



PLAN ESTRATÉGICO 2003 – 2008

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. SÍNTESIS HISTORICA DE NUESTRO HOSPITAL**
- 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL**
- 4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL**
 - 4.1 Análisis del Entorno Epidemiológico**
 - 4.2 Análisis del Entorno Institucional**
 - 4.3 Análisis del Intorno**
- 5. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**
- 6. ANALISIS FODA**
- 7. MISIÓN Y VISION INSTITUCIONAL**
- 8. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE GESTION INSTITUCIONAL**
- 9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**
- 10. ESTRATEGIAS**
 - Estrategias Operativas**
 - Estrategias de Mercado**
- 11. Anexos**

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión al igual que otros establecimientos similares de América Latina, se ha encontrado fuertemente involucrado en un proceso de “Modernización Hospitalaria”, en el marco de una Reforma en Salud, que entre otras cosas implicaba una reconcepción del quehacer hospitalario, enfatizando términos como eficiencia, gerencia y productividad.

La búsqueda de satisfacer al “cliente” remarcó una lógica de trabajo con criterios de negocio, cuya buena intención fue sobrepasada por algunas distorsiones a sus objetivos primarios.

En este contexto nuestro hospital realizó importantes esfuerzos para ponerse a la altura de estas nuevas exigencias. La Informatización, la modernización del equipamiento, la recuperación de su infraestructura, la capacitación de sus profesionales en temas de gerencia o de sus respectivas especialidades, constituyeron sin duda un avance significativo en el desarrollo institucional; sin embargo, el resultado obtenido no llegó a ser percibido en la misma magnitud por los pacientes que a diario hacían uso de nuestros servicios.

Es por ello, que creemos que es fundamental el dar inicio a un nuevo proceso, al que podríamos llamar de “Humanización Hospitalaria”, en el que nuestro objetivo fundamental sea el de brindar un servicio que llegue a ser percibido por nuestros pacientes como algo más que un producto a la venta, o como un acto de caridad, y que pueda ser capaz de brindar sino el total alivio del mal físico, por lo menos la reconfortante convicción de un real y calificado esfuerzo por otorgarlo.

Para ello no es preciso el conseguir capitales extranjeros, ni realizar complejos estudios para obtener algún grado o título adicional, es necesario únicamente dejar emerger nuestros mas profundos valores y la esencia de la vocación que nos indujo algún día, a trabajar por la salud de nuestros semejantes decidiéndonos a otorgar un trato e interés por nuestros pacientes, similar al que deseáramos recibir para nosotros o para nuestros seres queridos.

Por otro lado, la demanda y expectativa de la población con relación a los hospitales obliga en los tiempos actuales a que sea imperiosa su conducción por gestiones eficientes, capaces y conocedoras de la complejidad de su manejo con mayor razón

cuando las condiciones del entorno y de la propia institución, parecieran hacer cada vez más incierto e inestable el futuro de las organizaciones hospitalarias.

Sin embargo, medidas sectoriales como la designación de los directores de hospitales a través de un concurso de méritos, abren una promisorio condición de mayor estabilidad y de una proyección técnica que como organización no podemos dejar pasar.

Ello implica la necesidad de una mejora en las capacidades de gestión, que permitan gerenciar adecuadamente los servicios de salud hospitalarios, sin que ello signifique que se pierda ni la sensibilidad social ni la razón de ser de los establecimientos públicos del Estado, con criterios de equidad y solidaridad que impliquen la priorización del acceso a la atención a los que menos tienen.

Dentro de ese esfuerzo, que involucra a los niveles directivos de la organización y desde allí a toda la comunidad hospitalaria, de profesionales y técnicos, de asistenciales y administrativos; el uso de herramientas de gestión valiosas y potentes es en términos prácticos, obligatorio. Dentro de ellas el planeamiento Estratégico es sin duda un poderoso e indiscutible soporte para la gestión.

Fruto de ese proceso exigente e intenso nuestro hospital llegó a definir el Plan Estratégico 2000-2005, con la participación de las diversas unidades orgánicas de la entidad; sin embargo, vicisitudes de la historia nacional reciente, así como algunos interesantes cambios en el entorno, determinaron por un lado que aquel documento original quedara desactualizado en varios aspectos.

Hoy presentamos el nuevo Plan Estratégico 2003-2008, el cual recoge como un insumo valioso al documento precedente y añade la incorporación de aquellos elementos que ahora rigen la función de los establecimientos del Sector Salud.

