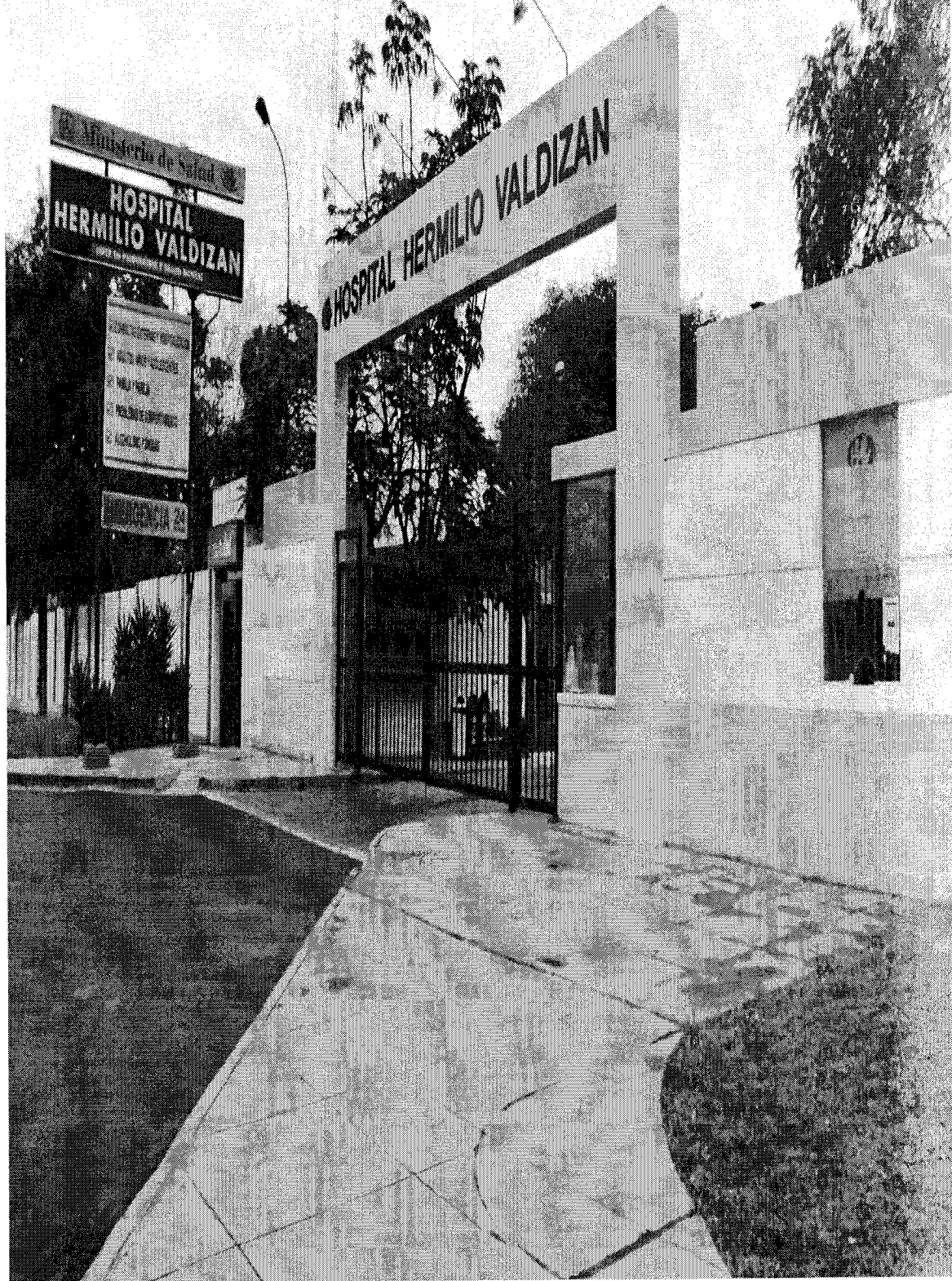


HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

SEGUIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO

IV TRIMESTRE 2017





DIRECTIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

ÓRGANOS DE DIRECCIÓN

Director General	Mg. Carlos Alberto, Saavedra Castillo
Director Adjunto	Psic. Rosa Ila, Casanova Solimano
Director Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Econ. José Manuel, Lindo Castro
Director Oficina Ejecutiva de Administración	Lic. Adm. María Mildred, Ruiz Villacorta

ÓRGANOS DE CONTROL

Órgano de Control Institucional	CPC. Carlos, Moreno Leyva
---------------------------------	---------------------------

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Econ. José Manuel, Lindo Castro
Oficina de Epidemiología y Salud Mental	Mg. Noemí, Paz Flores
Oficina de Asesoría Jurídica	Econ. José Manuel, Lindo Castro
Oficina de Gestión de la Calidad	MC. Julio César, Quintana Leonardo

ÓRGANOS DE APOYO

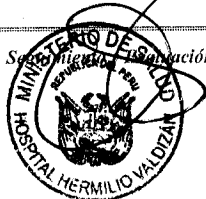
Oficina de Economía	CPC. Erica Beatriz, Huarcaya Flores
Oficina de Logística	CPC. Rusbelinda, Becerra Medina
Oficina de Personal	Sra. Enriqueta, Vargas Cerqueira
Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Econ. Alberto, Vilcahuamán Asto
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	Psic. Francisco Javier, Bravo Alva
Oficina de Estadística e Informática	Lic. Víctor Ramón, García Herbozo

ÓRGANOS DE LÍNEA

Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte	Psic. Marco Antonio, Ramos Salazar
Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente	Psic. Juan Carlos, Lengua Sánchez
Departamento de Adicciones	Psic. Jaime, Jiménez Hernández
Departamento de Salud Mental en Familia	Psic. Lizardo Alfredo, Rodríguez Villacrés
Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento	Psic. Augusto Leónidas, Mosquera Del Águila
Departamento de Rehabilitación de Ñaña	Psic. Rolando, Zegarra Molina
Departamento de Promoción de la Salud Mental	Psic. Edith Verónica, Chero Campos
Departamento de Enfermería	Lic. Enf. Francisca, Mauricio Roque
Departamento de Servicios Médicos	MC. Terencio, Pompeyo Izaguirre
Servicio de Odontología	CD. Clever Raúl, Palian Pucumucha
Departamento de Apoyo al Tratamiento	CD. Roberto Paul, Paz Soldán Medina
Departamento de Rehabilitación en Salud Mental	Psic. Carlos, Ríos Cuadros
Departamento de Apoyo al Diagnóstico	MC. Miguel Ernesto, Córdova Ruiz

EQUIPO TÉCNICO - OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Responsable de la Unidad de Planeamiento y Gestión Institucional	Lic. Adm. Patricia, Ríos Rodríguez
Especialista – Costos- UPGI	Lic. Adm. Yonathan Nevado
Responsable de la Unidad de Presupuesto	Mg. Rafael Pineda Gallardo
Responsable de la Unidad de Proyectos de Inversión	Mg. Willy Colon Flores Castillo
Responsable de la Unidad de Organización	Mg. Silvia Marca Ignacio
Equipo - Unidad de Organización	Equipo de Mg. Richard, Díaz Beltrán
Asistente Ejecutivo	Lic. Educ. Viviana Paulino Tarrillo





ÍNDICE

Contenido

Presentación

- I. Generalidad
- II. Resumen Ejecutivo
- III. Análisis integral
- IV. Aspectos que influenciaron en los Resultados
- V. Anexo Matriz 5





PRESENTACIÓN

El presente documento Seguimiento del Plan Operativo Anual 2017 del Hospital Hermilio Valdizán, tiene como finalidad dar a conocer en forma integral los avances de la Gestión Institucional, en relación a los resultados y logros obtenidos en la ejecución de las metas a través de un enfoque operativo y presupuestal, enmarcado en los programas presupuestales; para lo cual se considerará además la evaluación de la Ejecución presupuestaria y la ejecución del Plan Anual de Contrataciones.

La Evaluación del Plan Operativo Anual 2017 es la fase que permite dar a conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas a nivel porcentual, de acuerdo al avance de la ejecución de sus metas físicas, así como limitaciones que se presenten en su ejecución, con la finalidad de tomar decisiones para corregirlos, y cumplir adecuadamente con los objetivos planteados.

Asimismo, se ha tomado en consideración los lineamientos del planeamiento estratégico del Ministerio de salud tales como: visión, misión, objetivos generales, describe los principales logros, problemas y acciones a tomar ante dichas adversidades, a esto debemos sumar el cumplimiento de los objetivos, metas que articuladas con nuestras actividades buscan el mejoramiento de la Salud Mental de nuestra población.

El seguimiento del Plan Operativo se ha realizado en concordancia con la **Directiva N° 001-2014-CEPLAN/PCD “Directiva General de Proceso de Planeamiento Estratégico – Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico”**. Teniendo en cuenta que los objetivos y actividades planteadas se articulan con los Objetivos del Milenio, Objetivos Generales Estratégicos del MINSALUD. Asimismo de acuerdo a los Lineamiento para el Planeamiento Operativo Institucional del Ministerio de Salud-MINSALUD aprobado con Resolución Directoral No.004-2016-OEPPM/OPEE/MINSALUD





I. GENERALIDADES

VISIÓN Y MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

VISIÓN

“Sector líder, que establece políticas públicas en salud centrado en las personas, que gozan de una vida más saludable, con accesos universal a los servicios de salud de calidad, integrales, oportunos y eficientes, basado en enfoques de derechos en salud e interculturalidad”.

MISIÓN

“Ejercer la rectoría del sector y conducir con eficiencia el sistema de salud, en concertación con el sector público, privado y actores sociales; centrados en las personas, en la prevención de enfermedades, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando el acceso y calidad a servicios de salud con infraestructura moderna e interconectada, revalorizando al personal de salud y fortaleciendo una gestión transparente, oportuno y resolutive”.

MISIÓN DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

“Somos un hospital que presta servicios altamente especializados de salud mental y psiquiatría, con claridad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinarios. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría, desarrollamos acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el individuo, la familia y la comunidad de nuestra jurisdicción; contribuimos a crear entornos saludables con énfasis en las poblaciones de alto riesgo y realizamos actividades de enseñanza e investigación”.

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

El hospital “Hermilio Valdizán”, es un establecimiento de salud, con la CATEGORÍA III - 1, Tercer Nivel de Complejidad que brinda el servicio de Hospital Especializado en Salud Mental y Psiquiatría, con acciones de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Salud Mental de la población local y nacional, además desarrolla Investigación y Docencia dirigidas a la formación y capacitación de los recursos humanos, desarrollando:





- Atención Especializada en Psiquiatría y Salud Mental a personas, familias y comunidad, interviniendo sobre daños, conductas, comportamientos, prácticas y actitudes y factores de riesgo;
- Provisión de intervenciones y acciones de Promoción de la Salud Mental en y con la comunidad;
- Formación y especialización de recursos humanos en Psiquiatría y Salud Mental;
- Desarrollar Sub - Especialidades dentro de la Especialidad de Salud Mental.

Se encuentra ubicado en el Km 3.5 de la Carretera Central, distrito de Santa Anita, Ciudad de Lima – Cono Este, a una latitud Sur de 11°56'00'' a 12°02'36'' Sur y 77°01'42'' oeste a una longitud de 76°42'04'' a 76°57'09''. Tiene un área de 50,874 m². El hospital cuenta con un Centro de Rehabilitación ubicado en Ñaña con un área de 20,980 m².

El acceso es por vía terrestre a través de unidades de ómnibus y camionetas rurales (aprox. 50 líneas) desde:

CONO ESTE : A través de la Carretera Central
CONO SUR : A través de la Av. Evitamiento y Panamericana Sur
CONO NORTE : A través de la Av. Evitamiento y Carretera Central
CONO OESTE : A través de la Av. Nicolás Ayllón y Av. Grau

Otras vías de acceso importantes son:

En Ate la Autopista Ramiro Priale – Puente Huachipa, Vía de Evitamiento – Puente Huáscar, Av. Circunvalación, Yerbateros.

En la Molina la Av. La Molina, Av. La Universidad, Av. La Rinconada Baja, Av. Flora Tristán, Av. Los Constructores, Av. Los Robles, Av. Separadora Industrial, Av. Javier Prado Este.

En el Agustino la Av. Riva Agüero, Av. Inca Ripac, Av. Cesar Vallejo - Vía Evitamiento.

En San Juan de Lurigancho: La Av. Próceres de la Independencia, Av. El Sol, Av. Wiese, Av. Lima, Av. Central.

Santa Anita la Av. Eucalipto, Av. Ruiseñores, Av. Metropolitana.

En Cieneguilla la Carretera Cieneguilla.



El Hospital "Hermilio Valdizán", es un órgano, dependiente del Ministerio de Salud, en concordancia con las normas y disposiciones emitidas por el sector.

Funcionalmente la organización del trabajo para el Seguimiento del Plan Operativo – Anual 2017, recae en la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (OEPE).

La metodología empleada para la elaboración del presente documento fue:

- La socialización de la Directiva Administrativa en el interior de la Oficina de Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Se recopiló información estadística de la producción de servicios, así como información proporcionada por las unidades orgánicas de la Institución para realizar el control de la calidad de dicha información.
- Se solicitó la información mensualmente del avance de la producción y justificar cualitativamente en caso que no se haya cumplido con la ejecución programada.
- Para las actividades de los programas estratégicos se han realizado reuniones de coordinación con los representantes de dichos programas.

Todo se plasman en el Seguimiento del Plan Operativo – al IV Trimestre el cual es remitida a la Dirección General

- El Plan Operativo Anual 2017 fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 053-DG/HHV-2017, y reprogramado mediante RD N° 234-DG/HHV-2017 el cual establece productos y actividades para el presente año.
- La orientación de los objetivos, tiene el compromiso de los responsables de cada unidad orgánica con el fin de cumplir las actividades programadas, en concordancia con la misión y visión del Ministerio de Salud, tanto en materia de gestión sanitaria como administrativa.
- Las prioridades que se enmarcaron fueron la priorización de los trastornos psiquiátricos y/o problemas de salud mental que constituyen una de las causas principales de morbilidad en nuestro país. El impacto de las enfermedades mentales afecta al paciente, a sus familiares y a la sociedad en su conjunto, trascendiendo el plano emocional y afectando la situación económica de los involucrados.





II. RESUMEN EJECUTIVO

PRINCIPALES LOGROS:

En el OEI N° 03 Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud;

El avance obtenido en cuanto a atenciones de emergencia psiquiátrica con prioridad III y IV en el cuarto trimestre es supera lo programado por trimestre habiéndose logrado una ejecución del 96% en relación a lo programado para el año 2017, cifra obtenida en relación a la alta demanda recibida en el último trimestre que supera los resultados anteriores debido principalmente a la implementación diferenciada y a exclusividad en los consultorios de prioridades III y IV.

