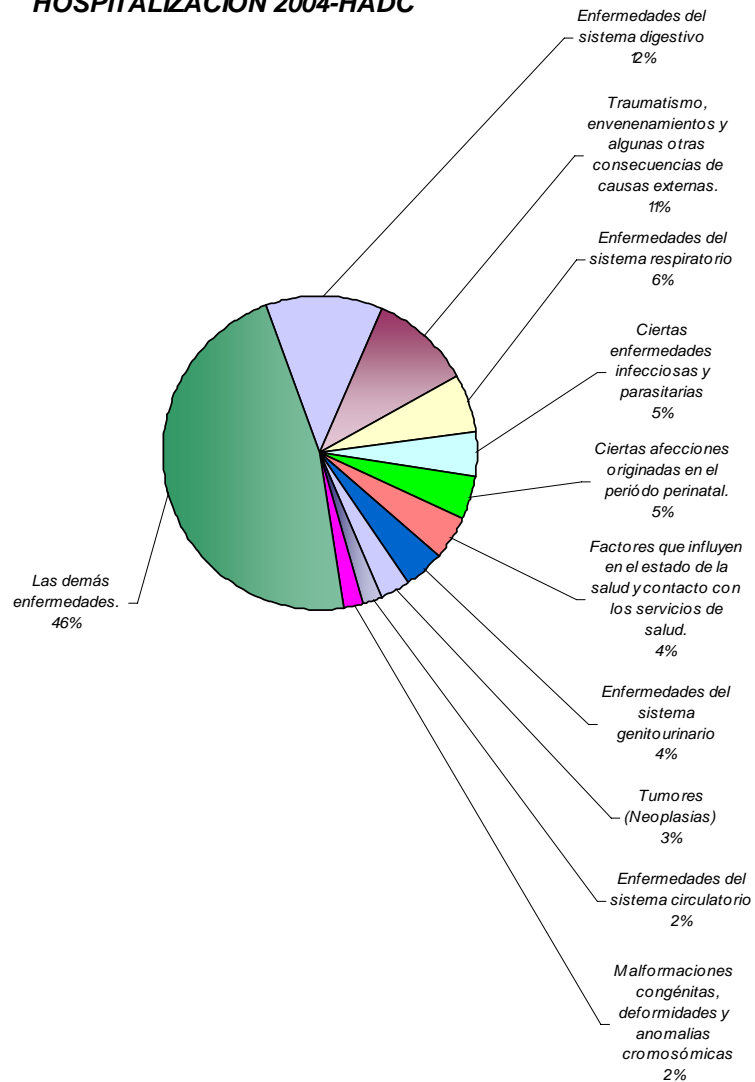


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR



PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2004-HADC



Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2005 - HR

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
XI	1	Enfermedades del sistema digestivo	1118	10.84%
XIX	2	Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	985	9.55%
X	3	Enfermedades del sistema respiratorio	556	5.39%
I	4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	340	3.30%
XVI	5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	500	4.85%
XXI	6	Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con los servicios de salud.	103	1.00%
XIV	7	Enfermedades del sistema genitourinario	731	7.08%
II	8	Tumores (Neoplasias)	242	2.35%
IX	9	Enfermedades del sistema circulatorio	181	1.76%
XVII	10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	103	1.00%
		Las demás enfermedades.	5452	52.88%
		Total	10311	100.0%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN 2005-HR POR ETAPAS DE VIDA

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2005 - HR NIÑO 0-9 AÑOS

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
XVI	1	Ciertas afecciones originadas en el período peri natal.	500	33.40%
X	2	Enfermedades del sistema respiratorio	294	19.64%
XIX	3	Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	134	8.95%
I	4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	123	8.22%
XVII	5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18	1.20%
XI	6	Enfermedades del sistema digestivo	62	4.14%
IV	7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	21	1.40%
XIV	8	Enfermedades del sistema genitourinario	83	5.54%
VI	9	Enfermedades del sistema nervioso	6	0.41%
XII	10	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	23	1.54%
		Las demás enfermedades	233	15.56%
		Total	1497	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2005 - HR
 ADOLESCENTE 10-19 AÑOS

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
XIX	1	Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	195	14.38%
XI	2	Enfermedades del sistema digestivo	111	8.19%
I	3	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	36	2.65%
XXI	4	Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con los servicios de salud.		
XIV	5	Enfermedades del sistema genitourinario	87	6.42%
XIII	6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4	0.29%
X	7	Enfermedades del sistema respiratorio	34	2.51%
XVII	8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	14	1.03%
II	9	Tumores (Neoplasias)	29	2.14%
	10	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	13	0.96%
		Las demás enfermedades	833	61.43%
		Total	1356	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2005 - HR
 ADULTO 20-64 AÑOS

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
XI	1	Enfermedades del sistema digestivo	706	10.94%
XIX	2	Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	549	8.50%
XIV	3	Enfermedades del sistema genitourinario	487	7.54%
I	4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	140	2.17%
II	5	Tumores (Neoplasias)	153	2.37%
X	6	Enfermedades del sistema respiratorio	104	1.61%
IX	7	Enfermedades del sistema circulatorio	86	1.33%
XVI	8	Ciertas afecciones originadas en el período peri natal.	54	0.84%
VI	9	Enfermedades del sistema nervioso		
XVII	10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47	0.73%
		Las demás enfermedades	4130	63.97%
		Total	6456	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN 2005 - HR
ADULTO MAYOR >65 AÑOS

CAP.	Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
XI	1	Enfermedades del sistema digestivo	239	23.85%
X	2	Enfermedades del sistema respiratorio	124	12.38%
XIV	3	Enfermedades del sistema genitourinario	74	7.39%
I	4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	41	4.10%
II	5	Tumores (Neoplasias)	39	3.89%
XIX	6	Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	107	10.68%
IX	7	Enfermedades del sistema circulatorio	85	8.48%
IV	8	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	24	2.39%
VI	9	Enfermedades del sistema nervioso		
II	10	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.	13	1.29%
		Las demás enfermedades.	256	25.55%
		Total	1002	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

HOSPITALIZACION

Es la unidad organizada y dirigida adecuadamente para prestar los servicios y cuidados que precisan los pacientes que requieren ser internados por mas de 24 horas para diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico.

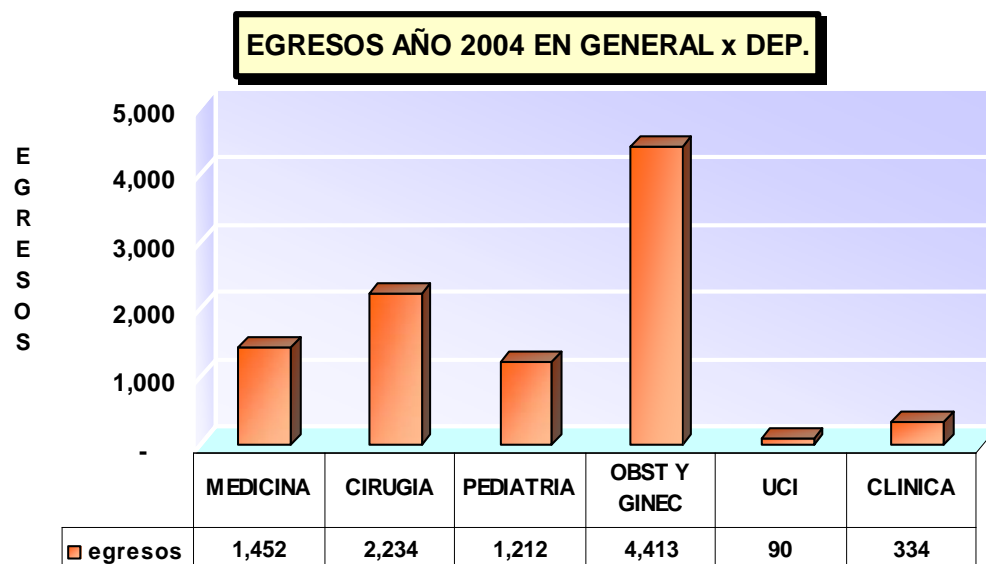
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN AÑO 2005

EGRESOS POR AÑOS

¡Error! Vínculo no válido.

FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

EGRESOS POR DEPARTAMENTO

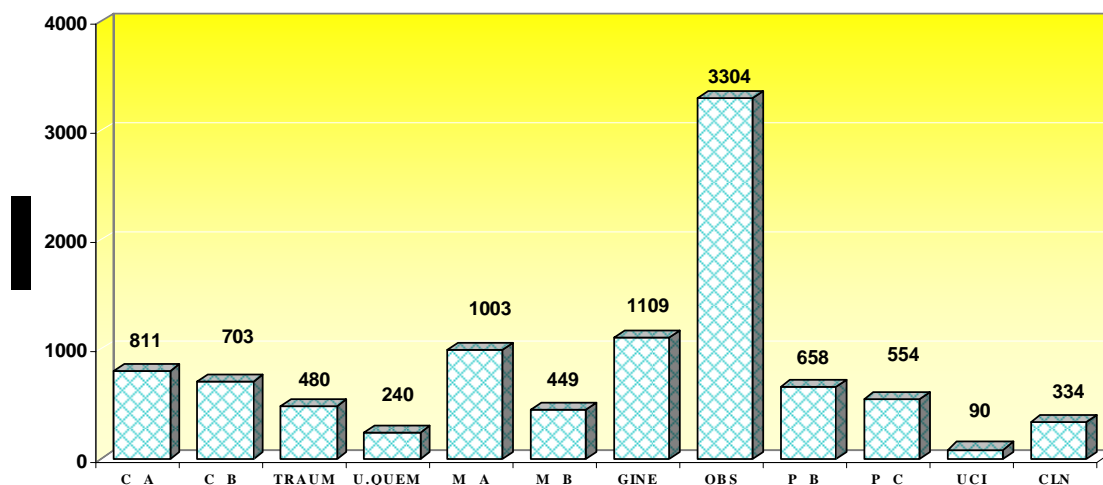


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

EGRESOS POR SERVICIOS

La distribución de egresos por servicio se muestra en la figura siguiente:

EGRESOS 2004 x SERVICIO

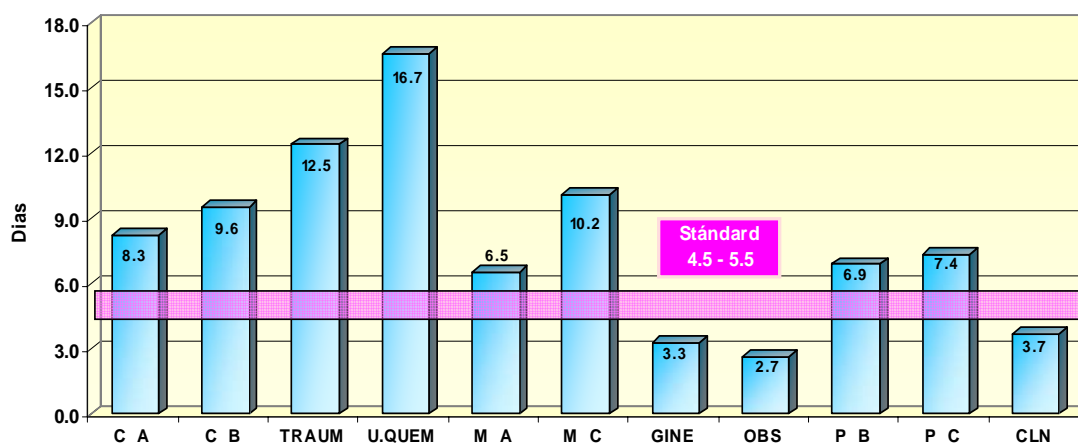


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

PROMEDIO DE PERMANENCIA O ESTADIA

Indicador de proceso, para evaluar el grado de aprovechamiento de la camas, indirectamente mide la calidad de los servicios, ya que la permanencia excesiva, refleja entre otras causas deficiencias técnicas y organizativas como inadecuado diagnóstico o tratamiento, pacientes en estudio, ineficiencia de los servicios de apoyo (Rx, Laboratorio), tardanzas en el suministro de medicamentos.

PROMEDIO DE PERMANENCIA x SERVICIO 2004



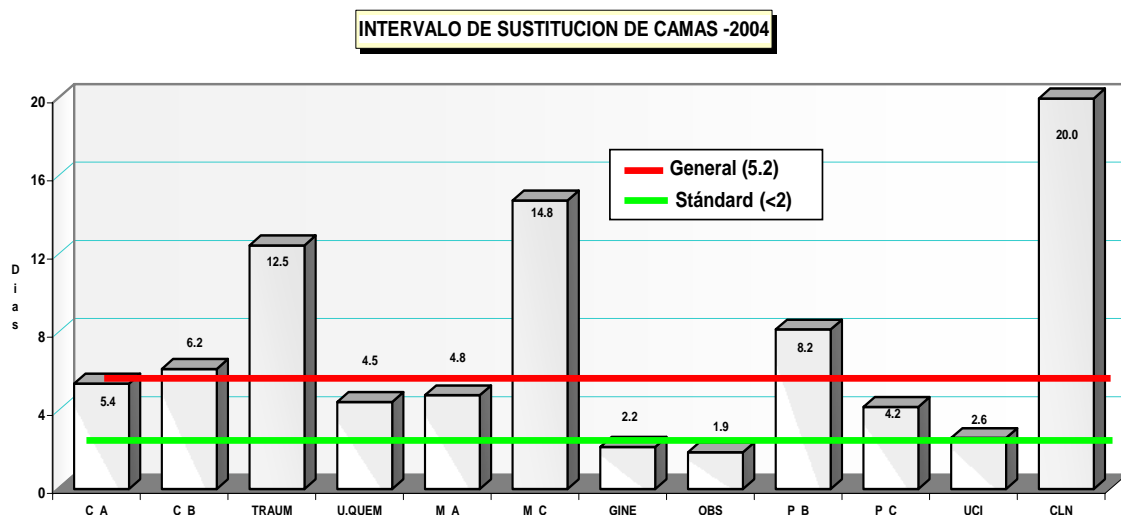
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el Gráfico se observa que los servicios de Ginecología y Obstetricia cumplen con el estándar establecido, debido al tipo de pacientes hospitalizados: legrados uterinos y parturientas, sin embargo siendo este indicador un promedio, el mayor volumen de hospitalizados son los de parto normal. (En análisis desagregado de partos y cesáreas). El servicio de Clínica también cumple con estándares, posiblemente debido al costo de hospitalización y a la calidad de atención del medico tratante.

Los servicios con permanencia mayor son el servicio de Traumatología y Unidad de Quemados, por la naturaleza de las atenciones que brindan, sin embargo en Traumatología se debe evaluar la oportunidad del servicio de Fisioterapia y Rehabilitación, y en la Unidad de Quemados, la capacidad de atención de un solo médico Cirujano Plástico para realizar escarectomías y curaciones para una evolución favorable, así mismo evaluar las complicaciones intrahospitalarias (IIH). Los servicios de Cirugía A y B, tienen también un promedio de permanencia alta mayor al del estándar considerando el tipo de intervenciones quirúrgicas que más frecuentemente realizan: apendicectomías, colecistectomías, se debe evaluar si los pacientes ingresan con sus exámenes preoperatorios o si hay mucho tiempo de espera para sala de operaciones.

INTERVALO DE SUSTITUCIÓN DE CAMAS O DE REOCUPACIONES

Indicador de proceso, mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro;



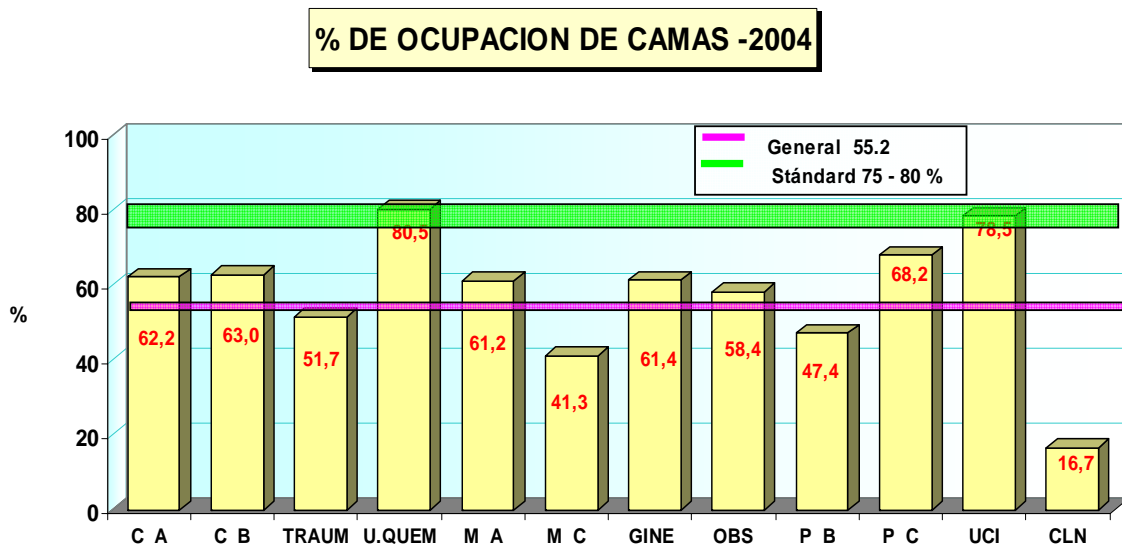
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

Como se aprecia en el Gráfico los únicos servicios que se aproximan al estándar son los servicios de Ginecología y Obstetricia, seguido de cerca de Neonatología, es decir hay una adecuada utilización de las camas, en cambio en los servicios de clínica(20 días), Traumatología(13 días) y Medicina C (12 días), las camas en estos servicios permanecen

vacías en promedio de 15 a 18 días, observamos entonces con este indicador el poco uso de las camas repercutiendo esto en personal y otros recursos como gastos innecesarios.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA POR SERVICIOS

Indicador de proceso, que mide el grado de utilización de camas, establece la relación entre el número de pacientes que ingresan y la capacidad real de camas útil para establecer planes para la utilización máxima de las camas del Hospital, permite conocer los servicios donde la utilización de las camas es excesiva o insuficiente, mantener la proporción optima de ocupación, mejorar la distribución de las camas entre los distintos servicios y adaptar las instalaciones a las necesidades del hospital.