El presente Plan Estratégico ha sido enriquecido con los aportes de los diferentes actores de la organización, de las oficinas, departamentos y servicios, lo que le otorga una base más sólida, para una mayor identificación colectiva institucional.

El plan estratégico 2003-2008 compendia el camino que debemos seguir para la construcción, con la participación de todos, de esa visión en la que nuestro Hospital satisfaga a nuestros usuarios, a nuestro personal y al estado.

Planeamiento es el pensamiento que precede y preside a la acción; nos toca ahora hacer el esfuerzo para desarrollar la acción de manera coherente y conducente a aquello que hemos planificado.

Dr. José Carlos Del Carmen Sara
DIRECTOR GENERAL

2. SINTESIS HISTORICA DE NUESTRO HOSPITAL

La historia del Hospital, tiene sus antecedentes en la atención sanitaria de la población del Callao durante la época del Virreinato.

El Hospital San Juan de Dios construido en el caserío de Bellavista, fue establecido en 1770 durante el gobierno del Virrey Amat y Juniet, el mismo que era destinado para la atención de varones. Por la misma época, en 1793 se funda el Hospital Guadalupe, ubicado en lo que hoy es la Plazuela Garibaldi, y fue destinado para la atención de mujeres.

Más antiguo, es de mencionarse al Hospital del Espíritu Santo, destinado a los marineros, y que fue creado en 1581, funcionando hasta 1767 en que es clausurado y transferido al antiguo Hospital Naval del Callao. Este hospital llamado también “de marineros” fue inaugurado ese año en la calle Vigil de Bellavista, Callao. En 1826 pasó a ser el Hospital Naval y que funcionó hasta 1955 en que se construyó el actual Centro Médico Naval. En el local original de la calle Vigil, hoy funciona el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación.

Ocurrido el terremoto de 1940, que afectó seriamente a Lima y el Callao, el Hospital San Juan de Dios de Bellavista es clausurado, y sería transferido en 1941 al recién inaugurado Hospital de Varones Daniel Alcides Carrión.

En 1940, luego del terremoto, médicos como los doctores Ostorga, Batifora, y Clondet, se abocaron a gestionar ante la Beneficencia Pública del Callao la construcción del Hospital de Varones Daniel A. Carrión, y fueron testigo de ello.

Este Hospital fue construido en 1941, en un terreno vecino al antiguo y clausurado hospital, e inaugurado aún inconcluso el 31 de Diciembre de 1941, por el Presidente de la República de ese entonces, don Manuel Prado.

El antiguo Hospital de Guadalupe, funcionó hasta 1968, afectado por el terremoto de 1966, terminó de dejarlo inoperativo. A ello se añadió el proyecto de construir la Avenida Guardia Chalaca, que terminó cercenando el antiguo hospital de manera definitiva. Se transfirió para su funcionamiento al nuevo Hospital San Juan de Dios de Bellavista.

En efecto, el Hospital Docente San Juan de Dios, también construido por la misma Beneficencia e inaugurado el 15 de Junio de 1968, dando lugar al Área Hospitalaria N° 6 del Callao. Se forma al trasladarse todos los médicos que trabajaban en el viejo Hospital Guadalupe, y fue equipado por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Es reconocido como Sede Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

A partir del 1 de Enero de 1970, mediante D.S. N° 0 166-69-SA, se dispone que los Hospitales de la Beneficencia Pública del Callao pasen a ser administrados por el Ministerio de Salud. Con ello se transfería la administración de las instalaciones de los dos hospitales, mas no la propiedad, la que en estricto sentido es de la Sociedad de Beneficencia Pública del Callao.

El 15 de Octubre de 1971 con Resolución Ministerial N° 000189-71- SA / DS., se procede a la unificación de los dos hospitales con el nombre del **Complejo Hospitalario "Daniel Alcides Carrión"**. Físicamente ambos nosocomios están unidos a través de un corredor construido en 1976, y que es conocido como "el túnel".

El 15 de Marzo de 1991, mediante Resolución Ministerial N° 02669-91-SA / DM, este Complejo fue reclasificado como "Hospital Nacional" con una capacidad de 850 camas. Está constituido por el Sector Carrión y el Sector San Juan.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL

El hospital es el prestador de servicios de salud de mayor complejidad en la red de establecimientos de salud del MINSA en la provincia, con dependencia administrativa de la Dirección de Salud I Callao y del Ministerio de Salud. Con la implementación del Seguro Integral de Salud, el Hospital es referencia para las subregiones de Tumbes, Luciano Castillo, Piura, Jaén, Ancash y en quemados para veintidós de las regiones de salud.