En cuanto al avance obtenido en atenciones de emergencia psiquiátrica especializada en salud mental para el IV trimestre 2017 es de 2184 atenciones, cifra que supera largamente a lo programado dicho trimestre habiéndose logrado una ejecución del 174% en relación a lo programado anualmente cifra obtenida principalmente por el incremento de atención en prioridades III y IV lo cual elevo las atenciones considerablemente.

- Se logró superar las metas físicas en 20 actividades presupuestales: PP. 016 (2) PP. 018 (03), PP. 104 (03), PP129 (01), PP 131 (07), AC (04), APNOP (25) de 45 actividades a superaron el 100% en grado de avance, con respecto a la programación anual.
- En el año 2017, se incrementó el número de atención en el servicio de consulta externa respecto del año 2016, habiéndose logrado una ejecución del 128% de la meta programada para el año 2017 en atención en consulta externa para niños. En cuanto a la meta programada para atención en consulta externa en adultos y gerontes. se logro una implementación del 123% en relación a lo programado para el año 2017.
- En cuanto a la atención Psiquiátrica en hospitalización de adultos y gerontes, en el IV trimestre 2017 se atendió la cantidad de 10775 hospitalizaciones alcanzando un grado de cumplimiento de meta del 90% respecto de la programación anual.
- Se logró el 100% de la ejecución de la meta del Plan de Acompañamiento Clínico Psicosocial y de Gestión, Seguimiento y Monitoreo a Equipos de Salud mental de



los Establecimientos de Salud de la Red de Salud Lima Este Metropolitana, del Hospital Vitarte y las Regiones 2017. Fortalecimiento de la Red de Agentes Comunitarios a través de su participación en la detección de personas con problemas de salud mental (caso probable), para ser derivados a los Establecimientos de Salud que han recibido ACPS en el 2017, con la finalidad de brindar un abordaje precoz incluyendo la posible derivación a un Centro de Salud Mental Comunitario.

En cuanto al OEI N° 08 Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del sistema de salud:

- En cuanto a las actividades del PP 068, se logró el 100% de ejecución de metas físicas en 05 de las 10 actividades con respecto a la programación anual.

AGENDA PENDIENTE:

- Mejorar los procesos logísticos capacitando a los centros de costos y brindando la información necesaria para la presentación adecuada y oportuna de sus requerimientos con el fin de dichos requerimiento sean atendidos oportunamente.
- Oportuno cumplimiento de plazos establecidos en el PAC.
- Capacitación para el registro de HIS-DIS para el seguimiento de las metas PP0129, se requiere de un sistema de registro de información de fácil uso.
- Mejorar los procesos de admisión, SIS, informáticos en el servicio de emergencia el cual es cubierto por el personal asistencial.
- Capacitación a los responsables de los Programas presupuestales en el sistema SIGA y SIAF para el oportuno seguimiento de sus metas.
- Disponer la atención en laboratorio las 24 horas asimismo exámenes especializados requeridos por la demanda.
- Aún pendiente la mejora de la articulación, mediante el Sistema de referencia y Contra referencia, con los establecimientos de salud de la jurisdicción.
- Aún pendiente fortalecer la consulta ambulatoria en el Centro de Rehabilitación de Ñaña y su articulación con el departamento de adicciones.
- Implementación de una Unidad de Admisión en emergencia en el turno noche.





- Desarrollar e implementar un registro de demanda insatisfecha (pacientes que no llegan a obtener una cita médica).
- Historia clínica estandarizada y electrónica
- Creación de nuevo ambiente para la centralización de las Historias Clínicas Pasivas.
- Adquisición del equipo de la Central Telefónica.
- Capacitación a los recursos humanos a través de PDP
- Actualización de los documentos de gestión

III. ANALISIS INTEGRAL

AVANCE DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS CONTENIDOS EN EL PLAN OPERATIVO - III TRIMESTRE

El seguimiento al Plan Operativo – al IV Trimestre 2017 periodo enero a diciembre del Hospital Hermilio Valdizán se encuentra planteada en base a dos Objetivos Estratégicos Institucionales disgregados cada uno de ellos con sus respectivos Acciones Estratégicas Institucionales articulados a los Objetivos Estratégicos Institucionales del POI 2017 del Ministerio de Salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo Estratégico Institucional N° 03:

Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.

Acción Estratégica Específica N° 3.2:

Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestaciones de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.

PROGRAMA 016 ENFERMEDADES TRASMISIBLES (TBC VIH/SIDA)



El servicio de Medicina interna programó en el producto Sintomáticos respiratorios con despistaje de tuberculosis, en la actividad “**Despistaje de tuberculosis en pacientes sintomáticos respiratorios**”, 295 personas atendidas al año, cuya ejecución al IV Trimestre alcanzo a 220 personas atendidas, alcanzando en grado de cumplimiento el 75% con respecto a la programación anual, En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo una avance de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

Para dar cumplimiento a esta actividad operativa se lleva a cabos dos tipos de actividades que son la identificación y examen de sintomáticos respiratorios y el seguimiento y diagnostico al sintomático respiratorio con 2 baciloscopias negativas.

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

No se cuenta con un ambiente adecuado, carencia de personal especializado (médico, enfermero, psicólogo).

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación o rotación de personal especializado, construcción e implementación de ambiente para el programa de PP. TBC-VIIH/SIDA.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno

RECOMENDACIONES:

Se sugiere mantener las coordinaciones con consultas externas para el cumplimiento en la ejecución de las metas físicas, así como la continuidad de su ejecución presupuestal,

En el producto Servicios de atención de tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad en el trabajador, en la actividad “**Medidas de control de infecciones y bioseguridad en los servicios de atención de tuberculosis**”, se programó 309 trabajadores protegidos al año, al IV trimestre se programó 159 trabajadores protegidos, ejecutándose 159, alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto al programación anual. En cuanto a la ejecución presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

La atención en esta actividad consiste en la evaluación clínica, examen de laboratorio

LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS:



Entre los problemas encontrados se puede decir que no se cuenta con un ambiente adecuado, se requiere personal especializado (medico, enfermero, psicólogo) y lo más relevante es que el personal de la institución es muy reacio y no accede a realizarse la evaluación médica.

Presupuesto insuficiente.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos en el PP 0106.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se realizaron las coordinaciones necesarias con las jefaturas.

LOGROS ALCANZADOS:

Se llegó a cumplir la meta programada

RECOMENDACIONES

Continuar con las medidas necesarias a través de la Oficina de Personal (Bienestar de Personal) mediante la sensibilización al personal que se encuentra en contacto directo.

En cuanto al producto Adulto y jóvenes reciben consejería y tamizaje para infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en la actividad “**Entregar a adultos y jóvenes varones consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA**” se programó 2294 personas informadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 572, ejecutándose 510, alcanzando un grado de cumplimiento de 71% con respecto a la programación anual. En cuanto al grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Falta de recurso humano.

Presupuesto insuficiente.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos el PP 016.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación o rotación del recurso humano.

LOGROS ALCANZADOS:





Ninguno.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere fortalecer la ejecución de metas físicas e inyectar más presupuesto,

PROGRAMA 018 PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (Salud Bucal),

El Servicio de Odontoestomatología en el producto Atención estomatológica Preventiva, en la actividad “Atención estomatológica Preventiva Básica en niños, gestantes y adultos mayores” reprogramó a 415 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 91, ejecutándose 250 personas tratadas, habiendo alcanzado en grado de cumplimiento de 156% con respecto a la programación anual. En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo un avance del 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

La prioridad del usuario es la atención psiquiátrica o psicológica.

La construcción de la Línea 2 del Metro de Lima, ocasiona muchas veces que los pacientes falten o lleguen tarde a sus citas programadas ocasionando que algunas atenciones no se lleguen a cumplir con lo programado.

Asimismo, el procedimiento instrucción de higiene oral, se encuentra en el Tarifario del SIS mientras que en el Tarifario institucional no está consignada.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones necesarias con los pacientes para flexibilizar el horario de las atenciones.

Mayor concientización sobre la importancia de contar con una buena salud bucal.

Incremento de citas diarias a pacientes ante la eventualidad a que falten a sus citas programadas. Previa coordinación con la Unidad Funcional de Seguros (SIS).

Reprogramación del tarifario institucional afin de que puedan incluirse nuevos procedimientos.

LOGROS ALCANZADOS:

La ejecución de las metas físicas al 100% se debió al cambio de actitud de los pacientes originando mejoría en cuanto al cumplimiento de sus citas, así como en la atención diaria.





Mayor acogida de pacientes en el servicio de Odontoestomatología.

RECOMENDACIONES

Se sugiere fortalecer la programación de las metas físicas para el siguiente periodo con cifras estimadas para ejecutarse en los tiempos correctos a fin de guardar relación lo programado con lo ejecutado.

En cuanto al producto Atención estomatológica Recuperativa, en la actividad “**Atención estomatológica Recuperativa Básica en niños, gestantes y adultos mayores**” se programó 492 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 148, ejecutándose 274, alcanzando un grado de cumplimiento de 181% con respecto a lo programación anual. En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo un avance del 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

La prioridad del usuario es la atención psiquiátrica o psicológica.

La construcción de la Línea 2 del Metro de Lima, ocasiona muchas veces que los pacientes falten o lleguen tarde a sus citas programadas ocasionando que algunas atenciones no se lleguen a cumplir con lo programado.

Asimismo, los procedimientos de los procesos infecciosos bucodentales, raspaje, no se encuentran registrados para este tratamiento, debido a que no tienen casuística en el hospital.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones necesarias con los pacientes para flexibilizar el horario en las atenciones. Mayor concientización sobre la importancia de contar con una buena salud bucal.

Incremento de citas diarias a pacientes ante la eventualidad a que falten a sus citas programadas. Previa coordinación con la Unidad Funcional de Seguros (SIS).

Reprogramación del tarifario institucional a fin de que puedan eliminarse procedimientos del paquete PpR.

LOGROS ALCANZADOS:

Mayor acogida de pacientes en el servicio de Odontoestomatología.





La ejecución de las metas físicas se debió al cambio de actitud de los pacientes originando mejoría en cuanto al cumplimiento de sus citas, así como en la atención diaria.

RECOMENDACIONES

Se sugiere fortalecer la programación de metas físicas con metas reales para el siguiente periodo con el fin de ejecutarlas oportunamente.

En el producto Atención estomatológica especializada, en la actividad “**Atención estomatológica Especializada**” se reprogramó 38 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 11, ejecutándose 15 alcanzando un grado de cumplimiento de 150% con respecto a la programación anual. En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo un avance del 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

La prioridad del usuario es la atención psiquiátrica o psicológica.

La construcción de la Línea 2 del Metro de Lima, ocasiona muchas veces que los pacientes falten o lleguen tardes a sus citas programadas ocasionando que algunas atenciones no se lleguen a cumplir con lo programado.

El procedimiento pulpotomía no se encuentra consignado en el tarifario institucional.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones necesarias con los pacientes para flexibilizar el horario en las atenciones.
Mayor concientización sobre la importancia de contar con una buena salud bucal.

Incremento de citas diarias a pacientes ante la eventualidad a que falten a sus citas programadas. Previa coordinación con la Unidad Funcional de Seguros (SIS) y la oficina de estadística e informática para brindar una mejor atención.

Reprogramación del tarifario institucional afín de que puedan incluirse procedimientos del paquete PpR.

LOGROS ALCANZADOS:

Se llegó a superar la meta establecida.

RECOMENDACIONES:



Se sugiere fortalecer la ejecución del presupuesto en los tiempos correctos y donde correspondan afín de que guarde relación con la meta física.

PROGRAMA 104 REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

El producto acciones comunes se encuentra conformado por 02 actividades: “Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias”, “Asistencia técnica y capacitación”.

En la actividad **Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias**, se programó 02 normas para el año, al IV Trimestre se programó 01 norma, ejecutándose 01 con un total de 03 normas, alcanzando un grado de cumplimiento de 150% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Insuficiente presupuesto para el cumplimiento de la meta física.

ALTERNATIVA DE SOLUCION:

Injectar el presupuesto respectivo para la ejecución de la meta.

Agilizar los procesos logísticos en la atención de requerimientos del Servicio de Emergencia.

LOGROS ALCANZADOS:

Pese al insuficiente presupuesto, se logró pasar la meta programada con un total de 3 normas

RECOMENDACIÓN:

Continuar con las actividades afín de que estas se cumpla adecuadamente en los tiempos correctos y coherencia con la ejecución de meta físicas.

En la actividad **“Asistencia técnica y capacitación”**, se programó 50 personas capacitadas para el año 2017, en el IV Trimestre no se efectuó capacitación alguna, sin embargo se logró un total de 58 personas capacitadas al año, logrando alcanzar un grado



de cumplimiento de 116% con respecto a la programación anual debido a que en los tres trimestres anteriores su. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 98% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Presupuesto insuficiente para la realización de capacitaciones.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos.

ALTERNATIVA DE SOLUCION:

Inyectar el presupuesto respectivo para la ejecución de la meta.

Capacitación y actualización trimestral al personal asistencial del servicio de emergencia por parte de la institución. Disponer recursos humanos para la realización de las actividades administrativas

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró superar la meta programada para el año 2017

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere tener en cuenta la alternativa de solución a fin de que se pueda cumplir con la meta.

En el producto Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados, en la actividad “**Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados**”, se programó 2000 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 500, ejecutándose 1354, alcanzando un grado de cumplimiento de 96% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 98% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Severa limitación en la realización de procedimientos administrativos de admisión, SIS, informático, secretariado, etc. Debido a que no se asigna el personal requerido, teniendo el personal asistencial que coberturar tales actividades, descuidando sus labores básicas con los riegos consecuentes.





Carencia de recurso humano administrativo y asistencial, a pesar de ser un área que resuelve la mayor parte de la demanda no atendida por los servicios ambulatorios.

Solicitud de asignación de personal no considerada e incumplida.

Presupuesto insuficiente.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos el PP 0104.

ALTERNATIVA DE SOLUCION:

Contratación o rotación de recurso humano a fin de incrementar el número de atenciones.

Incremento de presupuesto para la realización de la actividad.

Realizar un adecuado seguimiento y filtro a pacientes egresados de hospitalización y de sala de observaciones.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Tomar en cuenta las alternativas de solución

Incrementar el presupuesto respectivo para lograr ejecución de metas al 100%l.

En el producto atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud, se encuentra conformado por 02 actividades: Atención de triaje, Atención de la emergencia y urgencia especializada.

En la actividad “Atención de triaje”, se programó 4000 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 1000, ejecutándose 2184, alcanzando un grado de cumplimiento de 131% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Equipo asistencial de emergencia con rotación constante, perjudicando la estandarización de criterios de atención en triaje.