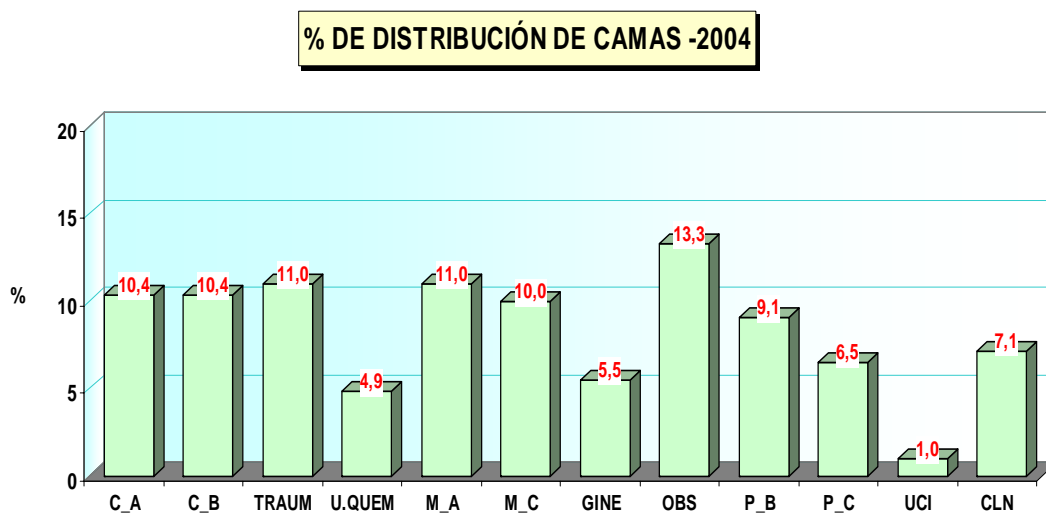
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el Gráfico , se observa que el porcentaje de ocupación de camas por servicio en 2004, los servicios que llega al estándar de 80%, son los servicios de Unidad de Quemados, UCI, Neonatología, Medicina A en cambio los servicios con menos porcentaje de ocupación son clínica que usa menos de la quinta parte de sus capacidad, Medicina C, usa 2 de cada 5 camas.

Los factores que alteran el porcentaje de Ocupación cama son: los ingresos innecesarios número insuficiente o excesivo de camas, recuperación lenta por tratamientos inadecuados y/o por demoras en las altas por razones sociales o administrativas.

PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DE CAMA POR SERVICIO

Indicador de Estructura, que permite conocer la distribución de camas entre los servicios o especialidades, respecto al total de camas disponibles del hospital, nos va a permitir relacionar este indicador con el período de permanencia, intervalo de sustitución y porcentaje de ocupación cama, los cuales indican la presión de la demanda para lograr una mejor apreciación sobre el uso eficiente del recurso cama.

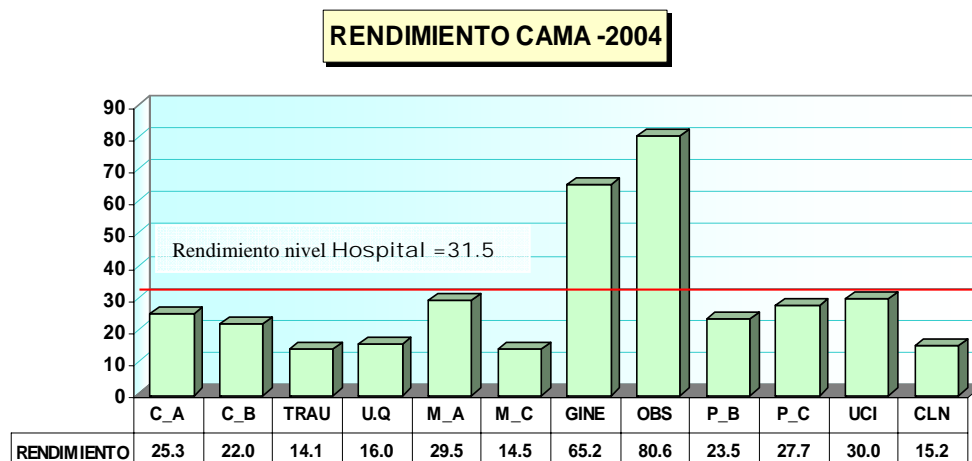


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el Grafico, observamos que el mayor porcentaje lo tiene Obstetricia que estaría adecuado a los otros indicadores arriba mencionados pues cumplen de acuerdo a los estándares establecidos. Los servicios de Medicina, Cirugía y Traumatología, con similar distribución, en cambio no todos llegan a los estándares establecidos como veremos mas adelante, por lo cual habría que reconsiderar su distribución de igual manera en clínica donde sus indicadores son los mas bajos de todo el hospital, cabe mencionar que UCI, Unidad de Quemados, Ginecología y Neonatología con bajos porcentaje de distribución cama deben de ser considerados para una mejor distribución.

RENDIMIENTO O ROTACION CAMA POR SERVICIOS

Indicador de proceso, es el promedio de ingresos por cama, el número de enfermos tratados en cada cama es decir el número de egresos que ha producido durante el año, esta influido por el promedio de estancia y por el intervalo de sustitución, siendo el rendimiento inversamente proporcional a estos, es decir mayor rendimiento menor estadía e intervalo de sustitución, es el mayor indicador de productividad y calidad de un servicio.



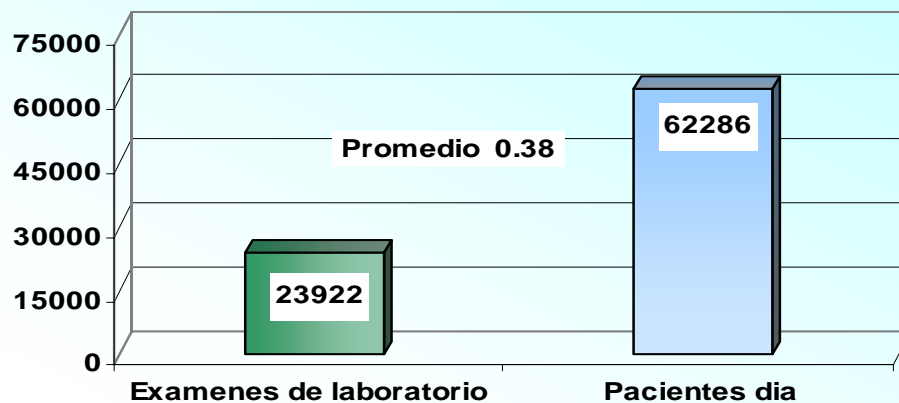
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el Gráfico se observa un alto rendimiento cama en los servicios de Obstetricia y Ginecología por encima del promedio, en cambio los servicios con menor rendimiento son: Traumatología, Unidad de Quemados, Clínica y Medicina C debido a la alta estadía y reocupación de cama por lo cual sugiere evaluar la calidad de atención en estos servicios.

PROMEDIO DE EXAMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE DIA

Refleja la utilización de los recursos de laboratorio por cada paciente día. Para establecer el uso adecuado de los recursos y valorar la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnostico.

PROMEDIO DE EX. LABORATORIO x PAC. DIA 2004



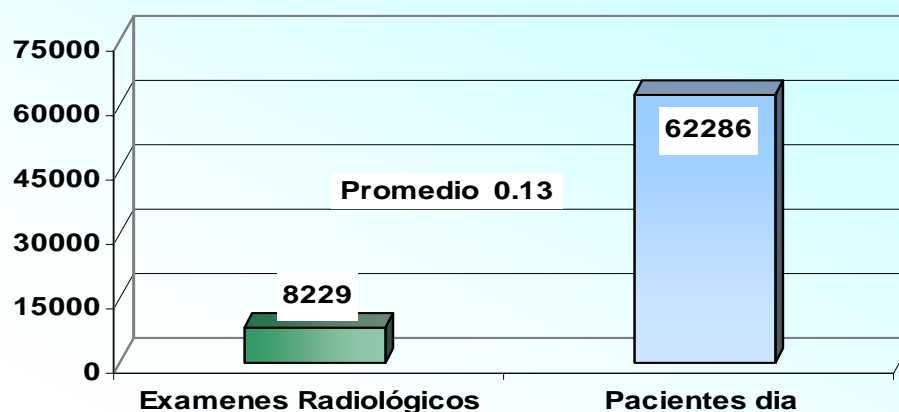
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

En el Gráfico, observamos que el promedio de exámenes atendidos por laboratorio es de 0.38 por cada paciente día referido a las cuatro áreas básicas: hematología, bioquímica, inmunología y microbiología

PROMEDIO DE EXAMENES RADIOLOGICOS POR PACIENTE DIA

Mide el número de exámenes radiológicos efectuados en cada paciente día. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos.