Somos un Hospital Nacional Docente y nuestra capacidad instalada dispone de:

- 468 camas
- 124 consultorios
- 11 incubadoras
- 24 cunas
- 6 camas en UCI Adultos
- 4 cunas en UCI Neonatal
- 3 camas en UCI Pediátrica
- 8 camas en UCIN Adultos
- 6 salas quirúrgicas Electivas (5 operativas)
- 3 salas quirúrgicas en Emergencia
- 1 centro quirúrgico oftalmológico
- 2 ambulancias

Brindamos servicios médicos en diversas especialidades de Medicina, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Odontoestomatología, a través de los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y Cuidados Intensivos; así como de los servicios de apoyo al tratamiento, contando además con Programas Preventivo-Promocionales de Enfermedades Transmisibles y No transmisibles.

Para la prestación de sus servicios, se cuenta con 208 médicos asistenciales y 125 residentes, 293 “otros profesionales de salud” más 62 internos, 596 trabajadores asistenciales no profesionales, y personal administrativo son 93 trabajadores.

Teniendo como base la población del Callao, la disponibilidad de los sus servicios durante el año 2002 fue e 5.7 consultorios funcionales por cada 10,000 habitantes, 4.6 quirófanos por cada 100,000 habitantes y 2.1 camas por cada mil habitantes,

Durante el año 2002 la población que demandó servicios fue de 84 818 pacientes por consulta externa, además se hospitalizaron 16 970 pacientes y se atendieron 70 130 pacientes en Emergencias. Durante el año se efectuaron 318 322 atenciones por consultorios externos, 23 633 sesiones de medicina física y rehabilitación, y 7 022 intervenciones quirúrgicas.

4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

4.1 Análisis del Entorno Epidemiológico

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Generalidades

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión se encuentra situado en el distrito de Bellavista, de la Provincia Constitucional del Callao. Es el establecimiento de mayor complejidad de la red del Ministerio de Salud, de la Dirección de Salud I – Callao, que cuenta con 48 Centros de Salud y el Hospital San José.

El ámbito geográfico de la red tiene una superficie territorial de 146.98 kms². que se distribuye a lo largo de una estrecha franja de territorio costero. Por el norte limita con el distrito de Puente Piedra, por el sur con el distrito de San Miguel, por el este con el distrito de San Martín de Porres y por el oeste con el Océano Pacífico.

Población y sus características

El Hospital no cuenta con una población adscrita ya que es un Hospital Nacional y atiende a la población de los distritos aledaños como San Miguel, San Martín de Porres y de otros distritos de Lima así como de otras provincias del territorio nacional.

POBLACION DEL AREA INFLUENCIA DIRECTA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO AÑO 2002

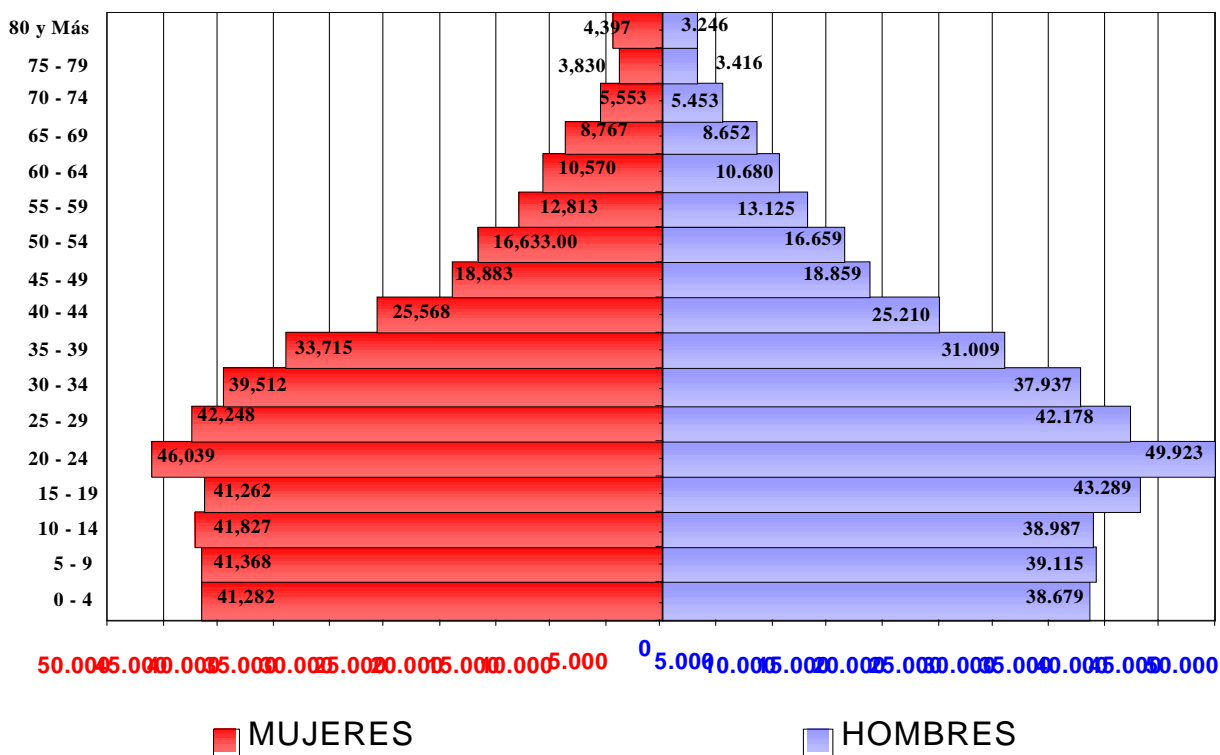
GRUPO ETARIO	POBLACION	%
Menores un año	16,585	1,88
De 1 a 4 años	65,459	7,42
De 5 a 9 años	82,486	9,35
De 10 a 14 años	82,839	9,39
De 15 a 19 años	86,632	9,82
De 20 a 49 años	421,339	47,76
De 50 y más años	126,861	14,38
TOTAL	882,201	100,00