Presupuesto insuficiente.





Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos para el PP 0104.

ALTERNATIVA DE SOLUCION:

Contratación de personal profesional y técnico para labor asistencial en triaje y admisión de emergencia y actividades administrativas.

Inyectar el presupuesto respectivo para la ejecución de la meta.

Aplicar criterios de selección de atenciones según el nivel de complejidad hospitalaria.

LOGROS ALCANZADOS:

Pese al insuficiente presupuesto se ha logrado el cumplimiento de la meta programada en un 131% para el año 2017

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere tomar en cuenta las alternativas de solución

En la actividad “**Atención de la emergencia y urgencia especializada**”, se programó 3000 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 750, ejecutándose 2184, alcanzando un grado de cumplimiento de 174% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Equipo asistencial de emergencia con rotación constante, perjudicando la estandarización de criterios de atención en emergencias y sala de observación.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Establecer como prioridad de gestión al servicio de emergencia el cual constituye un área crítica de vital importancia.

Funcionamiento y coordinación con la oficina de referencias y contra referencias que estructure el trabajo en red con otras instituciones.

Implementar la atención a 24 horas en áreas de admisión y laboratorio en ambientes diferenciados separados del área de emergencia.



LOGROS ALCANZADOS:

Se ha superado la meta física propuesta.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere tomar en cuenta las alternativas de solución

PROGRAMA 129 PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Este programa se encuentra conformado por 02 productos Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud, Persona con discapacidad certificada en establecimientos de salud.

En el producto Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimiento de salud, en la actividad **“Atención de Rehabilitación para personas con discapacidad mental”** se programó para el año 12,170 atenciones, habiéndose programado al IV Trimestre 2,841 y ejecutándose 3,095 atenciones alcanzando un grado de cumplimiento de 103% con respecto a la programación anual.

En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo una ejecución del 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

En esta actividad la atención se brinda a las personas con discapacidad mental de acuerdo al CIDDM (Clasificador Internacional de la Discapacidad, Deficiencia y Minusvalía).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Actualmente en el servicio DRESAM (niños y adolescentes) existe solo un profesional e terapia ocupacional para cubrir la gran demanda esto se refleja en las citas distantes afectando la adherencia al tratamiento (inasistencias citas programadas) en esta población. También se refleja en la necesidad de contar con un profesional terapeuta de aprendizaje y así poder brindar una mejor atención.

Falta de implementación del equipo terapéutico de rehabilitación para la atención en el Dpto. de salud mental del niño y el adolescente (Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de lenguaje, Terapia del Aprendizaje, Terapeuta físico) para cubrir la gran demanda reflejándose en las citas distantes afectando la adherencia al tratamiento.





Falta de equipamiento y materiales para la atención de rehabilitación para el Dpto. de salud mental del niño y el adolescente, entre otros.

Urge una infraestructura propia para la atención de rehabilitación para niños.

Falta de asesoramiento permanente por parte del sectorista del PP. 129.

Historias clínicas no cuentan con los exámenes complementarios completos que permita sustentar de manera certera el diagnóstico consignado en la historia en concordancia a las leyes y reglamentos de CONADIS.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se realizaron las coordinaciones necesarias con las oficinas involucradas.

LOGROS ALCANZADOS:

El incremento de atenciones se debió a que se han incluido las atenciones a usuarios con trastornos de aprendizaje, retardo mental y trastornos del espectro autista que se encuentran dentro de la actividad.

El producto Personas con discapacidad certificada en establecimientos de salud se encuentra conformada por 02 actividades: Certificados de discapacidad y certificados de incapacidad para el trabajo.

En la actividad "**Certificado de discapacidad**" se programó 250 certificados para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 59, ejecutándose 51 certificados, alcanzando un grado de cumplimiento de 95% con respecto a la programación anual.

En cuanto a la ejecución presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

Esta actividad está relacionada al diagnóstico de la discapacidad, este certificado acredita la condición de persona con discapacidad, el proceso consiste en la evaluación, calificación y la certificación de acuerdo a la norma vigente.

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Historias clínicas muchas veces no cuenta con los exámenes complementarios completos que permita sustentar de manera certera el diagnóstico consignado en la historia en concordancia a las leyes y reglamentos de CONADIS.

Solo se cuenta con 01 médico para realizar dicha certificación.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos.





ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se realizara el informe respectivo a la dirección adjunta para que se tomen las medidas necesarias.

LOGROS ALCANZADOS:

Se cumplió de manera adecuada la meta física en un 95%

RECOMENDACIONES:

Se sugiere fortalecer la ejecución presupuesto afín de que guarde relación con la meta física.

En la actividad “**Certificado de incapacidad para el trabajo**” se programó 70 certificados para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 17 y ejecutándose 9 certificados, alcanzando un grado de cumplimiento de 80% con respecto a la programación anual. En cuanto a la ejecución presupuestal se obtuvo un avance de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Historias clínicas muchas veces no cuenta con los exámenes complementarios completos que permita sustentar de manera certera el diagnostico consignado en la historia en concordancia a las leyes y reglamentos de CONADIS.

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones con la dirección adjunta para que se tomen las medidas necesarias.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere fortalecer la ejecución de la meta física y su respectivo presupuesto ambas deben guardar concordancia.

PROGRAMA 131 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD MENTAL

Este programa está comprendido por 07 productos que son los siguientes: Acciones comunes, Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas,





Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad, Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente, Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente, Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente, Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas.

En el producto Acciones comunes, en la actividad “**Acompañamiento de Campo Clínico Psicosocial**”, se programó 11 establecimientos de salud acompañados para el año, habiéndose programado para el IV Trimestre 7, habiéndose ejecutado el acompañamiento en 7 establecimientos de salud alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual.

Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultad para realizar reuniones con Jefes de Micro redes y Establecimientos de Salud priorizados para el Acompañamiento 2017.

Dificultad para realizar reuniones de articulación de redes de agentes comunitarios.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se programó reuniones con los Jefes durante la última visita de Acompañamiento, en cada uno de los Establecimientos de Salud. Éstas se realizaron durante el mes de Noviembre, tanto en Lima Este como en la Región San Martín. Además, en diciembre, se llevó a cabo una reunión general, con todos los Jefes, para informarles sobre los resultados del ACPS 2017 en la DIRIS Lima Este (en el Auditorio del DPSM del HHV). En lo que respecta a la DIRESA San Martín, se envió el informe anual vía correo electrónico.

Diciembre se pudo concretar una reunión de fortalecimiento de competencias para los integrantes de la Red de Agentes Comunitarios en Lima Este.

LOGROS ALCANZADOS:

Se evidenció una mayor predisposición para desarrollar las actividades de ACPS por parte de los Equipos de Salud Mental de los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Este, priorizados en el 2017, para un trabajo articulado, igual que en la Región San Martín.





Fortalecimiento de la Red de Agentes Comunitarios a través de su participación en la detección de personas con problemas de salud mental (caso probable), para ser derivados a los Establecimientos de Salud que han recibido ACPS en el 2017, con la finalidad de brindar un abordaje precoz incluyendo la posible derivación a un Centro de Salud Mental Comunitario.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere la meta física y el presupuesto debe ir de la mano para su cumplimiento.

En cuanto al producto Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas, en la actividad **“Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales”**, se programó 4,212 personas tamizadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 1,053 ejecutándose 1,135 alcanzando un grado de cumplimiento de 92% con respecto a la programación anual. En cuanto al grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Definiciones operacionales no corresponden a la realidad, debido a que somos un hospital de Tercer Nivel de atención (III – 1 Presupuesto deficitario.)

Falta de compromiso en la ejecución de los procesos logísticos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Adecuación de las definiciones operacionales.

Incorporación de mayor presupuesto.

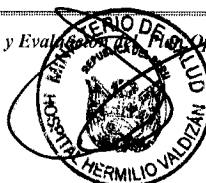
LOGROS ALCANZADOS:

Para esta meta se logró una ejecución del 92%

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere que las definiciones sean revisadas por el MINSA con mayor precisión e incrementar el presupuesto debido a que es deficitario.

El producto Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad, se encuentra conformada por 02 actividades: Tratamiento ambulatorio de niños





y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia, Tratamiento de personas con problemas psicosociales.

En la actividad **“Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia”**, se programó 180 personas tratadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestres 45, ejecutándose 52 alcanzando un grado de cumplimiento de 95% con respecto a la programación anual.

Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 0% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultad para la adquisición de insumos por procesos logísticos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Socialización de las definiciones operacionales a las unidades orgánicas competentes, incorporación de presupuesto para una mejor ejecución de metas físicas.

LOGROS ALCANZADOS:

Se ejecutó la meta física programada en un 95%

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere fortalecer la socialización de las definiciones operacionales, incremento de presupuesto que es deficitario para una obtener una mejor ejecución

En la actividad **“Tratamiento de personas con problemas psicosociales”**, se programó 450 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 125 ejecutándose 137 alcanzando un grado de cumplimiento de 102% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Definiciones operacionales no se encuentran bien definidas.

Falta de registro informático de las atenciones que realizan los profesionales en los pabellones.





Falta un aplicativo informático para el registro de los oficios derivados del poder judicial de los casos de violencia familiar y de las atenciones de tratamiento de personas con problemas psicosociales.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinar con la Oficina de estadística e informática y los jefes de las unidades orgánicas involucradas el registro informático y de atención de los pacientes.

LOGROS ALCANZADOS:

Se coordinó la asistencia técnica con el responsable técnico del PP 131 Control y prevención en salud mental del MINSA y las unidades orgánicas involucradas en la atención de los pacientes.

Se tiene un avance favorable, asimismo se consolidó el comité de violencia, se elaboró el Flujograma de violencia.

En el producto Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente, se encuentran conformadas por 02 actividades: Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresivo y conducta suicida) y ansiedad, Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad.

En la actividad **“Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresivo y conducta suicida) y ansiedad”**, se programó 901 personas tratadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 226 personas tratadas y ejecutándose 274, alcanzando un grado de cumplimiento de 89% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Huelga de médicos en el tercer trimestre no ha permitido cumplir con la meta anual programada

Falta de recurso humano (psicólogos)

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinación con las altas autoridades para la contratación de recurso humano.





LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Fortalecer la ejecución de la meta física a través del monitoreo y seguimiento, asimismo el presupuesto debe guardar relación con respecto a la ejecución de la meta física.

En la actividad “**Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad**”, se programó 232 personas tratadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 58 personas tratadas y ejecutándose 57 alcanzando un grado de cumplimiento de 97% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Las definiciones operacionales no se adecuan a la realidad debido a que no especifica la estancia de los pacientes internados.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se requiere que el MINSA revise las definiciones operacionales y se realicen los ajustes necesarios.

LOGROS ALCANZADOS:

Se tiene un avance favorable.

El producto Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol tratadas oportunamente, se encuentra conformada por 03 actividades: Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol, Tratamiento con internamiento de pacientes con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol, Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.

La actividad “**Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol**”, programó 290 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 63 personas tratadas y ejecutándose 64, alcanzando un grado de cumplimiento de 103% con respecto a la programación anual.





Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

En las definiciones operacionales aún se observa la denominación ALCOHOL en el PP. 131 Control y prevención en salud mental, si bien es cierto el hospital no solo maneja alcohol sino también drogas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinar con el responsable técnico del PP. 131 Control y prevención en salud mental del MINSA acerca de la denominación alcohol y no drogas.

LOGROS ALCANZADOS:

Cumplimiento ejecución al 103% con respecto a la programación anual.

En cuanto a la actividad “**Tratamiento con internamiento de pacientes con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol**”, se programó 192 personas tratadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 48 personas tratadas y ejecutándose 35, alcanzando un grado de cumplimiento de 79% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Definiciones operacionales no se adecuan a la realidad debido a que no especifica la estancia de los pacientes internados.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se requiere que el MINSA revise las definiciones operacionales y se realicen los ajustes necesarios.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno. No se ha cumplido con la meta física programada debido a que hay que tener en cuenta la estancia diferencial para pacientes agudos y para pacientes crónicos con alta médica.

RECOMENDACIÓN:



Se sugiere fortalecer el seguimiento, monitoreo y ejecución de las metas físicas y que el presupuesto debe guardar relación con la meta física.

En cuanto a la actividad **“Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol”**, se programó 260 personas atendidas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 52 personas atendidas y ejecutándose 58 alcanzando un grado de cumplimiento de 102% con respecto a la programación anual.

Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultades para la adquisición de insumos para el programa presupuesta 0131

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinación con la Oficina de Logística para la atención de los requerimientos

LOGROS ALCANZADOS:

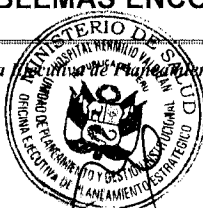
Se superó la meta física alcanzando un 102% en relación a lo programado en esta actividad se realizó la rehabilitación psicosocial a pacientes mujeres, a diferencia años anteriores no se contaba con pacientes mujeres.

En el producto Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente, se encuentran conformadas por 03 actividades: Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico, Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico, Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico.

En la actividad **“Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico”**, se programó 150 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 37 personas tratadas y ejecutándose 39 alcanzando un grado de cumplimiento de 103 % con respecto a la programación anual.

Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 91% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:





Entre los problemas encontrados en el kit de atención solo incluían las psicoterapias individuales que perjudican el tratamiento.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Cambio de psicoterapias individuales a psicoterapias familiares.

LOGROS ALCANZADOS:

Se superó la meta, debido al cambio de las psicoterapias individuales a psicoterapias familiares de acuerdo a las definiciones operacionales, originando el incremento en la ejecución de la meta en 103%

RECOMENDACIONES:

Se sugiere continuar con la ejecución óptima para el próximo periodo

En cuanto a la actividad **“Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico”**, se programó 928 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 232 personas tratadas y ejecutándose 256 alcanzando un grado de cumplimiento de 104% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Falta de asesoramiento por parte del MINSA con respecto a los programas presupuestales.

Definiciones operacionales no se adecuan a la realidad debido a que no especifica la estancia de los pacientes internados.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se requiere que el MINSA revise las definiciones operacionales y se realicen los ajustes necesarios.

LOGROS ALCANZADOS:

Se superó la meta programada.

En la actividad **“Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico”**, se programó 250 personas atendidas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 67 personas atendidas y ejecutándose 69 alcanzando un grado de





cumplimiento de 99% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100 % con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

La construcción de la línea 2 del Metro de Lima ha ocasionado que los pacientes se ausenten a sus sesiones de rehabilitación.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Realizar las coordinaciones necesarias con las familias de los pacientes para que no pierdan su cita.

LOGROS ALCANZADOS

Se logró buen avance al 99% de la meta programada para el año.