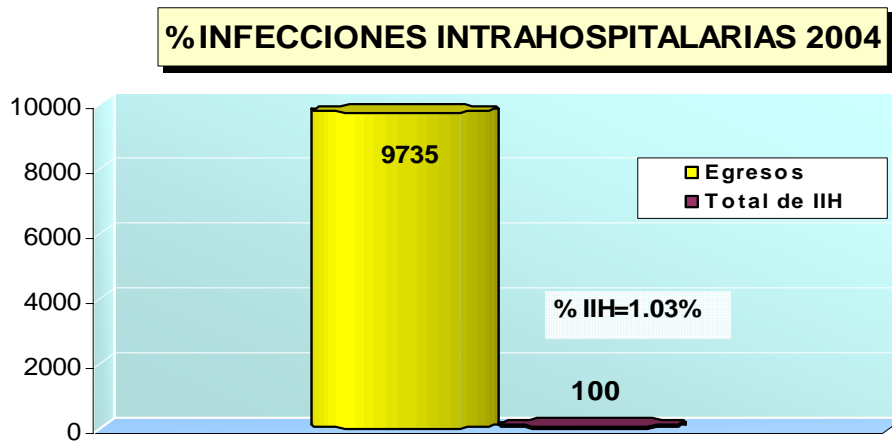
PROMEDIO DE EX. RADIOLOGICOS x PAC.DIA. 2004



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS

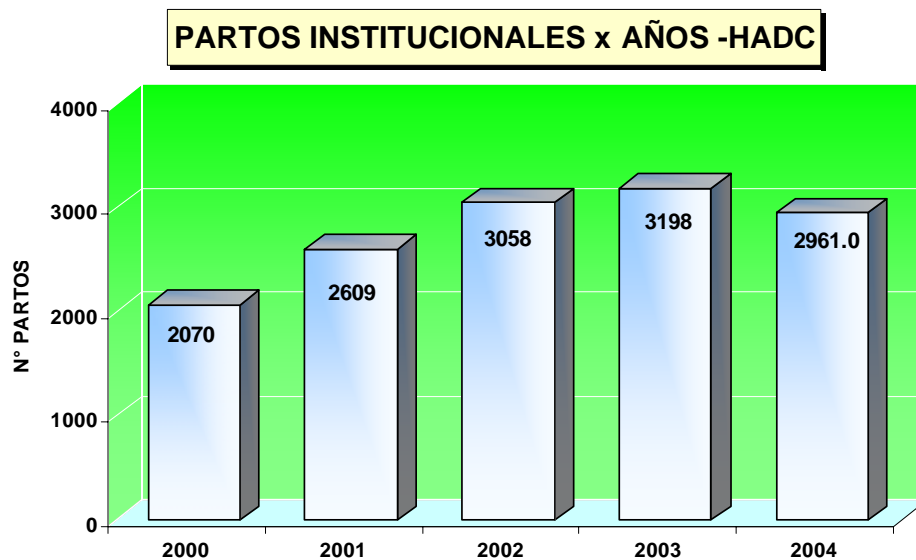
Es un proceso infeccioso adquirido por un paciente luego de 48 horas de permanecer en el Hospital y que no portaba a su ingreso.



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

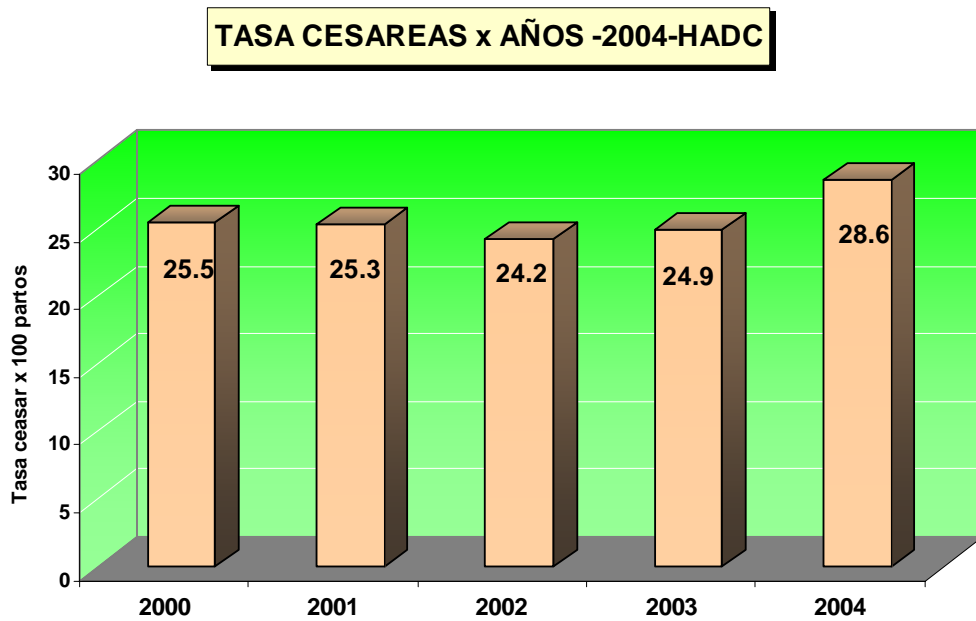
En el gráfico se observa que el porcentaje está en 1.03% que es el total de IIH dado en el hospital para los servicios que están en vigilancia como son Neonatología, UCI Gineco-Obstetricia, Cirugías y Medicinas. El Standard es menor a 7%.

PARTOS INSTITUCIONALES



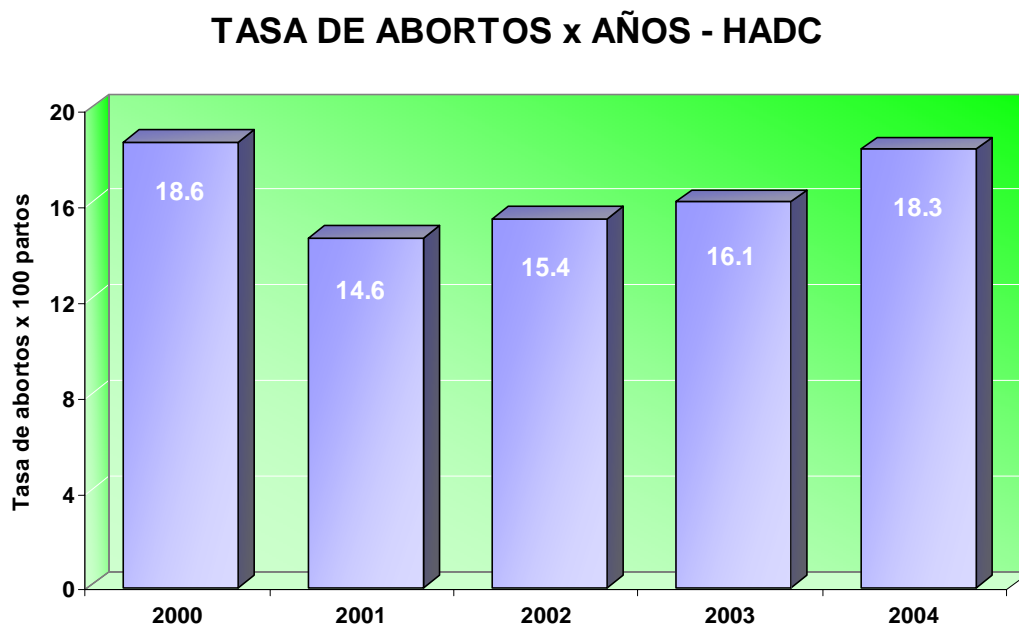
FUENTE : ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA DE CESAREAS