En el producto institucional Personas con trastornos mentales judicializados tratadas, la actividad “Tratamiento de personas con trastornos mentales”, 22 personas tratadas al año, habiéndose programado al IV Trimestre 6 personas tratadas y ejecutándose 4, alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

En la actualidad existe una gran cantidad de pacientes psicóticos que son enviados por el Poder Judicial con y sin custodia policial.

Paquete de atención no se ajusta a la realidad.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Modificación del paquete de atención en las definiciones operacionales.

LOGROS ALCANZADOS:

Se logó la meta programada para el año.

RECOMENDACIONES:

De acuerdo a las definiciones operacionales para este año ha cambiado el paquete de atención y para la ejecución de esta actividad, se deberá de coordinar con los servicios involucrados para su atención, para el cumplimiento del paquete.





ACCIONES CENTRALES

La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, programó en la actividad “Planeamiento y presupuesto” 1,421 acciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 356 acciones y ejecutándose 879 alcanzando un grado de cumplimiento de 118% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la presentación de la información por parte de estadística e informática y unidades orgánicas, dificultando la presentación de información al MINSA.

No se cuenta con una programación de gasto, debido a ello se realizan modificaciones sin ningún criterio técnico quitando y asignado presupuesto a una meta.

Demora en la ejecución del presupuesto por parte de la administración

No se cuenta con un Plan maestro de inversiones.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Creación de una Directiva Administrativa para ejercer su cumplimiento.

Contar con una programación de gasto trimestral.

Creación de una guía para la elaboración de manual procesos y procedimientos.

LOGROS ALCANZADOS:

Cumplimiento de meta al 118% con respecto a la programación anual.

RECOMENDACIÓN:

En cuanto a no contar con una programación de gasto, se sugiere tomar las medidas correctivas necesarias a fin de que sean subsanados para el próximo periodo.

La Oficina Ejecutiva de Administración, programó en la actividad “Gestión Administrativa” 900 acciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 250 acciones y ejecutándose 210, alcanzando un grado de cumplimiento de 94% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 88% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).





PROBLEMAS:

Falta de recurso humano.

No se cuenta con un Plan Anual de trabajo comunicacional atendiéndose las actividades en base a históricos.

No se cuenta con cuadro de necesidades

Página web desactualizada.

Requerimientos mal formulados por parte de los Servicios por falta asesoría a dichos servicios para un óptimo requerimiento.

ALTERNATIVA DE SOLUCION:

Contratación de recurso humano capacitado por reposición y/o terceros.

Elaborar oportunamente la Programación del Gasto.

Mejorar la estructura y actualizar la página web de la institución

Capacitaciones al personal con respecto al flujo de los pedidos (requerimientos).

LOGROS ALCANZADOS:

Se ha realizado el Plan y el Reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo en el hospital, este producto trabaja de la mano la oficina de Personal y la Oficina de Epidemiología, debido a que la salud y la seguridad en el trabajo constituye una disciplina muy amplia que abarca múltiples campos especializados. La salud y la seguridad en el trabajo abarca el bienestar social, mental y físico de los trabajadores, se deben tener en cuenta la atención médica, la toxicología, la formación, la seguridad técnica, la ergonomía, la psicología, etc.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere cumplir con las alternativas de solución planteadas

La oficina de Gestión de la Calidad, programó en la actividad “Gestión Administrativa” 13 informes para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 08 informes y ejecutándose 05, alcanzando un grado de cumplimiento de 85% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).





La Oficina de Asesoría Jurídica, programó en la actividad “**Asesoramiento técnico jurídico**” 1307 acciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 280 acciones y ejecutándose 342, alcanzando un grado de cumplimiento de 102% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado presupuestal de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Inadecuada infraestructura, con espacio físico reducido no brinda condiciones adecuadas para la atención.

Equipos informáticos obsoletos.

En el CAP solo se encuentra la jefatura.

Incremento del número de recursos de apelación por parte del personal administrativo.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Gestionar un ambiente amplio y comfortable.

Gestionar la modificación del CAP donde incluya a la jefatura y equipo de trabajo.

Socializar el acuerdo del III Pleno Jurisdiccional Supremo en Materia laboral y Previsional de la Corte Suprema de Justicia de la Republica, respecto a interponer recurso en el ámbito judicial a pesar de no haberse agotado la vía administrativa.

Solicitar a la Oficina Ejecutiva de Administración la difusión de la RD N° 001-DG-2014.

LOGROS ALCANZADOS:

Se superó la meta física programada debido a que se ha incrementado la gran demanda de atenciones de expedientes de casos impugnativos, apelaciones, etc.,

En cuanto a la actividad “**Gestión de recursos humanos**” se programó 200 personas capacitadas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 100, ejecutándose 220, alcanzando un grado de cumplimiento del 112% con respecto a la programación anual.

Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Aprobación tardía de El Plan de Desarrollo de las Personas (PDP), lo que origino que no realicen las capacitaciones programadas en los trimestres anteriores

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:





Coordinar y ejecutar las capacitaciones programadas en el PDP en los tiempos correctos.

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró el cumplimiento de la meta en el último trimestre logrando un 112% de la programación anual.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere que para el próximo periodo se agilice la aprobación del PDP

El órgano de Control Interno, programó en la actividad “**Acciones de Control Interno y Auditoría**” 56 acciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 12 acciones y ejecutándose 14 alcanzando un grado de cumplimiento de 159% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Se cuenta con un equipo de scanner cuya capacidad es limitada, retrasando el avance oportuno de las digitalizaciones de documentos necesarios para la Auditoría de Cumplimiento y demás servicios de control que se vienen ejecutando en este trimestre; asimismo, para el presente trimestre no se contó con el apoyo del área de Informática con el préstamo de un scanner, lo cual limitó aún más el avance de las digitaciones de los documentos de este OCI.

La Entidad no autorizó la contratación de personal auditor en los meses de noviembre y diciembre de 2017, lo que originó el no cumplir con la realización del tercer Servicio de Control Posterior.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se ha solicitado la adquisición de un equipo de scanner con la capacidad y rapidez necesaria para los trabajos que realiza el OCI requerimiento no atendido.

Se decidió utilizar la cámara fotografía que tiene el OCI a fin de fotografiar cada documento recibido a fin de originar la documentación de auditoría respectiva que sustente la información recibida por la comisión de auditoría.

Se solicitó la cancelación del tercer Servicio de Control Posterior a la Contraloría General de la República, debido a las dificultades que atravesaba el OCI, aceptando el Órgano Contralor dicha cancelación





LOGROS ALCANZADOS:

Servicios de Control Simultáneo:

Se ha ejecutado un total de 4 servicios de control simultáneo, sobrepasando la meta programada de 2 en el último trimestre.

Servicio de Control Posterior:

Al 30 de noviembre de 2017, se culminó con el segundo Servicio de Control Posterior planificado.

Se canceló el tercer Servicio de Control Posterior, debido a la limitación de capacidad operativa del OCI. No logrando cumplir con ello la meta programada.

Servicios Relacionados:

Del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2017 se han ejecutado un total de 9 metas, cumpliendo así con las metas programadas.

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS

El Servicio de Emergencia programó en la actividad “**Atención de Emergencias y Urgencias**” 219 atenciones para el año, habiéndose ejecutándose 219 atenciones alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró cumplir con la meta física.

El Servicio de Consultas Externas programó en la actividad “**Atención en Consultas Externas**” 81,591 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 20,398 atenciones y ejecutándose 21,500 alcanzando un grado de cumplimiento de 109% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

El Servicio de Consulta Externa se encuentra conformada por Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Departamento de Adicciones y Departamento del Niño y el Adolescente, Neurología, Medicina interna, etc.

PROBLEMAS ENCONTRADOS:



Equipos multidisciplinarios incompletos para la atención de los pacientes hospitalizados. Falta de medico anestesiólogo permanente, psicólogos y trabajadoras sociales para el servicio de hospitalización.

Deficiencia en la infraestructura, mobiliario, equipamiento y material disponible para la óptima atención de los pacientes.

Deficiencia en el sistema de referencias y contra referencias.

Ejecución presupuestal deficiente.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Priorizar que el servicio cuente con equipos multidisciplinarios completos para la atención de los pacientes hospitalizados.

Contratación de recurso humano (medico anestesiólogo permanente, psicólogos y trabajadoras sociales para el servicio de hospitalización.

Pronta sustitución de equipamiento, mobiliario y mejoramiento de la infraestructura.

Revisar el Flujograma para la hospitalización de pacientes provenientes de consulta externa y emergencias con miras de optimizar la meta de hospitalización: pronta recuperación y reinserción social.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

Asimismo, se ha consolidado el trabajo en equipo para la gestión de los procesos de atención del paciente en el sector de hospitalización de varones agudos, gestión de historia clínica y actividades de formación de residentes.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere tomar en cuenta las alternativas de solución a fin de solucionar los problemas existentes.

En la actividad **“Acción contra la violencia familiar y sexual”**, se programó 3024 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 801 atenciones y ejecutándose 816 alcanzando en grado de cumplimiento 112% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).





PROBLEMAS ENCONTRADOS:

No se pudo mantener el incremento progresivo de la cobertura en psicoterapia familiar, que se ha venido realizando en los últimos 4 años, esto en relación porque en la segunda mitad del año, se redujo un terapeuta, con cuya fuerza laboral se tuvo en cuenta para realizar la programación.

Sigue en espera el arreglo de la cámara Gessel

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Fortalecimiento y apoyo en la atención en el Dpto. de salud mental en familia.

Contratación de recurso humano.

Reiterar la solicitud de aprobación del proyecto presentado.

LOGROS ALCANZADOS:

Se ha elaborado los proyectos: se está esperando su aprobación

Terapia Familiar en familia con pacientes psicóticos,

Propuesta de modelo de Contrato Terapéutico en Familia y pareja, a la Dirección para su aprobación

Programa de Terapia Multifamiliar para casos de violencia, actualmente está listo para su ejecución.

RECOMENDACIÓN:

Atender las solicitudes planteadas por el Departamento de Familia

Servicio de Social programó en la actividad “Apoyo al ciudadano y a la familia”, programó 16,800 atenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 4,200 atenciones, ejecutándose 9,509 atenciones, alcanzando un grado de cumplimiento de 277% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 94% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Insuficiente recurso humano, trabajadoras sociales para continuar con el cumplimiento de las actividades programadas en las diferentes áreas.





No se reportaron las atenciones del servicio de emergencia, consulta externa y hospitalización debido a que las trabajadoras sociales programadas no entregaron sus actividades en las fechas indicadas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación de recursos humanos

LOGROS ALCANZADOS:

Se superó las atenciones directas con los pacientes y familia en las áreas de Consulta externa, Hospitalización y Emergencia. Se superó la meta programada en un 277%

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda fortalecer la meta presupuestal a fin que guarde relación con la meta física para el próximo periodo.

El Servicio de Nutrición programó en la actividad “**Apoyo alimentario para grupos de riesgos**” 417,240 raciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 104,310 raciones y ejecutándose 94,018 alcanzando un grado de cumplimiento de 83 % con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 87% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

La disminución de pacientes hospitalizados ha influenciado en la baja ejecución de la meta programada.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Mayor captación de pacientes hospitalizados.

LOGROS ALCANZADOS:

Cumplimiento de metas programadas en un 83%

RECOMENDACIÓN:

Ejecutar el presupuesto acorde a la ejecución de la meta física. Se sugiere ejecutar el presupuesto afín de que guarde concordancia con la meta física.



El Departamento de Apoyo al Diagnóstico programó en las actividades:

“Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento de laboratorio” 36,210 exámenes para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 9,300 exámenes y ejecutándose 10,230 alcanzando un grado de cumplimiento de 101% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 92% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Carencia de insumos en el servicio de laboratorio, reactivos Fosfatasa Alcalina, Proteínas, totales y Albumina, Triglicéridos, Tira reactiva para orina.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

Adquisición de insumos químicos prioritarios para la atención de nuestros pacientes.

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró una ejecución favorable alcanzando un grado de cumplimiento de 101 % respecto de la programación anual.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere atender los requerimientos de insumos en las fechas programadas para un óptimo cumplimiento de metas en el próximo periodo.

En cuanto a la actividad “Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento por imágenes” se programó 36,210 exámenes para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 9,300 exámenes y ejecutándose 948, alcanzando un grado de cumplimiento de 72% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 62% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Carencia de recurso humano para la toma de placas radiográficas lo que originó que no se cumpla la meta física.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se contrató recurso humano para este servicio

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.





RECOMENDACIÓN:

Se sugiere fortalecer la ejecución de metas físicas que guarden relación con la ejecución presupuestal.

La Oficina de Epidemiología programó la actividad “**Vigilancia y control epidemiológico**” 486 acciones para el año, habiéndose programado para el IV Trimestre 21 acciones y ejecutándose 1071 alcanzando un grado de cumplimiento de 367% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Oficina ubicada en zona inadecuada de material prefabricado, ruidos molestos de vehículos, e inhalación de monóxido de carbono, etc.

Carencia de equipo informático computacional.

Poco interés en la participación de reuniones técnicas por parte de los miembros de los diferentes comités: Bioseguridad, Infecciones asociadas a la atención de salud, Residuos sólidos.

Información tardía de la oficina de estadística e informática sobre las atenciones de consulta externa, emergencia y egresos de hospitalización, para la elaboración de boletines epidemiológicos.

Poco compromiso por parte de los miembros de los comités en la supervisión de IASS, residuos sólidos.

Documentos de gestión desactualizados que dificultan ejecutar acciones frente a la problemática actual.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Reubicación de la oficina de epidemiología de acuerdo al Plan Maestro.

Contratación de profesionales acorde a las actividades a realizar.

Adquisición de equipamiento informático.

Utilización de estrategias para lograr una adecuada participación de los diversos comités.

Atención oportuna por parte de la oficina de estadística e informática en la remisión de información.

Actualización de documentos normativos de gestión





LOGROS ALCANZADOS:

Se superó la ejecución de metas físicas programadas, esto obedece a que se ha vacunado a los trabajadores del HHV y CRÑ contra la influenza y la Hepatitis B.

La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento cuenta con las actividades: Mantenimiento y Reparación de Establecimientos de Salud, Servicios Generales, Mantenimiento y Reparación de Equipos.

En cuanto a la actividad “**Mantenimiento y Reparación de Establecimientos de Salud**”, programó 2,013 acciones anuales, habiéndose programado para al IV Trimestre 503 acciones y ejecutándose 502 alcanzando un grado de cumplimiento de 85% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la adquisición de materiales.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Mayor agilización en los procedimientos logísticos a fin de que salvaguarde los intereses institucionales.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Tener en cuenta la alternativa de solución planteada a fin de ejecutarse el plan.

Asimismo, se sugiere fortalecer la ejecución de la meta física y presupuestal con la finalidad que guarde correspondencia.

En cuanto a la actividad “**Servicios Generales**”, programó 6,059 acciones anuales, habiéndose programado al III Trimestre 1,517 acciones y ejecutándose 1,750 alcanzando un grado de cumplimiento de 105% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).





PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la adquisición de materiales (carpintería, imprenta, costura) para realizar los servicios de mantenimiento, atendándose con material reciclado.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Mayor agilización en los procedimientos logísticos.

LOGROS ALCANZADOS:

Pese a los inconvenientes presentados y aun no resueltos, se logró ejecutar la meta física en un 105%

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere la mejora de los procesos logísticos a fin de abastecer oportunamente los requerimientos del servicio.

En la actividad **“Mantenimiento y Reparación de Equipos”**, programó 280 equipos anuales, habiéndose programado al IV Trimestre 71 equipos, ejecutándose 06 alcanzando un grado de cumplimiento de 14% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

No se cuenta con un plan de mantenimiento de equipos médicos, biomédicos y electromecánicos.

Equipos obsoletos que ya cumplieron su periodo de vida útil.

Procedimientos logísticos lentos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación de un especialista en materia de Elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos, biomédicos y electromecánicos.

Reposición de equipos.

Agilización en los procedimientos logísticos.

LOGROS ALCANZADOS:





Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Mejorar para los años sucesivos la programación de metas físicas acorde a la necesidad real. Asimismo, tener en cuenta la alternativa de solución planteada.

En la actividad “Mantenimiento para equipamiento e infraestructura hospitalaria”, programó 03 intervenciones para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 02 intervenciones, no ejecutándose lo programado, alcanzando así en grado de cumplimiento 0% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 0% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultades en la contratación de empresas para la elaboración de expedientes técnicos
Falta de planos del área

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación de empresas para la elaboración de expedientes técnicos con la debida anticipación. Se sugiere que previamente se cuente con los planos respectivos del área a trabajar.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno

RECOMENDACIÓN:

Considerar la alternativa de solución.

El Servicio de Farmacia programó en la actividad “Comercialización de Medicamentos” 188,550 recetas para el año, habiéndose programado para al IV Trimestre 47,460 recetas y ejecutándose 47,457 alcanzando un grado de cumplimiento de 90% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 80% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demoras en el trámite de reposición de equipos de cómputo que fueron dados de baja
Falta de mobiliario (sillas), ticketeras solicitadas de manera reiterativa y señalización que





dificultan la rapidez de la atención

Demora excesiva en las compras corporativas DARES-MINSA para el Abastecimiento 2017-2018

Desabastecimiento a nivel nacional, incrementó considerablemente nuestra demanda, y nuestras compras directas nos permiten cubrir solo a pacientes de nuestra institución, recibiendo reclamos y observaciones por parte de OCI

Varios ítems declarados "desiertos" en Compra Corporativa, pero no son liberados por Cenares para proceder a compras institucionales.

A pesar de haberse reiterado los requerimientos de ambiente adecuado para farmacia, aun no se cuenta con un ambiente adecuado para Farmacia de Hospitalización (cerca al área de Hospitalización) para poder cumplir con la Normativa

Falta de recurso humano; profesionales Químicos Farmacéuticos para cumplir con la Normativa (Permanencia de QF durante el horario de atención 24 horas)

Falta de mantenimiento de los equipos de aire acondicionado

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Implementar un sistema adecuado que permita agilizar la atención: RECETA ELECTRONICA.

Cumplir con los requerimientos solicitados que nos permitan brindar una mejor atención
Procesos de adquisición de medicamentos, más oportunos. Capacitación a los miembros de Comité especial.

Coordinación con los médicos para mejorar el llenado de datos de las recetas médicas y formatos FUA

Coordinación con la oficina de SIS para mejorar los procedimientos y respetar los Flujogramas de atención, que nos permita brindar una mejor atención al paciente asegurado

Sustentar los medicamentos que requieran y no se encuentren en el PNUME

Coordinación con los médicos para el mejor cumplimiento del PNUME e institucional





Ubicación de Farmacia de hospitalización en el área determinada.

Contratación de Químicos Farmacéuticos y Técnicos en Farmacia

LOGROS ALCANZADOS:

A pesar del desabastecimiento a nivel nacional, el Hospital Valdizan ha mantenido un stock de disponibilidad de 95% en octubre, en noviembre 93% y diciembre 90% lo que ha permitido cumplir con la demanda de pacientes mensualmente

Contratación a plazo fijo de un Químico Farmacéutico y un técnico de Farmacia que laboraban bajo la condición de terceros

La contratación de Profesionales Químico farmacéuticos nos permitió superar las metas trazadas en Brindar Atención Farmacéutica y Reporte de Sospechas de Reacciones de medicamentos

Se logró las Guardias Diurnas Ordinarias, así como el incremento de Guardias Nocturnas, para el personal que labora en el Servicio de Farmacia

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda para el próximo periodo, fortalecer la ejecución de la meta física y presupuestal con la finalidad que guarden correspondencia.

La Oficina de Personal, programó en la actividad “Obligaciones Previsionales” 12 planillas para el año, habiéndose programado al IV Trimestre 3 planillas, ejecutándose 3 alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

LOGROS ALCANZADOS:

Se cumplió satisfactoriamente con el pago de planillas al personal cesante.

La Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, programó en la actividad “Capacitación y Perfeccionamiento” 14 personas capacitadas para el año, habiéndose



programado y ejecutado en el II trimestre el total de la meta, para el IV Trimestre, no se ejecutó pues ya se había alcanzado un grado de cumplimiento del 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Insuficientes recursos humanos para mejorar la producción.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones con las altas autoridades para la contratación de recurso humano.

LOGROS ALCANZADOS:

En relación a la especialización y perfeccionamiento, se puede observar que se ha formulado 01 expediente para la firma de convenio interinstitucional, con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

En relación a los campos clínicos se está dando priorización de acuerdo a la normatividad vigente.

Los médicos residentes de nuestra institución se encuentran en constante capacitación. Se han realizado durante el cuarto del año 2017 diversas actividades académicas (martes académicos) se han realizado 11 actividades académicas. así como clases de psicopatología, psicología, etc. También se ha supervisado el cumplimiento de sus rotaciones en los diversos Departamentos y Servicios.

Se podría mejorar la producción de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación si es que se contara con el número adecuado de personal y el tiempo suficiente, ya que en la actualidad sólo se cuenta con la secretaria a tiempo completo. A tiempo parcial está el Jefe de la Oficina y dos personales de apoyo (02 y 04 turnos respectivamente).

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere fortalecer la ejecución presupuestal.

La Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, programó en la actividad “Investigación y Desarrollo” 03 investigaciones para el año, habiéndose programado al III Trimestre, 01 Investigación, no ejecutándose la meta programada, alcanzando un





grado de cumplimiento del 0% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal fue 90% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Falta de recursos humanos para mejorar la producción.

Presupuesto insuficiente para la realización de investigaciones.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones con las altas autoridades para la contratación de recurso humano.

Solicitar presupuesto para las investigaciones.

LOGROS ALCANZADOS:

No se logró ejecutar la meta programada

En relación a investigaciones, se han asesorado y evaluado un total de 7 protocolos.

En relación a la Revista Institucional se está recepcionando los artículos para la edición de los números pendientes, tomando que para iniciar el proceso de indexación de nuestra revista tienen que haber continuidad en las ediciones.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere la contratación de recursos humanos.

El Departamento de Promoción de la Salud Mental, programó en la actividad “Educación Información y comunicación en Salud Mental” 07 informes para el año, habiéndose programado al III Trimestre 06 informes y ejecutándose 06, alcanzando un grado de cumplimiento de 86% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 82% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró la meta programada, debido al incremento de la demanda.





En la actividad **“Promoción de la Salud”** programó 419 personas capacitadas para el año, habiéndose programado su ejecución en el I y II Trimestre por lo que se cumplió con la meta programada ejecutándose 509 personas capacitadas, alcanzando un grado de cumplimiento de 121% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultad para realizar las capacitaciones en salud mental a tutores y docentes de instituciones educativas de la UGEL 06.

Dificultad para realizar la Certificación a tutores capacitados en Consejería Básica de Salud Mental de Instituciones educativas priorizadas el 2017, debido a la prolongada huelga del magisterio.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Se realizó reuniones para concretar el plan de capacitación a docentes.

Se reprogramó visitas a los tutores, a fines de Diciembre, al término de la evaluación y entrega de notas del alumnado

LOGROS ALCANZADOS:

A pesar de los inconvenientes, se logró certificar al 65% de tutores, que sólo podían ser nombrados (pues únicamente a ellos se les da horas de tutoría) y que en su gran mayoría acataron la huelga docente. Sin embargo, finalmente cumplieron con los requisitos de la certificación debido a su motivación para abordar problemas de salud mental con los alumnos.



Objetivo Estratégico Institucional N° 08:

Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.

Acción Estratégica Específica N° 8.2:

Conducción del planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.

PROGRAMA 068 REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES, se programó la siguiente manera:

En el producto Acciones comunes, se encuentran comprendidas 02 actividades, Monitoreo, supervisión y evaluación de productos y actividades en gestión de riesgo de desastres y Desarrollo de instrumentos estratégicos para la gestión de riesgo de desastres, que pasaremos a describir.

En la actividad "**Monitoreo, Supervisión y Evaluación de productos y actividades en gestión de riesgo de desastres**", se programó 01 informe técnico al año, el cual se ejecutó en el III Trimestre 01 informe técnico, alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 0% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Problemas con el sistema SIGA para registrarlos pedidos según cuadro de necesidades
Demoras en pago a proveedores

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Se realizó el monitoreo para poder obtener dentro de los plazos establecidos el instrumento de trabajo ISH.

LOGROS

Se cumplió con la meta programada

En cuanto a la actividad "**Desarrollo de instrumentos estratégicos para la gestión de riesgo de desastre**", se programó 07 Informes Técnicos para el año, habiéndose ejecutado al III Trimestre 05, y el IV trimestre 01 informe, obteniendo un grado de cumplimiento de 86% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de





avance presupuestal fue de 0% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Problemas con el sistema SIGA para registrarlos pedidos según cuadro de necesidades

Demora en la atención de bienes.

Poca sensibilización por parte del personal del hospital en temas de Gestión de Riesgo de Desastres

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

Atender los requerimientos para el cumplimiento de metas físicas.

Sensibilización en Gestión de Riesgo de Desastres.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno. No alcanzo la meta programada.

RECOMENDACIÓN:

Mejorar la atención de requerimientos y ejecución del presupuesto

En relación al producto **Capacidad instalada para la preparación y respuesta frente a emergencias y desastres** esta se encuentra conformada por 04 actividades: Desarrollo de Simulacros en Gestión Reactiva, Implementación de brigadas para la atención frente a emergencias y desastres, Administración y almacenamiento de infraestructura móvil para la asistencia frente a emergencias y desastres, Desarrollo de los centros y espacios de monitoreo de emergencias y desastres.

En la actividad "**Desarrollo de Simulacros en Gestión Reactiva**", se programó para el año 04 simulacros, se cumplió con la meta total al final del IV Trimestre alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance de la meta presupuestal de 7% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Dificultad en equipamiento del brigadista, vestuario, kit de seguridad en las áreas correspondientes





Falta de compromiso de los grupos de trabajo, comité y brigadistas en participación de reuniones y simulacros.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Atender los requerimientos para el cumplimiento de metas físicas.

Realizar charlas de sensibilización.

Solicitar apoyo a las brigadas a través de documentos (memorando).

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró la meta establecida.

En cuanto la actividad “**Implementación de brigadas para la atención frente a emergencias y desastres**”, se programó 5 grupos de brigadas para el año, habiéndose programado al III Trimestre 5, no ejecutándose hasta finales del IV Trimestre, alcanzando un grado de cumplimiento de 0% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 72% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Falta de instrucción y entrenamiento especializado para brigadas por parte del MINSA.

Poco interés y concurrencia por parte de los brigadistas en temas de Gestión de Riesgos de Desastres y su implementación.

Demora en la atención de bienes.

Falta adquirir mochilas y su equipación respectiva.

Poco interés del personal y brigadista en el armado y desarmado de carpas.

Poco conocimiento en realizar especificaciones técnicas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Asistir a talleres que ofrece el MINSA afin de acreditar la certificación de nuestros brigadistas con la finalidad de que se encuentre organizados y entrenados para responder de manera oportuna ante una emergencia.

Adquirir bienes para implementar y equipar a los brigadistas.





Capacitar a la Unidad Funcional del Gestión del Riesgo y desastres acerca de la elaboración correcta de las Especificaciones Técnicas para solicitar de un bien.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere ejecutar el presupuesto y tomar en cuenta las alternativas de solución para el cumplimiento de la meta física.

En cuanto a la actividad **“Administración y almacenamiento de infraestructura móvil para la asistencia frente a emergencias y desastres”**, se programó 01 infraestructura móvil para el año, al IV Trimestre se ejecutó la meta programada, se observa ejecución de meta física al 100%. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 6% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la adquisición de bienes por procesos burocráticos (camillas, coches de paro, grupo electrógeno, etc.)

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Coordinaciones para la oportuna atención de requerimientos.

LOGROS ALCANZADOS:

Se cumplió con la meta física

RECOMENDACIÓN:

Ejecutar las alternativas de solución.

En cuanto a la actividad **“Desarrollo de espacios y centros de monitoreo de emergencias y desastres”**, se programó 12 reportes para el año, habiéndose programado y ejecutado al IV Trimestre 03 reportes obteniendo en grado de cumplimiento 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal fue de 59% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS:





Requerimientos no atendidos

LOGROS ALCANZADOS:

Se cumplió satisfactoriamente la meta, asimismo se realizó el Plan de Trabajo 2017 del PP 068.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere ejecutar el presupuesto afin de que guarde concordancia con la meta física.

En el producto Estudios para la estimación del riesgo de desastres, este producto consta de 01 actividad “Desarrollo de estudios de la vulnerabilidad y riesgos en servicios públicos”.

En la actividad **“Desarrollo de estudios de la vulnerabilidad y riesgos en servicios públicos”**, se programó 01 documento técnico para el año, el cual se ejecutó en el cuarto trimestre cumpliendo la meta física en 100%. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 0% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

LOGROS ALCANZADOS:

Se cumplió con la meta física.

En la actividad **“Formación y capacitación en materia de Gestión de Riesgo de desastres y adaptación al cambio climático”**, se programó como meta anual 300 personas, habiéndose programado al IV Trimestre 50, ejecutándose 50, alcanzando un grado de cumplimiento de 100% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 15% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la atención de bienes y refrigerios.

Falta sensibilizar al personal del hospital en temas de Gestión de Riesgos de Desastres.