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA DE ABORTOS

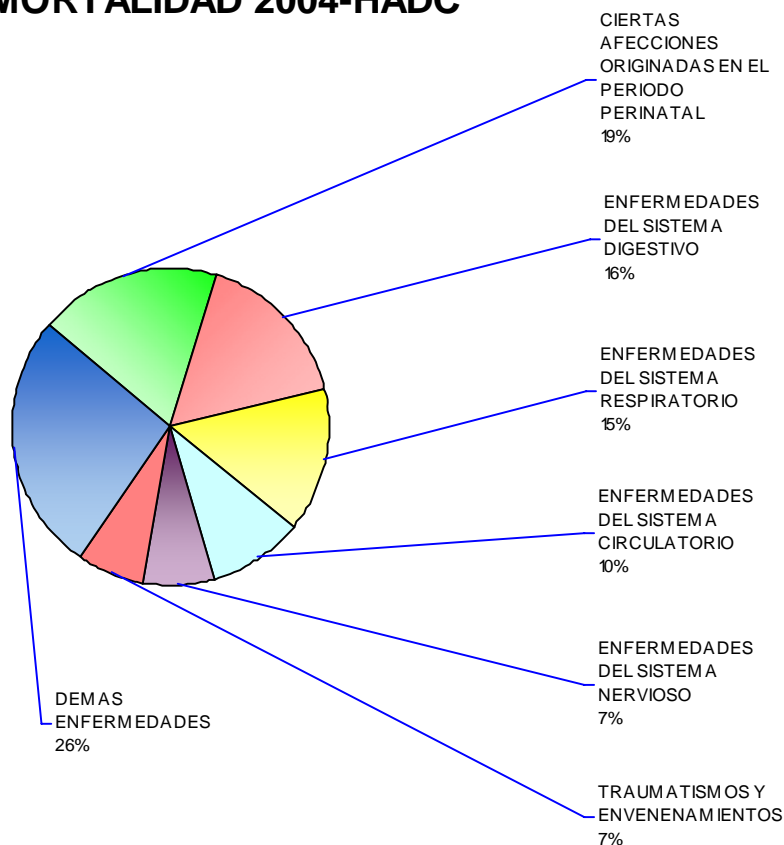


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD

Uno de los principales componentes en el Análisis de Situación de Salud es el perfil de mortalidad de la población. Si bien la muerte es un hecho vital único e inevitable en la vida de una persona, conociendo cuándo, donde, cómo y de qué mueren los individuos es posible deducir, en forma bastante aproximada, cómo viven estos, y a partir de ello, cuál es la Situación de Salud de la población del cual proceden.

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD 2004-HADC



Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION 2005-HR
EN GENERAL

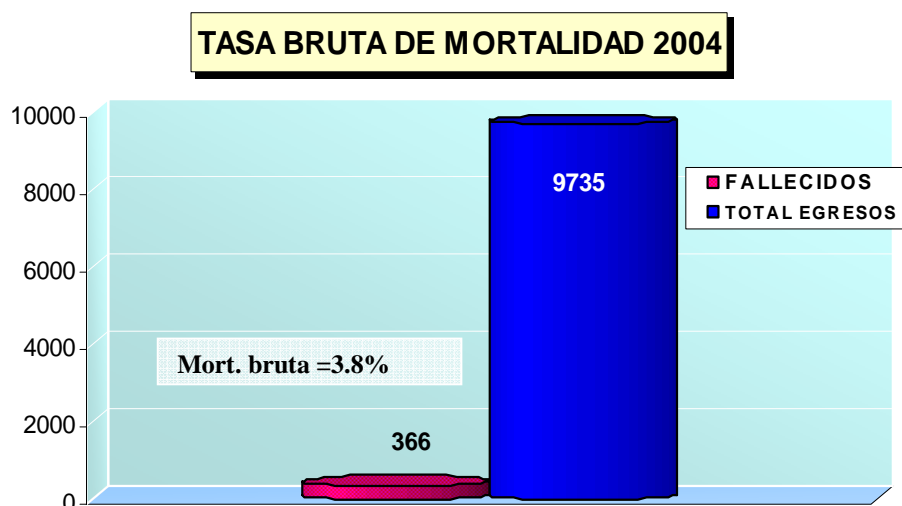
CAP.	N°	DENOMINACION	total	%
XVI	1	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	62	18.56
XI	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	46	13.77
X	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	43	12.87
IX	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	34	10.18
VI	5	ENFERMEDADES MALFORMACIONES CONGENITAS	30	8.98
XIX	6	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	37	11.09
XVIII	7	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLASGOS	29	8.68
II	8	TUMORES	10	2.99
I	9	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	29	8.68
XIV	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO	7	2.10
DEMÁS ENFERMEDADES			7	2.10
TOTAL			334	100.00

MORTALIDAD HOSPITALARIA

Sirve para obtener una apreciación global de la situación de la mortalidad de los pacientes hospitalizados, sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud del paciente de las asociadas a la calidad de los servicios de salud.

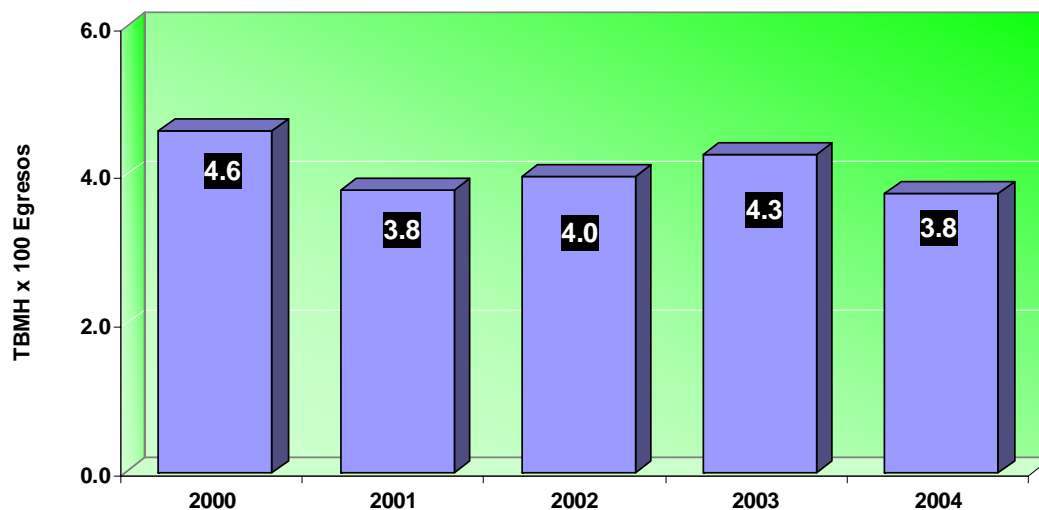
Mortalidad Bruta Hospitalaria

Es la proporción de fallecidos respecto al total de egresos durante el año 2004, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente.



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA x AÑOS - HADC

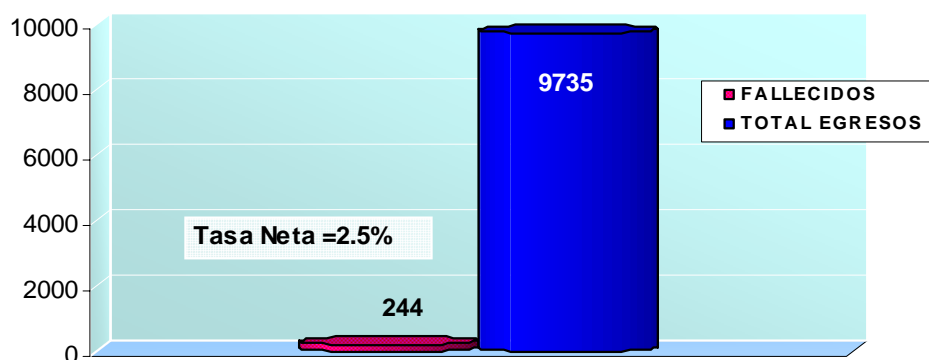


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

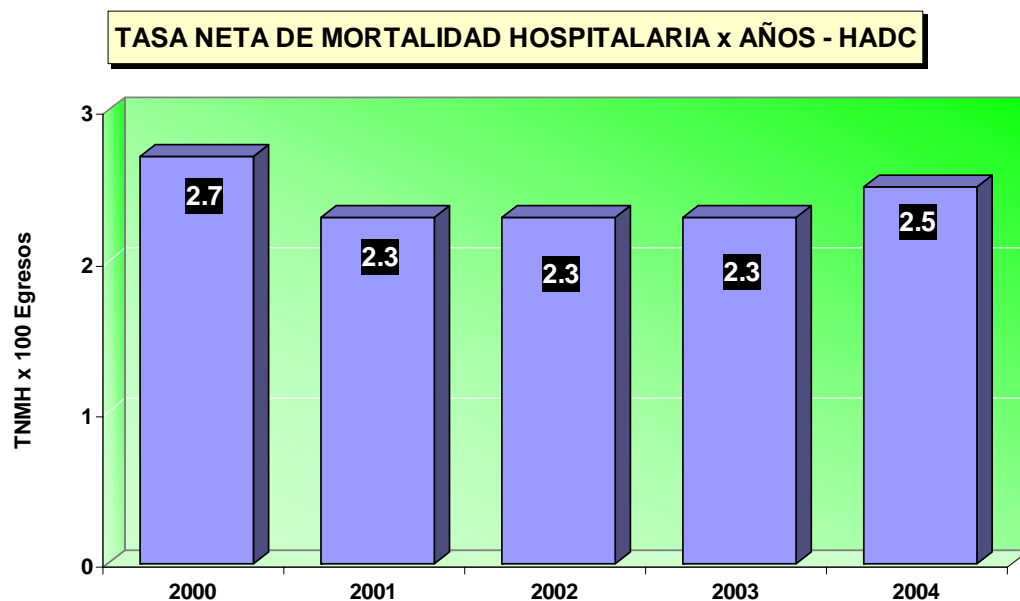
Mortalidad Neta Hospitalaria.

O Mortalidad Institucional que nos permite evaluar la calidad a pacientes hospitalizados, ya que presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria.

TASA NETA DE MORTALIDAD- 2004

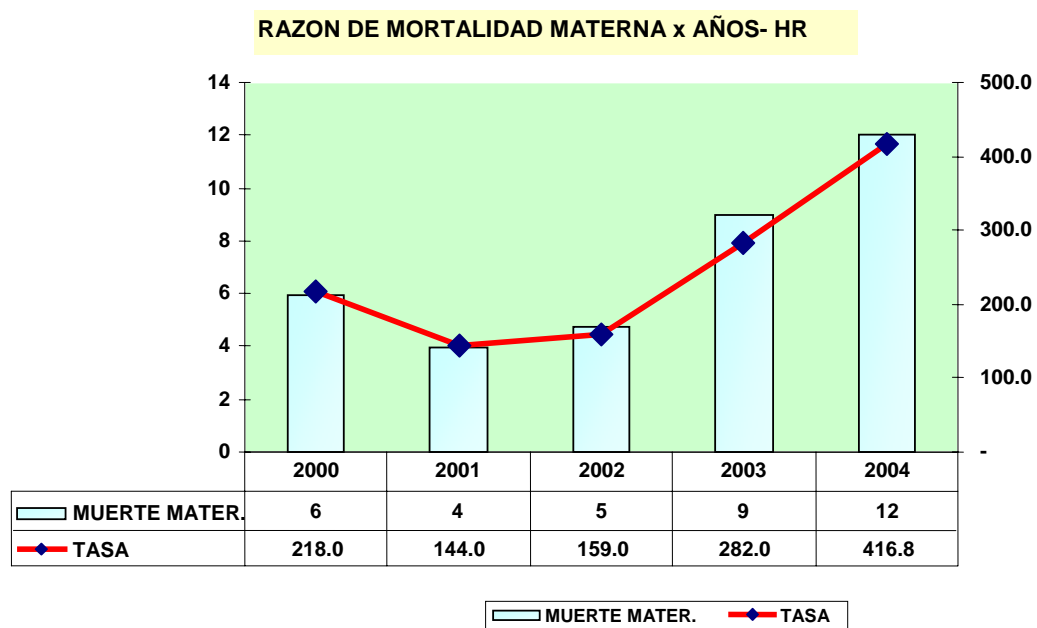


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR



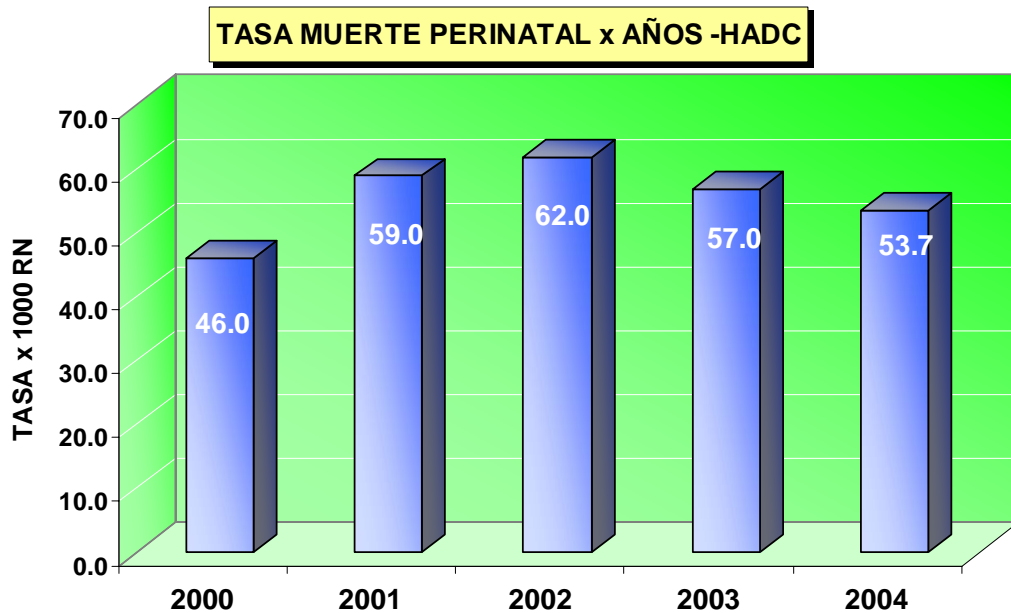
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA DE MORTALIDAD MATERNA



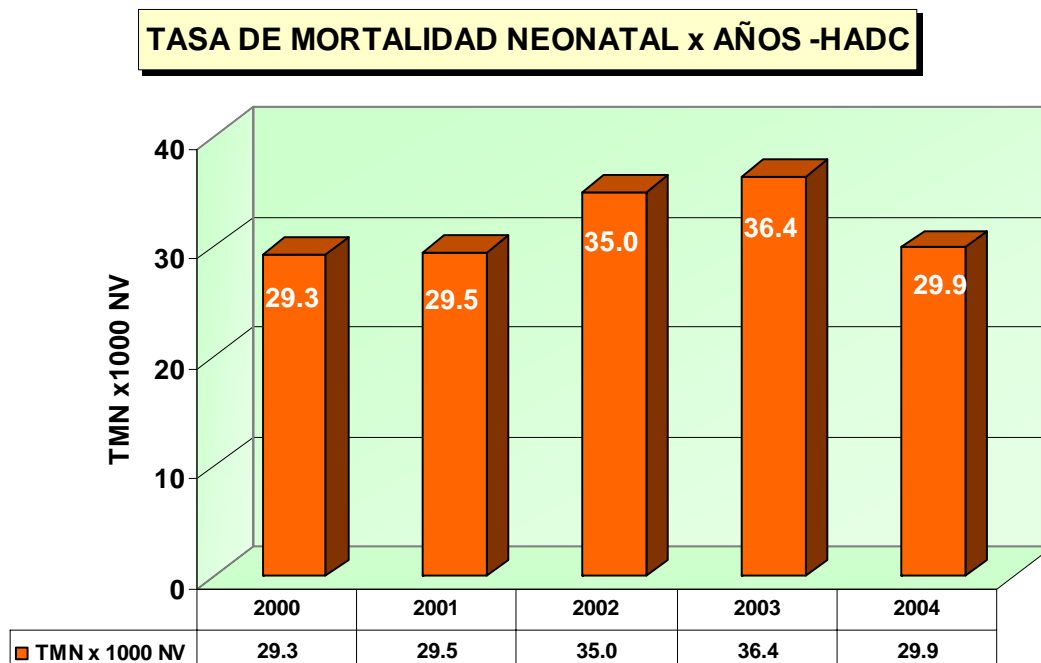
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA DE MUERTE PERINATAL



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

TASA DE MUERTE NEONATAL



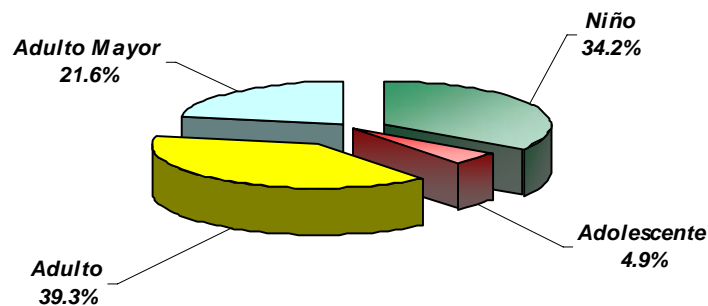
Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

En el 2004 se tuvo un total de 366 defunciones, de los cuales el 71.6% corresponde a muertes en el período perinatal, siendo esta la principal causa del total, afectando principalmente a niños menores de 1 año. Dentro de estas patologías destacan las enfermedades de los sistemas respiratorio, digestivo y circulatorio, traumatismos y envenenamientos, los tumores malignos destacan como la séptima causa de muerte en el hospital que corresponde el 6%.

Las Causas Externas de Mortalidad se ubican como sexta causa con el 17.4% del total, afectando significativamente a los varones con el 7%, dentro de estas causas encontramos al de las Personas fallecidas en accidentes de vehículo principalmente.