Falta de interés por parte de brigadistas y del personal en el armado y desarmado de carpas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:





Fortalecer la cultura de prevención a través de las capacitaciones en seguridad y prevención de riesgos por desastres y primeros auxilios psicológicos y armados de carpa, a los brigadistas, personal asistencial y administrativo del hospital.

LOGROS ALCANZADOS:

Se logró superar la ejecución de metas físicas programadas.

RECOMENDACIÓN:

Se sugiere agilizar los procedimientos logísticos y proceder con la ejecución del presupuesto con el fin de garantizar el cumplimiento de la meta física.

En el producto servicios públicos seguros ante emergencias y desastres se encuentra conformada por 02 actividades: "Seguridad Estructural de los servicios públicos" y "Seguridad funcional de los servicios público".

En la actividad "**Seguridad Estructural de los servicios públicos**", se programó 04 intervenciones para el año, al IV Trimestre se programó 1 y se ejecutó alcanzando un grado de cumplimiento de 50% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 100% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la atención de bienes y servicios debido a procesos administrativos (búsqueda, creación y/o apertura de nuevos ítems, etc.).

Falta de sensibilización del personal en Gestión de Riesgos de Desastres.

Falta de recurso humano (ingeniero sanitarios, arquitecto, etc.) o contratación por consultorías.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Contratación de recurso humano.

Agilizar los procesos administrativos con la finalidad de optimizar los tiempos.

Adquirir los bienes y servicios en los tiempos oportunos.

LOGROS:

Ninguno. No se cumplió con la meta.

RECOMENDACIÓN:



Optimizar la ejecución para el próximo periodo.

En la actividad “**Seguridad Funcional de los servicios públicos**”, se programó 08 intervenciones para el año, habiéndose programado al V Trimestre 02, ejecutándose 04, alcanzando un grado de cumplimiento de 63% con respecto a la programación anual. Asimismo, el grado de avance presupuestal de 9% con respecto al PIM (Presupuesto Institucional Modificado).

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

Demora en la atención de bienes y servicios debido a procesos administrativos (Términos de referencias).

Falta de sensibilización del personal en Gestión de Riesgos de Desastres.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

Atender los requerimientos de bienes y servicios para cumplir con las metas programadas.

LOGROS ALCANZADOS:

Ninguno

RECOMENDACIÓN: Se sugiere agilizar los procedimientos logísticos,





INDICADORES 2017								
DENOMINACION (*)	FORMA DE CALCULO	I	II	I	III	IV	II	ANU
		TRI	TRI	SEM	TRI	TRI	SEM	AL
1. INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA								
a) ADULTOS								
CONCENTRACIÓN DE CONSULTA	ATENCIÓNES	17768	17929	35697	15370	16752	32122	67819
	ATENDIDOS	11911	3677	15588	1892	2381	4273	19861
PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	N° DE ATENCIONES EN DSMAG	17768	17929	35697	15370	16752	32122	67819
	HORAS	5480	5108	10588	5160	4608	9768	20356
b) NIÑOS								
CONCENTRACIÓN DE CONSULTA	ATENCIÓNES	2818	3292	6110	3080	3125	6205	12315
	ATENDIDOS	1458	628	2086	506	470	976	3062
PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	N° DE ATENCIONES EN DSMNA	2818	3292	6110	3080	3125	6205	12315
	HORAS	1552	1724	3276	1700	2380	4080	7356
c) ADICIONES								
CONCENTRACIÓN DE CONSULTA	ATENCIÓNES	1904	1823	3727	1690	1831	3521	7248
	ATENDIDOS	1014	465	1479	313	344	657	2136
PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	N° DE ATENCIONES EN ADICC	1904	1823	3727	1690	1831	3521	7248
	HORAS	520	404	924	420	705	1125	2049
2. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN ADICIONES								
a) PROMEDIO PERMANENCIA	N° DE ESTANCIAS	1888	1827	3715	1665	1959	3624	7339
	N° DE EGRESOS	65	50	115	49	54	103	218
b) PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMA	DIAS PACIENTE	2029	1931	3960	1560	2139	3699	7659
	DIAS CAMA	2700	2730	5430	2760	2760	5520	10950
c) INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA	DIAS CAMA - DIAS PACIENTE	671	799	1470	1200	621	1821	3291
	N° DE EGRESOS	65	50	115	49	54	103	218
d) RENDIMIENTO CAMA	N° DE EGRESOS	65	50	115	49	54	103	218
	N° DE CAMAS	90	90	180	90	90	180	360
3. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS Y GERONTE								
a) PROMEDIO PERMANENCIA	N° DE ESTANCIAS	11844	7877	19721	5882	8806	14688	34409
	N° DE EGRESOS	135	137	272	139	144	283	555
b) PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMA	DIAS PACIENTE	10420	10520	20940	10792	10775	21567	42507
	DIAS CAMA	11610	11739	23349	11868	11868	23736	47085
c) INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA	DIAS CAMA - DIAS PACIENTE	1190	1219	2409	1076	1093	2169	4578
	N° DE EGRESOS	135	137	272	139	144	283	555
d) RENDIMIENTO CAMA	N° DE EGRESOS	135	137	272	139	144	283	555
	N° DE CAMAS	387	387	774	387	387	774	1548
4. INDICADORES DE SALUD HOSPITALARIOS								
a) CONCENTRACIÓN DE CONSULTA	ATENCIÓNES	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
	ATENDIDOS	14383	4770	19153	2711	3195	5906	25059
b) EXÁMENES RX POR CONSULTA	N° DE EXÁMENES RX	29	0	29	0	104	104	133
	N° DE CONSULTAS MEDICAS	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
c) PROMEDIO ANÁLISIS DE LABORATORIO	N° DE EXÁMENES DE LAB EN CE	5011	3352	8363	3337	3930	7267	15630
	N° DE CONSULTAS MEDICAS	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
d) EMERGENCIA POR CONSULTA	N° DE EMERGENCIAS	644	729	1373	1739	2185	3924	5297
	N° DE CONSULTAS MEDICAS	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
e) PROMEDIO PERMANENCIA	N° DE ESTANCIAS	16610	9704	26314	8291	13850	22141	48455
	N° DE EGRESOS	201	187	388	210	266	476	864
f) INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA	DIAS CAMA - DIAS PACIENTE	6524	6750	13274	5477	2886	8363	21637
	N° DE EGRESOS	201	187	388	210	266	476	864
g) PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMA	DIAS PACIENTE	12466	12451	24917	13935	16526	30461	55378
	DIAS CAMA	18990	19201	38191	19412	19412	38824	77015
h) RENDIMIENTO CAMA	N° DE EGRESOS	201	187	388	210	266	476	864
	N° DE CAMAS	633	633	1266	633	633	1266	2532
i) TASAS DE REINGRESOS (< DE 7 DIAS)	N° DE REINGRESO < A 7 DIAS	0	0	0	0	0	0	0
	N° DE EGRESOS	201	187	388	210	266	476	864
j) TASA BRUTA DE LETALIDAD	N° DE FALLECIDOS	0	1	1	0	0	0	1
	N° DE EGRESOS	201	187	388	210	266	476	864
k) PROMEDIO DE RECETAS POR CONSULTA	N° DE RECETAS EN CE	25451	26876	52327	25884	27107	52991	105318
	N° DE CONSULTAS MEDICAS	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
l) PROMEDIO DE RECETAS POR EMERGENCIA	N° DE RECETAS EN EMERGENCIA	1815	1499	3314	1826	2062	3888	7202
	N° DE EMERGENCIAS	644	729	1373	1739	2185	3924	5297
m) PROMEDIO DE ANÁLISIS DE	N° DE EXÁMENES POR EMERGENCIA	3075	2400	5475	2826	3671	6497	11972
	N° DE EMERGENCIAS	644	729	1373	1739	2185	3924	5297
n) PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	N° TOTAL DE ATENCIONES	22490	23044	45534	20140	21708	41848	87382
	HORAS	7552	7236	14788	7280	7693	14973	29761





ANÁLISIS EJECUCION DE PRESUPUESTO

1. El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 2017 aprobado para el Hospital Hermilio Valdizan por toda fuente de financiamiento fue de S/. 38, 583,509 soles, desagregado en S/. 33, 081,755 soles en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios y S/. 5,501,754 soles en la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, según el detalle siguiente:

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

(expresada en soles)

Genérica	PIA Recursos Ordinarios	PIA Recursos Directamente Recaudados	PIA Total	%
2.1: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	20,262,164	0	20,262,164	52.52%
2.2: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,791,880	0	2,791,880	7.24%
2.3: BIENES Y SERVICIOS	9,977,711	5,330,107	15,307,818	39.67%
2.5: OTROS GASTOS	50,000	0	50,000	0.13%
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	171,647	171,647	0.44%
Total Ejecutora	33,081,755	5,501,754	38,583,509	100.00%

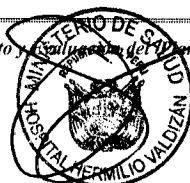
La distribución por genérica de gasto, muestra una mayor asignación del gasto orientado al pago de Remuneraciones y Obligaciones Sociales con un 52.52 %, el 7.24 % para el pago de Pensiones y Otras Prestaciones Sociales, mientras que el 39.67% se destina a la adquisición de Bienes y Servicios, dentro de cuya genérica de gasto se encuentra el pago de personal con Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y el pago de personal contratado por Servicios Diversos, lo que incrementa el porcentaje del presupuesto destinado al pago de recursos humanos.

2. El Presupuesto Instituto de Apertura (PIA) 2017, desagregado por categoría de gasto muestra una mayor asignación presupuestal en la categoría 9002 Asignaciones que No Resultan en Productos (APNOP) con un 53.72 % del presupuesto, la categoría 131 Control y Prevención de la Salud Mental con un 22 % del presupuesto. En general, el 69.54 % del presupuesto de apertura estuvo orientado a las categorías de gasto 9001 Acciones Centrales y 9002 APNOP, mientras que solo el 30.46% a los Programas Estratégicos (PPR), tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

(expresada en soles)

Categoría Presupuestal	PIA	%
0016: TBC-VIH/SIDA	37,319	0.10%
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	235,186	0.61%
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	508,478	1.32%
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	0	0.00%
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	2,480,295	6.43%
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	8,489,585	22.00%
9001: ACCIONES CENTRALES	6,103,885	15.82%
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	20,728,761	53.72%
Total Ejecutora	38,583,509	100.00%





En los meses de enero y febrero 2017 se ejecutaron con el Pliego IGSS, solo gastos de carácter permanente mientras se cumplía con los procesos para la transferencia del Pliego IGSS al Pliego MINSA. A partir del mes de marzo, se procedió a ejecutar el presupuesto como Pliego MINSA.

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN - IGSS	38,583,509	5,355,702	5,316,430	5,316,430	99.27%
Genérica	PIA	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	20,262,164	3,290,583	3,290,526	3,290,526	100.00%
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,791,880	404,118	404,117	404,117	100.00%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	15,307,818	1,661,001	1,621,787	1,621,787	97.64%
5-25: OTROS GASTOS	50,000	0	0	0	0.00%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	171,647	0	0	0	0.00%

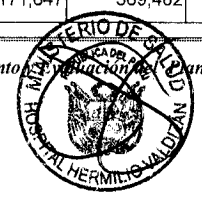
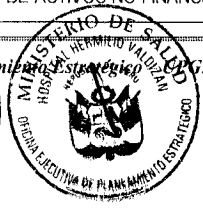
- Tomado en cuenta la asignación y ejecución efectuada en el Pliego IGSS y la ejecución efectuada en el Pliego MINSA, se observa que el presupuesto institucional del Hospital Hermilio Valdizan a nivel de toda fuente tuvo un incremento de S/. 33.21% durante el ejercicio presupuestal 2017, desagregándose el incremento en S/. 1, 675,000 soles, equivalente al 6.86%, en la genérica de gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales; el 69.97% en la genérica de gasto Bienes y Servicios, como consecuencia de las transferencias de hasta S/. 5, 001,486 soles en la fuente Recurso Ordinarios y de S/. 5, 405,650 soles en la fuente Donaciones y Transferencias, entre otros ingresos.

En cuanto a la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, lo que muestran los cuadros en cuanto a PIA o PIM, corresponde a marco presupuestal mas no a recursos financieros disponibles, el mismo que va estar en función de la recaudación.

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN - IGSS	38,583,509	5,355,702	5,316,430	5,316,430	99.27%
Genérica	PIA	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	20,262,164	3,290,583	3,290,526	3,290,526	100.00%
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,791,880	404,118	404,117	404,117	100.00%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	15,307,818	1,661,001	1,621,787	1,621,787	97.64%
5-25: OTROS GASTOS	50,000	0	0	0	0.00%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	171,647	0	0	0	0.00%

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN - MINSA	0	46,041,345	41,565,064	41,358,219	89.83%
Genérica	PIA	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	0	18,361,411	18,409,276	18,360,924	100.00%
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	0	2,387,763	2,387,762	2,387,762	100.00%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	24,358,150	20,024,316	19,865,823	81.56%
5-25: OTROS GASTOS	0	564,539	562,537	562,537	99.65%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	369,482	181,174	181,174	49.03%

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	38,583,509	51,397,047	46,881,494	46,674,649	90.81%
Genérica	PIA	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	20,262,164	21,651,994	21,699,802	21,651,450	100.00%
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,791,880	2,791,881	2,791,879	2,791,879	100.00%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	15,307,818	26,019,151	21,646,103	21,487,610	82.58%
5-25: OTROS GASTOS	50,000	564,539	562,537	562,537	99.65%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	171,647	369,482	181,174	181,174	49.03%





- 4 En el presente ejercicio presupuestal se efectuaron un total de 74 notas de modificación presupuestal, desagregándose en 03 notas de modificación presupuestal de tipo 1 (Transferencia entre Pliegos), 08 notas de modificación presupuestal de tipo 2 (Créditos Suplementarios), 52 notas de modificación presupuestal de tipo 3 (Créditos y Anulaciones dentro de la Unidad Ejecutora) y 11 notas de modificación presupuestal de tipo 4 (Créditos y Anulaciones Entre Ejecutoras).

En la genérica de gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales se habilitaron un total de S/. 1, 675,000 soles, para el pago del bono de desempeño del personal comprendido en el D.L. 1153, para el pago del costo diferencial de las compensaciones y entregas económicas, para el pago de costo diferencial del nombramiento, entre otros.

En esta misma genérica de gasto, se deshabilito un total de S/. 285,000 soles del total de S/. 500,000 soles destinados en el PIA para la adquisición del uniforme institucional que en el ejercicio fiscal 2017 no se ejecutó a pesar de contar con el presupuesto habilitado, situación que incide en el clima laboral de la entidad y que repercute en la productividad del personal.

En la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, a través de la fuente Recursos Ordinarios se habilito un total de S/. 5,001,486 soles como consecuencia de transferencias para el financiamiento de contratos CAS y personal con contrato por Servicios Diversos (R.S. N° 096-2017/MINSA), la continuidad del personal contratado por servicios diversos (R.S. N° 221-2017/MINSA y R.S. N° 234-2017/MINSA), para la continuidad de las prestaciones de asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS), para el pago de servicios básicos (R.S. N° 070-2017/MINSA) y para el mantenimiento de la infraestructura del Centro de Rehabilitación de Ñaña (R.S. N° 157-2017/MINSA), el mismo que fue revertido al tesoro público, al no efectuarse los procedimientos de selección para su adjudicación y ejecución física.

A través de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias, se habilito al presupuesto institucional un total de S/. 5, 405,650 soles, destinando el mayor porcentaje de dicho presupuesto para la adquisición de Medicamentos.

En la genérica de gasto 2.5 Otros Gastos se habilito con cargo al tesoro público un total de S/. 97,749 soles para el pago de sentencias judiciales consentidas del D.U. 037-94 y un total de S/. 412,087 soles con cargo al presupuesto institucional, con lo cual se cumplió con la obligación de la entidad de destinar del 3% al 5% del presupuesto en la genérica de gasto bienes y servicios para la atención de deudas con sentencia.

Unidad Ejecutora : Hospital Hermilio Valdizan

(expresada en soles)

Generica		Fte. Pto.	Recursos Ordinarios	Recursos Directamente Recaudados	Donaciones y Transferencias
2.1 Personal y Obligaciones	Habilitado		1,675,000.00	0.00	0.00
	Deshabilitado		-285,200.00	0.00	0.00
2.2 Pensiones y Otras Prestaciones	Habilitado		0.00	0.00	0.00
	Deshabilitado		0.00	0.00	0.00
2.3 Bienes y Servicios	Habilitado		5,001,486.00	1,321,246.00	5,405,650.00
	Deshabilitado		-704,461.00	-38,514.00	0.00
2.5 Otros Gastos	Habilitado		0.00	0.00	0.00
	Deshabilitado		0.00	0.00	0.00
2.6 Activos No Financieros	Habilitado		136,335.00	21,500.00	40,000.00
	Deshabilitado		0.00	0.00	0.00





5. En el ejercicio fiscal 2017 se efectuaron 1453 Certificaciones de Créditos Presupuestarios, haciendo un promedio de 1.47 Certificaciones de Crédito Presupuestario por día, descontando los días no laborable y días feriados.

El importe total certificado fue de S/. 41, 661,991.23 soles, desagregado en S/. 32, 898,927.51 soles en la fuente Recursos Ordinarios, S/. 4, 482,625.02 soles en la fuente Recursos Directamente Recaudados y S/. 4, 280,438.70 soles en la fuente Donaciones y Transferencias.

Unidad Ejecutora: Hospital Hermilio Valdizan

(en soles)

Fuente de Financiamiento	PIM	Certificado	% Ejecución
Recursos Ordinarios	33,823,309.00	32,898,927.51	97.27%
Recursos Directamente Recaudados	6,772,386.00	4,482,625.02	66.19%
Donaciones y Transferencias	5,445,650.00	4,280,438.70	78.60%
Total	46,041,345.00	41,661,991.23	90.49%

6. La ejecución presupuestal al 31 de diciembre 2017 por toda fuente de financiamiento alcanzo un 89.83 % de ejecución a nivel de devengados, correspondiendo a las genéricas de gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales y Pensiones y Otras Prestaciones el 100% de ejecución, mientras que en la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios se alcanzó el 81.6 % de ejecución y el 49.0 % de ejecución en la genérica de gasto Adquisición de Activos No Financieros.

A nivel de toda fuente, los principales rubros que mostraron saldos sin ejecución fueron las correspondientes a Medicamentos, Mantenimiento de Infraestructura, Alimentos para Personas, Servicios Diversos, Contrato Administrativo de Servicios y Vestuario, Accesorios y Prendas de Vestir.

Unidad Ejecutora : Hospital Hermilio Valdizan

(expresado en soles)

Genérica	PIM	Devengado	Avance %
2.1: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	18,361,411.0	18,360,924.04	100.00%
2.2: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,387,763.0	2,387,762.51	100.00%
2.3: BIENES Y SERVICIOS	24,358,150.0	19,865,823.53	81.6
2.5: OTROS GASTOS	564,539.0	562,538.14	99.6
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	369,482.0	181,174.84	49.0
Total	46,041,345.0	41,358,220.06	89.83%

7. La ejecución presupuestal por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios alcanzo el 97.2%, habiéndose alcanzando el 100 % en las genéricas de gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales, 2.2 Pensiones y Otras Prestaciones y 2.5 Otros Gastos, mientras que en las genéricas de gasto 2.3 Bienes y Servicios y 2.6 Adquisición de Activos No Financieros se alcanzó el 92.3 % y 95.4 %, respectivamente. En el caso de la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

(expresado en soles)

Genérica	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
2.1: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	18,361,411	18,409,276	18,360,924	100.0%
2.2: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	2,387,763	2,387,762	2,387,762	100.0%
2.3: BIENES Y SERVICIOS	12,375,261	11,312,509	11,419,619	92.3%
2.5: OTROS GASTOS	562,539	562,538	562,538	100.0%
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	136,335	129,999	129,999	95.4%
Fte. Fto. RECURSOS ORDINARIOS	33,823,309	32,802,084	32,860,842	97.2%
A Toda Fuente	46,041,345	41,565,147	41,358,220	89.8%





8. La ejecución presupuestal por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados alcanzo el 66.19 %. El mayor porcentaje de ejecución se efectuó en la genérica de gasto Bienes y Servicios, y específicamente se orientó a la adquisición de medicamentos e insumos médicos del fondo rotatorio de medicamentos, seguido de los gastos orientados al rubro alimentos y de servicios diversos. En la medida que la ejecución de gastos bajo esta fuente de financiamiento depende del nivel de recaudación, esta se vio limitada por el bajo nivel de recaudación en relación a los ingresos proyectados.

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

(expresado en soles)

Genérica	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
2.3: BIENES Y SERVICIOS	6,577,239	4,462,032	4,462,032	67.84%
2.5: OTROS GASTOS	2,000	0	0	0.00%
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	193,147	20,593	20,593	10.66%
Fte. Fto. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	6,772,386	4,482,625	4,482,625	66.19%
A Toda Fuente	46,041,345	41,565,147	41,358,220	89.83%

9. La ejecución presupuestal por la fuente de Donaciones y Transferencias alcanzo un 73.72 %, siendo la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios en la que se ejecutó el mayor porcentaje del gasto, alcanzado el 99.23% del total del gasto por esta fuente de financiamiento. El rubro que mayor gasto concentro fue el referido a la adquisición de Medicamentos con un 69.45%, la contratación de Servicios Diversos con un 19.67% y la contratación de Servicios de Limpieza con un 7.31%.

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

(expresado en soles)

Genérica	PIM	Certificación	Devengado	Avance %
2.3: BIENES Y SERVICIOS	5,405,650	4,249,857	3,984,172	73.70%
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	40,000	30,581	30,581	76.45%
Fte. Fto. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	5,445,650	4,280,439	4,014,753	73.72%
A Toda Fuente	46,041,345	41,565,147	41,358,220	89.83%

10. La ejecución del gasto por categoría presupuestal mostró un mayor porcentaje de ejecución en las categorías relacionadas a programas presupuestales por resultados (PPR), mientras que los gastos no relacionados a la obtención de productos a favor de los usuarios fueron las de menor porcentaje de ejecución.

La asignación del presupuesto este orientado básicamente a actividades que no tienen un resultado concreto o medible a favor del usuario externo. Así tenemos que la ejecución presupuestal del



programa 016 TBC/VIH-SIDA solo represento el 0.72% del gasto total (0.10% del PIA), el programa 018

Enfermedades No transmisibles represento el 0.62% del gasto total (0.61% del PIA), el programa 068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres represento el 0.78% del gasto total (1.32% del PIA), el programa 104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas represento el 3.13 % del gasto total (sin asignación PIA), el programa 131 Control y Prevención en Salud Mental represento el 25.96% del gasto total (22% del PIA). Mientras que las actividades de la categoría de gasto 9001 Acciones Centrales representaron el 20.56% del gasto total (15.82% del PIA) y de la categoría 9002 Asignaciones Presupuestales que no resultan en Producto que represento el 42.25% del gasto total (53.72% del PIA).

Unidad Ejecutora : HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

(expresada en soles)

Categoría Presupuestal	% Participación del Gasto	PIM	Devengado	Avance %
0016: TBC-VIH/SIDA	0.72%	298,873.00	298,450.00	99.86%
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	0.62%	256,638.00	256,632.00	100.00%
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	0.78%	330,558.00	324,324.00	98.11%
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3.13%	1,302,413.00	1,296,405.00	99.54%
0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	5.97%	2,469,020.00	2,469,014.00	100.00%
0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	25.96%	11,077,524.00	10,735,536.00	96.91%
9001: ACCIONES CENTRALES	20.56%	9,484,306.00	8,504,711.00	89.67%
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	42.25%	20,822,013.00	17,473,149.00	83.92%
Total	100.00%	46,041,345.00	41,358,220.00	89.83%

- 11 Del presupuesto asignado a cada categoría de gasto y principalmente a los Programas Presupuestales por Resultados (PPR), el mayor porcentaje de la ejecución se orientó al pago de personal, ya sea a través de la genérica de gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales y en la genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, a través de los rubros Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y Servicios Diversos (terceros), orientando muy poco del gasto a la adquisición de otros bienes y servicios que requieran y priorizan las áreas usuarias como responsables técnico de las ejecución de las actividades. Esta situación dificulta la adecuada prestación de servicios de salud, teniendo en consideración que cada programa presupuestal requiere de un kit de bienes y servicios para su adecuada ejecución.

Unidad Ejecutora: Hospital Hermilio Valdizan

(expresado en soles)

PROGRAMA PRESUPUESTAL	016 TBC/VIH-SIDA		018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES		0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD		0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL		9001: ACCIONES CENTRALES		9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	
	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%	Devengado	%
GENERICA DE GASTO																
2.1: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	268,769	90.05%	126,175	49.17%			1,222,460	94.30%	2,463,203	99.76%	6,755,465	62.93%	4,452,608	52.35%	3,072,246	17.58%
2.2: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES													6,168	0.07%	2,381,593	13.63%
2.3: BIENES Y SERVICIOS	29,681	9.95%	103,658	40.39%	280,793	86.58%	73,945	5.70%	5,811	0.24%	3,980,071	37.07%	3,444,501	40.50%	11,947,363	68.38%
2.5: OTROS GASTOS													562,538	6.61%		
2.6: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS			26,800	10.44%	43,531	13.42%							38,896	0.46%	71,946	0.41%
TOTAL	298,450	100.00%	256,633	100.00%	324,324	100.00%	1,296,405	100.00%	2,469,014	100.00%	10,735,536	100.00%	8,504,711	100.00%	17,473,148	100.00%





- 12 Los ingresos provenientes por fuentes distintas a Recursos Ordinarios, no fueron los estimados en el caso de la fuente Recursos Directamente Recaudados, observándose una recaudación mayor por la venta de medicamentos, cuyo uso está orientado a la adquisición de Medicamentos, mientras que los ingresos por la venta de servicios de salud alcanzo a no más de 38% de lo estimado.

Los ingresos provenientes por la fuente Donaciones y Transferencias está en función del reconocimiento de las prestaciones brindadas por el Seguro Integral de Salud. Estos ingresos estuvieron un 3.19% inferior al año 2016.

Unidad Ejecutora : Hospital Hermilio Valdizan

(expresado en soles)

Fuente de Financiamiento	PIA	Saldo de Balance	Recaudado	PIM
Recursos Directamente Recaudados	5,501,754.00	1,342,747.00	3,178,984.00	4,521,731.00
Donaciones y Transferencias	0.00	328,708.00	5,118,987.00	5,447,695.00





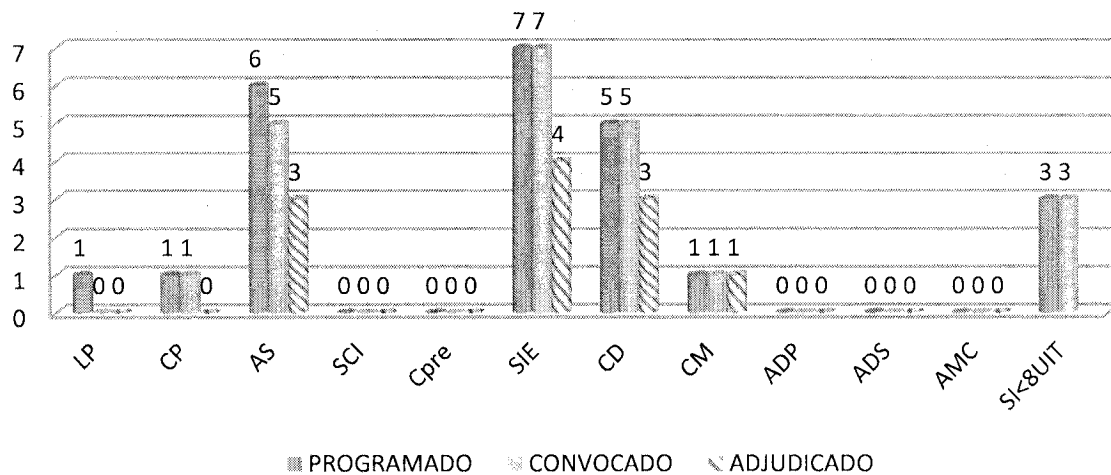
EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DEL PLAN ANUAL DE CONTRATACIONES AL IV TRIMESTRE 2017

El Plan Anual de Contrataciones del Hospital Hermilio Valdizán, fue aprobado con Resolución Directoral N° 004-DG/HHV-2017, de fecha 20 de enero de 2017; y publicado en el Portal del SEACE, dentro del plazo establecido en la Ley de Contrataciones y su reglamento.

EVALUACION CUALITATIVA

Table with 3 columns: Category, no convocados, convocados. Rows include LP, CP, AS, SCI, Cpre, SIE, CD, CM, ADP, ADS, AMC, SI<8UIT, and total.