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN X ETAPAS DE VIDA

Mortalidad por etapas de vida-2004-HADC



Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION 2005-HR

ETAPA DE VIDA NIÑO : 0-9 AÑOS

CAP.	N°	DENOMINACION	TOTAL	%
XVI	1	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	62	45.93
X	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	12	8.89
XVIII	3	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLASGOS	4	2.96
XI	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	4	2.96
VI	5	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMACIONES	29	21.48
IX	6	TUMORES	2	1.48
I	7	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	10	7.41
XIX	8	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	10	7.41
XIV	9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO		
DEMÁS ENFERMEDADES			2	1.48
TOTAL			135	100.00

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION 2005-HR
ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE : 10-19 AÑOS

CAP.	N°	DENOMINACION	TOTAL	%
XIX	1	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	2	12.50
VI	2	ENFERMEDADES INFECCIONES PARASITARIAS	5	31.25
XI	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1	6.25
II	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2	12.50
IX	5	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS	4	25.00
XIV	6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO	1	6.25
DEMÁS ENFERMEDADES			1	6.25
TOTAL			16	100.00

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION 2005-HR
ETAPA DE VIDA ADULTO : 20-64 AÑOS

CAP.	N°	DENOMINACION	Total	%
XI	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	18	19.57
X	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	9	9.78
IX	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	13	14.13
VI	5	ENFERMEDADES, MALFORMACIONES CONGENITAS	1	1.09
XIX	6	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	19	20.65
II	8	TUMORES	4	4.35
I	9	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12	13.04
XVIII	7	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLASGOS	11	11.96
XIV	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO	2	2.17
DEMÁS ENFERMEDADES			3	3.26
TOTAL			92	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION 2005-HR

ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR : + 65 AÑOS

CAP	N°	DENOMINACION	Total	%
X	3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	20	21.98
XIV	10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO	4	4.40
XI	2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	23	25.27
IX	4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	21	23.08
XVIII	7	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLASGOS	10	10.99
II	8	TUMORES	4	4.40
I	9	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2	2.20
XIX	6	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	6	6.58
VI	5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0	0
DEMÁS ENFERMEDADES			1	1.10
TOTAL			91	100.0

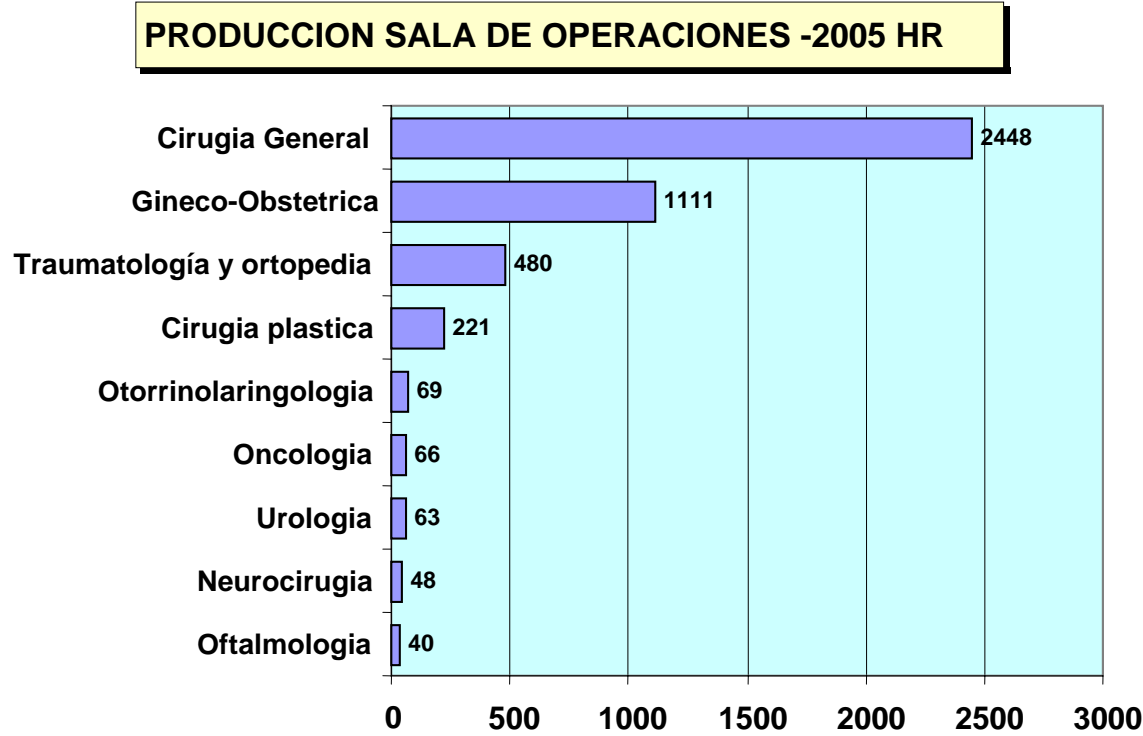
Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

SALA DE OPERACIONES

Actividades	Número	%
Operaciones Emergencia	4046	65.00%
Reoperaciones	144	2.30%
Defunciones	7	0.10%
Complicaciones Anestesia	7	0.10%
Complicaciones Operatorias	12	0.20%
Discrepancia entre el Dx Pre y Post Operatorio	88	1.40%
Suspensiones	242	3.90%
Numero de Salas de Operaciones	5	
Porcentaje de Uso de Sala de Operaciones	74.60%	

FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

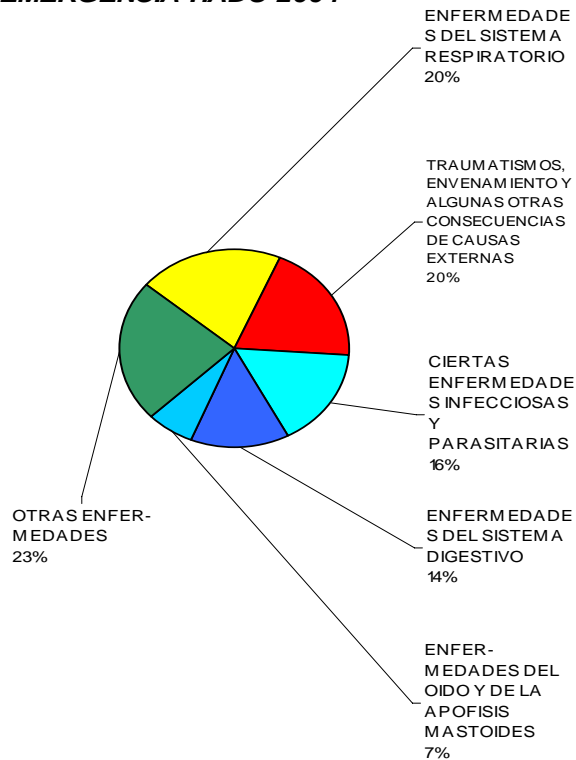
PRODUCCION SALA DE OPERACIONES



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA-HR

EMERGENCIA

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA-HADC-2004



Fuente: Unidad de Estadística e Informática- HR

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA -2005-HR EN GENERAL

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7306	24.96
2	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	6855	23.42
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4495	15.36
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2070	7.07
5	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	569	1.94
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	3604	12.31
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	638	2.18
8	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	614	2.11
9	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS MAL DEFINIDOS	1739	5.94
10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL CONDUCTA	378	1.29
	OTRAS ENFERMEDADES	1000	3.42
	TOTAL	29268	100.00

Fuente: Hospital Regional Unidad de Estadística é Informatica

Primeras causas de morbilidad Emergencia x etapas de vida

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA -2005-HR
ETAPA DE VIDA NIÑO: 0-9 AÑOS

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4488	37.81
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2602	21.92
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	487	4.10
2	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	1507	12.70
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	972	8.19
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	73	0.62
6	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	412	3.47
9	SINTOMAS SIGNOS Y HALLAZGOS, MAL DEFINIDOS	670	5.64
8	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	216	1.82
10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL CONDUCTA	77	0.65
	OTRAS ENFERMEDADES	365	3.08
	TOTAL	11869	100.00

Fuente: Hospital Regional Unidad de Estadística é Informática

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA -2005-HR
ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE: 10-19 AÑOS

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
2	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	1211	30.67
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	519	13.14
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	259	6.56
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	865	21.90
9	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS, MAL DEFINIDOS	217	5.50
6	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	46	1.16
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	527	13.35
8	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	96	2.43
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	89	2.25
10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL CONDUCTA	65	1.65
	OTRAS ENFERMEDADES	55	1.39
	TOTAL	3949	100.00

Fuente: Hospital Regional Unidad de Estadística é Informática

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA -2005-HR

ETAPA DE VIDA ADULTO: 20-64 AÑOS

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	3726	31.11
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1148	9.59
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1704	14.23
4	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1262	10.54
5	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	102	0.85
6	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	270	2.25
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	1899	15.86
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	427	3.56
9	TRASTORNOS MENTALES Y DEL CONDUCTA	227	1.90
10	SINTOMAS, SIGNOS HALLAZGOS, MAL DEFINIDOS	771	6.44
	OTRAS ENFERMEDADES	439	3.67
	TOTAL	11975	100.00

Fuente: Hospital Regional Unidad de Estadística é Informatica

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMERGENCIA -2005-HR

ETAPA DE VIDA ADULTO: +65 AÑOS

Nº	DESCRIPCION	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	249	16.88
2	TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	411	27.86
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	112	7.59
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	176	11.93
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	206	13.97
6	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	9	0.61
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	49	3.32
8	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	32	2.17
9	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS, MAL DEFINIDOS	81	5.49
10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL CONDUCTA	9	0.61
	OTRAS ENFERMEDADES	141	9.57
	TOTAL	1475	100.00

Fuente: Hospital Regional Unidad de Estadística é Informatica

4. RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

RECURSOS HUMANOS:

PERSONAL MÉDICO:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados Otros	Total
Cardiólogo	1				1
Endocrinólogo				1	1
Gastroenterólogo	2				2
Intensivista	1				1
Internista	5			1	6
Nefrólogo	1				1
Patólogo	2		1		3
Radiólogo	1				1
Re-habilitador	1				1
Neumólogo	1				1
Neurólogo	1				1
Anestesiólogo	5				5
Cirugía tórax/ vascular	1				1
Cirujano General	8		1		9
Cir. Neurólogo	1		1		2
Cir. Pediatra	1				1
Cir. Oncólogo	1				1
Oftalmólogo	2				2
Otorrinolaringólogo	1			2	3
Trauma/Ortopedia	4			1	5
Urólogo	1				1
Cirujano Plástico	1				1
Pediatra	9			2	11
Neonatólogo	2				2
Gineco – Obstetra	7			2	9
Epidemiólogo	1				1
Med.Gral.Int/Fam	1				1
Medico General	10				10
TOTAL	72	0	3	9	84

Fuente: Unidad de Personal-HR

PERSONAL ASISTENCIAL NO MÉDICO:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
T.M. Laboratorio					0
T.M. Radiología	2				2
T.M. Med.Fís.Reh.					
Farmacéuticos	2		1		3
Odontólogos	3				3
Obstetrices	13		1		14
Psicólogos		1			1
Trab. Sociales	3				3
Enfermeras	83		5		88
Técnicos de Enf.	163	1	1		165
Téc. Laboratorio	6		3		9
Tec. Asist. Social	1				1
Terapista	1		1		2
Tec. Farmacia			2		2
TOTAL	277	2	14		293

Fuente: Unidad de Personal-HR

PERSONAL DE MANTENIMIENTO, SERV. GENERALES Y TRANSPORTE:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
Electricista	2				2
Mecánico	1				1
Tec. Transporte	7				7
Artesano/S.Gen.	52	3	25		80
Op. Maq. Ind.	11	6			17
Inspector sanitario	2				2
Tec. Nutrición	9	1			10
Superv. Taller	2				2
TOTAL	86	10	25		121

Fuente: Unidad de Personal-HR

PERSONAL ADMINISTRATIVO:

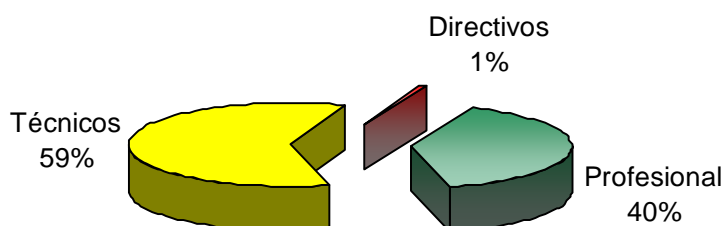
Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
Director Ejecutivo	1				1
Administrador		1			1
Contador			2		2
Asesor Legal			2		2
Esp. Administrat.	1				1
Asistent. Adimistrat.	6				6
Tec. Administrativo	35				35
Tec. Estadística	6				6
Asis.Serv.Edu.Cul.	1				1
Asist.serv. Jurídico.	1				1
Jefe de División	2				2
TOTAL	53	1	4		58

Fuente: Unidad de Personal-HR

El hospital cuenta con 556 trabajadores entre nombrados, contratados y por servicio no personales. De ellos, 84 son médicos, 293 personal asistencial no médico, 88 enfermeras, 14 obstetras, entre otros profesionales, 121 en servicios generales, mantenimiento y transporte, 58 trabajadores en el área administrativa.

La cantidad de trabajadores aun resulta insuficiente, especialmente en el departamento de enfermería, donde el déficit de profesionales y técnicos es cubierto por internas, estudiantes y practicantes. Otro departamento, cuyo déficit de personal contribuye parcialmente a limitar su capacidad de respuesta es Emergencia y Cuidados Críticos.

DISTRIBUCIÓN DE CARGOS SEGUN GRUPO OCUPACIONAL



El gráfico muestra la distribución de cargos según grupo ocupacional. La proporción entre profesionales, técnicos y ejecutivos resulta apropiada, considerando la complejidad asistencial y administrativa de nuestro hospital.

La adecuada gestión del recurso humano, orientada al logro de los objetivos institucionales y al desarrollo individual y colectivo de los mismos, requiere de políticas claramente definidas, que incluya aspectos como estímulo, reconocimiento y capacitación del personal, entre otros. Actualmente, las capacitaciones brindadas no obedecen a un Plan debidamente sustentado en la identificación previa de las competencias técnicas que cada puesto laboral lo requiere. Del mismo modo, no está definido el perfil de cada servidor con sus conocimientos y habilidades actuales.

Material y Equipos

El abastecimiento adecuado y oportuno de materiales e insumos necesarios para las actividades y servicios brindados ha presentado curvas oscilantes durante los últimos años. En muchos casos debido a la carencia de un flujo eficiente de información, la falta de recursos económicos o por no contar con las especificaciones técnicas de los materiales e insumos idóneos para su adquisición.

En relación a esto último, es necesario revisar el Petitorio Farmacológico Institucional y el Catalogo de Especificaciones Técnicas de Materiales Fungibles y No Fungibles, a fin de actualizar, sincerar y flexibilizar su contenido según las necesidades identificadas por los servicios, tanto reales como potenciales.

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

La capacidad de respuesta del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos se ve limitada debido a la falta de equipos y mobiliario, especialmente en el servicio de Emergencia. Del mismo modo, la ambulancia del hospital no cuenta con el equipamiento que los estándares internacionales señalan.

Por otro lado la congestión de los servicios de apoyo al diagnóstico impiden una atención de calidad a nuestros usuarios, principalmente debido a la gran demanda de ecografías, eco cardiografías y RX que supera nuestra oferta actual de tales servicios por no contar con los equipos necesarios y adecuados.

Finanzas

Nuestros ingresos proceden de dos fuentes principales, los Recursos Ordinarios (RO) y los Recursos Directamente Recaudados (RDR).

La asignación presupuestal (RO) viene sufriendo recortes periódicos, lo que afecta en gran medida la ejecución de las actividades programadas. Por otro lado, nuestros RDR son reducidos con relación a nuestros costos, ello principalmente debido a las tarifas sociales que aplicamos, además de las exoneraciones¹.

Infraestructura

La infraestructura hospitalaria tiene una antigüedad de 42 años.. A través de los años, y debido a la necesidad de satisfacer una demanda progresivamente creciente como Hospital General, su crecimiento se ha realizado sin la debida planificación para un centro asistencial de tercer nivel que se requiere.

Existen daños en los techos del hospital que pueden comprometer la estructura y cerco perimétrico viéndose debilitado el sistema de seguridad.

No se cuenta con un adecuado mantenimiento de estructuras e infraestructura del hospital

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

La instalaciones de HR tienen la misma antigüedad que su infraestructura y, al igual que ella, a carecido de mantenimiento preventivo oportuno y sistematizado. En muchas ocasiones el mantenimiento correctivo fue deficiente, lo que ha originado que tales instalaciones actualmente requieran de renovación total. Se desprende pues la necesidad de contar con un plan integral de rehabilitación, recuperación y mantenimiento tanto de la infraestructura como de sus instalaciones.

La deficiencia más saltante en la actualidad es el inadecuado abastecimiento de agua potable y servicio de desagüe especialmente en áreas críticas del hospital. Se suma a esta deficiencia, el insuficiente abastecimiento de vapor de agua a los centros que lo requieren (esterilización, cocina, lavandería, etc.) debido principalmente al continuo desperfecto de los calderos de vapor.

Debido a la antigüedad de sus instalaciones, éstas no incluyen un sistema de cableado que permita la implementación de una Red Informática Gerencial.

La ausencia de un centro de acopio para almacenar los residuos sólidos hospitalarios, es una condición que atenta contra las normas de Bio-seguridad mínimas. Esta situación con lleva a incrementar el riesgo de infecciones intra hospitalarias.

ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES: Matriz N° 1
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS : Matriz 2
EVALUACIÓN DE AVANCE FÍSICO DE LAS ACCIONES PROGRAMADAS 2006:
Matriz 3.