COMPARATIVO PROGRAMADO-CONVOCADO-ADJUDICADO



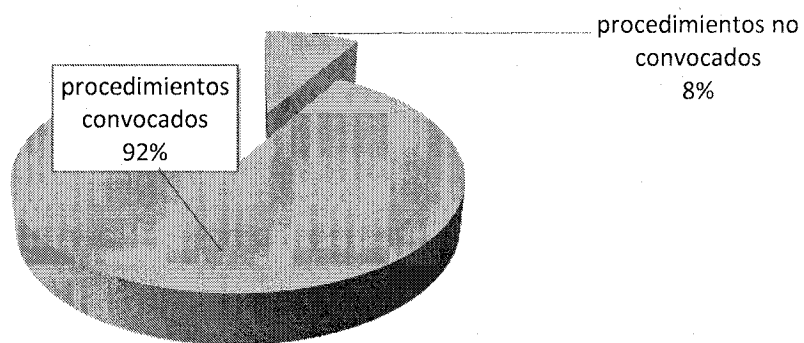
Como se aprecia en el cuadro anterior, el número de procedimientos de selección programados en el Plan anual de Contrataciones 2017 del Hospital Hermilio Valdizán





es de veinticuatro (24) procedimientos durante al IV Trimestre del 2017, de los cuales fueron convocados Veintidos (22) procedimientos quedando pendientes de convocar dos(02).

Comparativo de procesos convocados vs programado 2017



En términos porcentuales se establece que durante el periodo del IV trimestre del ejercicio 2017, según el cuadro Comparativo de procedimientos convocados versus procedimientos programados es del 92% del total de procedimientos programados.





EVALUACIÓN CUANTITATIVA AL IV TRIMESTRE 2017

TIPO DE PROCESO DE SELECCIÓN	ABR E V I A T U R A	PAC PROGRAMADO		PROCESO CONVOCADO		PROCESOS ADJUDICADO		DESIER TOS O CANCEL ADOS		PORCENTAJE CONVOCADO		PORCENTAJE ADJUDICADO	
		CANT IDAD	MONTO	CANT IDAD	MONTO	CANT IDAD	MONTO	CA NTI DA D	MO NTO	CANTI DAD	MON TO	CANTI DAD	MONTO
Licitación Pública	LP	1	S/. 671,877.00	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Concurso Público	CP	1	S/. 1,524,978.00	1	S/. 1,719,247.44	0	S/. -			100.0 0%	112.7 4%	0.00 %	0.00%
Adjudicación Simplificada	AS	6	S/. 576,477.07	5	S/. 563,365.55	3	S/. 369,359.99			83.33 %	97.73 %	50.00 %	64.07%
Selección de Consultores individuales	SCI	0	S/. -	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Comparación de Precios	CPRE	0	S/. -	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Subasta Inversa Electrónica	SIE	7	S/. 5,350,412.69	7	S/. 5,119,080.68	4	S/. 2,104,330.95			100.0 0%	95.68 %	57.14 %	39.33%
Contratación Directa	CD	5	S/. 1,461,603.95	5	S/. 1,455,186.44	3	S/. 1,098,753.00			100.0 0%	99.56 %	60.00 %	75.17%
Compra por catálogo (Convenio Marco)	CM	1	S/. 452,212.16	1	S/. 452,212.16	1	S/. 452,212.16			100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.00%
Adjudicación Directa Pública	ADP	0	S/. -	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Adjudicación Directa Selectiva	ADS	0	S/. -	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Adjudicación de Menor Cuantía	AMC	0	S/. -	0	S/. -	0	S/. -			0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00%
Supuestos Inaplicación < 8uit	S I < 8 U I T	3	S/. 12,412.40	3	S/. 12,412.40		S/. -			100.0 0%	100.0 0%	0.00 %	0.00%
TOTAL		24	S/. 10,049,973.27	22	S/. 9,321,504.67	11	S/. 4,024,656.10	0	0	91.67 %	92.75 %	45.83 %	40.05%





Debido a los eventos siguientes quedaron pendientes de convocar dos (02) procedimientos en el periodo evaluado:

- Licitación Pública (Adquisición De Uniforme Institucional): Se quedo en la etapa de actos preparatorios debido que hubo retraso en la entrega de los Términos de Referencia completo por parte del Usuario.
- Adjudicación Simplificada(Servicio De Señalización): Durante el estudio de mercado se determino que el valor referencial resulto inferior a las 3 UIT, por lo que no corresponderia a un proceso de selección.

Se concluye que el Hospital Hermilio Valdizán ha convocado (22) procedimientos de selección de Veinticuatro (24) programadas al IV Trimestre del 2017.



ASPECTOS QUE INFLUENCIARON EN LOS RESULTADOS

- Falta de sinceramiento en la determinación de las necesidades acción coordinada entre la oficina de Logística y las diferentes unidades orgánicas (cuadro de necesidades)
- Falta de monitoreo a las actividades asistenciales y administrativas para el óptimo cumplimiento de las metas.
- Descoordinación y falta de atención para canalizar el cumplimiento de las metas de algunos programas presupuestales falencia de instructivos y/o flujo de la información, falta de seguimiento y monitoreo.
- Ingresos de pacientes a hospitalización, por mandato judicial y abandono familiar.
- Documentos de gestión desactualizados en proceso de actualización de acuerdo a las normas vigentes.
- Carencia de un Plan Maestro de Inversiones del HHV (en proceso de realización)
- Demora en ejecución del PAC.
- Falta de un sistema de registro de demanda insatisfecha (de pacientes que no obtuvieron una cita médica)
- No se cuenta con infraestructura tecnológica para el soporte del sistema tecnológico (Atenciones en Huaycán y el CSMC "Ethel Bazan" – Promoción de la Salud Mental, Estadística e Informática).
- Carencia de equipo informático en diferentes áreas asistenciales y administrativas.
- Falta de sensibilización en la mejora de la atención a los pacientes
- Falta de capacitación a través del PDP a los recursos humanos de la institución.

PERSPECTIVAS DE MEJORA

Intervenciones priorizadas:

- Actualización de los instrumentos de gestión, contratación de especialistas en la materia.
- Mejorar la ejecución de Presupuesto por Resultados, considerando la optimización de los paquetes de atención y los productos a obtener
- Fortalecer el sistema informático que utiliza el hospital Hermilio Valdizán, de modo tal que se constituya en un instrumento fundamental para la toma oportuna de decisiones y la retroalimentación constante de la gestión.
- Desarrollar una infraestructura moderna e inteligente, acorde a la demanda y a las necesidades de la institución. (Plan Maestro)





- Desarrollar un centro de evidencias, constantemente activo, que permita una actualización rápida de las guías, protocolos y programas de atención.
- Desarrollar un sistema de referencia y contra referencia en salud mental, efectiva, oportuna y eficiente, acorde con la Reforma de la atención en salud mental.
- Establecer el registro de historias clínicas informatizada
- Estandarizar la denominación de las actividades asistenciales que realizan los diferentes Unidades Orgánicas.
- Aprobación del Plan Maestro de inversiones del HHV.
- Agilizar los procesos de adquisiciones para el oportuno abastecimiento de bienes y servicios.
- Mejorar el perfil de competencias del personal que labora en la institución a través del PDP
- Difundir los servicios que ofrece la institución (PpR, SIS) adicionalmente a través de la página web.

IV. ANEXO

Matriz de Seguimiento del Plan Operativo Anual – Matriz 5

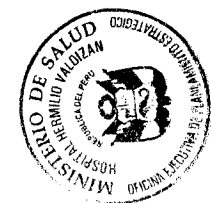




MATRIZ DE SEGUIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL - POA 2017 - IV TRIMESTRE

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL - POA 2017 - AL CUARTO TRIMESTRE TRIMESTRE
HOSPITAL HERMILO VALDIVIAZAN

CANTIDAD DE ATENCIONES PRESTADAS	PRODUCTO PRINCIPAL	ACTIVIDAD DE INTERVENCIÓN	ESTRUCTURA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA												TOTAL ATENCIONES	EJECUCIÓN PRESUPUEST AL TRIMESTRE (PPI)	% EJECUCIÓN AL TRIMESTRE	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	I TRIMESTRE				II TRIMESTRE				III TRIMESTRE				IV TRIMESTRE				CANTIDAD TOTAL	CUMPLIMIENTO
			META		I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE		I TRIMESTRE							II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE													
			UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PROG	SUBC	PROG	SUBC	PROG	SUBC	PROG	SUBC	PROG	SUBC						PROG	SUBC	PROG	SUBC	PROG	SUBC												
18	18 TBC-VHSDA	SC0262 ATENCION ESPECIALIZADA EN TUBERCULOSIS CON SINTOMAS DE RESPIRATORIOS	PERSOJA ATENDIDA	285	73	93	32%	74	27	41%	120	74	51	58%	74	49	75%	220	286.881	286.438	100%	PERSOJA ATENDIDA	285	73	93	74	27	74	51	74	46	75%					
18	18 TBC-VHSDA	SC0157 MEDIDAS DE PROTECCION Y BIENESTAR EN LOS SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS	TRABAJADOR PROTEGIDO	309	76	50	16%	77	53	33%	103	78	47	49%	78	159	100%	309	1.259	1.209	100%	TRABAJADOR PROTEGIDO	309	76	50	77	53	78	47	78	159	100%					
18	18 TBC-VHSDA	SC0365 ADULTOS Y JOVENES RECIBEN SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA	PERSOJA INFORMADA	2.284	574	365	17%	574	337	31%	722	574	365	49%	572	510	71%	1.628	863	863	100%	PERSOJA INFORMADA	2.284	574	365	574	337	574	365	572	510	71%					
18	18 TBC-VHSDA	SC0262 ATENCION ESPECIALIZADA EN TUBERCULOSIS CON SINTOMAS DE RESPIRATORIOS	PERSOJA TRATADA	415	227	227	55%	7	7	56%	234	90	164	96%	91	250	156%	648	9.893	97.892	100%	PERSOJA TRATADA	415	227	227	7	7	91	250	156%	648	97.892					
18	18 TBC-VHSDA	SC0262 ATENCION ESPECIALIZADA EN TUBERCULOSIS CON SINTOMAS DE RESPIRATORIOS	PERSOJA TRATADA	462	143	143	29%	57	57	41%	200	144	47	125%	148	374	161%	661	131.986	131.386	100%	PERSOJA TRATADA	462	143	143	57	57	148	374	374	661	131.386					
18	18 TBC-VHSDA	SC0262 ATENCION ESPECIALIZADA EN TUBERCULOSIS CON SINTOMAS DE RESPIRATORIOS	PERSOJA TRATADA	38	12	12	32%	6	6	47%	18	9	36	111%	11	15	150%	57	33.388	33.386	100%	PERSOJA TRATADA	38	12	12	6	6	11	15	15	57	33.386					





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL HERMIÑO VALDIZAN

INDICADOR	MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	1	1	100%	0	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	1	200	0%	MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	1	1	0	0	0	0	0	0	100%
3002001 ACCIONES CONJUNTES	MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	1	1	100%	0 <td>0</td> <td>100%</td> <td>0 <td>0</td> <td>100%</td> <td>1</td> <td>200</td> <td>0%</td> <td>1</td> <td>200</td> <td>0%</td> <td>MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES</td> <td>INFORME TECNICO</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td></td></td></td></td></td>	0	100%	0 <td>0</td> <td>100%</td> <td>1</td> <td>200</td> <td>0%</td> <td>1</td> <td>200</td> <td>0%</td> <td>MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES</td> <td>INFORME TECNICO</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td></td></td></td></td>	0	100%	1	200	0%	1	200	0%	MONITOREO SUPERVISION Y EVALUACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	1	1	0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>100%</td> </td></td>	0 <td>0 <td>100%</td> </td>	0 <td>100%</td>	100%
3002007 ACCIONES CONJUNTES	SICDAR01 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	7	2	29%	2	1	47%	3	2	2	6	52,438	0%	6	52,438	0%	DESARROLLO DE INSTRUMENTOS ESTRATEGICOS PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	7	2	2	1	2	2	1	1	100%
3002034 CAPACIDAD REACTIVA PARA LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR02 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	REPORTE	4	1	0%	1	1	25%	1	2	4	67,45	44%	7%	67,45	44%	DESARROLLO DE INSTRUMENTOS ESTRATEGICOS PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	REPORTE	4	1	0	1	1	1	2	1	100%	
3002034 CAPACIDAD REACTIVA PARA LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR03 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	BRIGADA	5	0	0%	5	0	0%	0	0	0	12,627	9,056	72%	5	12,627	72%	IMPLEMENTACION DE BRIGADAS PARA LA ATENCION EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	BRIGADA	5	0	0	0	0	0	0	0%	
3002034 CAPACIDAD REACTIVA PARA LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR04 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	INFORME TECNICO	1	0	0%	0	0	0%	0	0	0	24,919	1,644	6%	1	24,919	6%	ADMINISTRACION Y MANEJO DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	INFORME TECNICO	1	0	0	0	0	0	0	0	100%
3002034 CAPACIDAD REACTIVA PARA LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR05 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	REPORTE	12	3	25%	3	3	50%	6	3	3	76,438	46,548	59%	12	76,438	59%	DESARROLLO DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	REPORTE	12	3	0	3	3	3	3	3	75%
3002037 ESTUDIOS PARA LA ESTIMACION DEL RIESGO EN SERVICIOS PUBLICOS	SICDAR06 DESARROLLO DE LOS MATERIALES PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	DOCUMENTO TECNICO	1	0	0%	0	0	0%	0	0	0	11,550	0	0%	1	11,550	0%	DESARROLLO DE ESTUDIOS DE VULNERABILIDAD Y RIESGO EN SERVICIOS PUBLICOS	DOCUMENTO TECNICO	1	0	0	0	0	0	0	0	100%
3002038 PERSONAS CON CAPACIDAD EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ATENCION AL CAMBIO CLIMATICO	SICDAR07 FORMACION Y CAPACITACION EN MATERIA DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ATENCION AL CAMBIO CLIMATICO	PERSONA	300	60	17%	100	100	51%	150	100	100	500	80	16%	300	500	16%	FORMACION Y CAPACITACION EN MATERIA DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ATENCION AL CAMBIO CLIMATICO	PERSONA	300	50	50	100	100	100	100	100	100%
3002040 SERVICIOS PUBLICOS SEGUROS ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR08 SEGURIDAD ESTRUCTURAL DE SERVICIOS PUBLICOS	INTERVENCIÓN	4	0	0%	2	0	0%	0	1	0	81,455	60,264	100%	4	81,455	100%	SEGURIDAD ESTRUCTURAL DE SERVICIOS PUBLICOS	INTERVENCIÓN	4	0	0	2	0	1	0	1	250%
3002040 SERVICIOS PUBLICOS SEGUROS ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES	SICDAR09 SEGURIDAD FUNCIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS	INTERVENCIÓN	8	1	13%	2	0	13%	3	0	5	157,840	13,996	9%	8	157,840	9%	SEGURIDAD FUNCIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS	INTERVENCIÓN	8	1	1	2	0	3	0	2	403%