La Provincia Constitucional del Callao, tiene una población estimada de 882 201 habitantes, de esa población, se estima que el MINSA tiene una población objetivo de 529 321 habitantes (60%), mientras que ESSALUD, FF.AA., Privados 352 880 (40%).

El Callao presenta una pirámide poblacional que muestra una disminución en su base ,

POBLACION POR GRUPO ETAREO Y SEXO

Callao - 2002



menores de quince años, fruto de una mayor difusión de los programas de planificación familiar, el 30% de su población es joven, y tiene una población de tercera edad significativa, ya que el promedio de vida es uno de los más altos del país, esto influye en la patología que reciben los establecimientos de salud.

De acuerdo a las necesidades básicas insatisfechas de la población del Callao, apreciamos que el distrito de mayor pobreza es el de Ventanilla, que en los últimos

años ha recibido corrientes migratorias del mismo Callao y de los diferentes distritos de Lima, le siguen con un 19.3% el Distrito de Carmen de la Legua, Bellavista presenta un 11.3%, la Perla sólo un 10.30% y el distrito que menor pobreza presenta es el de la Punta con un 6.1%.

DISTRITO	NBI (*)	ESTRATO
LA PUNTA	6.1	I (<12%)
LA PERLA	10.3	I (<12%)
BELLAVISTA	11.3	I (<12%)
C.LEGUA	19.3	II (12-35%)
VENTANILLA	62.3	III (>35%)

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es un Hospital de referencia nivel IV, docente que forma profesionales y técnicos en salud que luego ejercen sus actividades en todo el país, y por ser hospital de alta complejidad puede recibir pacientes de todo el territorio nacional.

Los pacientes que llegan al HN “DAC” proceden de los 6 distritos del Callao, siendo Callao Cercado quien aporta el 80.3%. También acuden pacientes de Distritos aledaños como San Miguel y los Olivos entre otros. En Hospitalización el 50% de la demanda pertenece a las mujeres en edad fértil, y el parto tanto vaginal como por cesárea corresponde a más del 30% del total de egresos.

La distribución de pacientes atendidos en consulta externa según su procedencia y sexo en el año 2002, de una muestra de 58 015 atendidos se aprecia que el 90,1% provienen del Callao, el 9,1% de Lima y el 0,8% del interior del país. En relación al sexo el 60.6% pertenece al femenino y el 39,4% al masculino.

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA
HN DAC - AÑO 2002**

DISTRITOS	Sexo				Total Atendidos	
	Femenino		Masculino		N°	%
	TOTAL	%	TOTAL	%		
CALLAO	31.855	54,9%	20.397	35,2%	52.252	90,1%
LIMA	3.015	5,2%	2.270	3,9%	5.285	9,1%
OTROS DEPARTAMENTOS	273	0,5%	205	0,4%	478	0,8%
Total	35.143	60,6%	22.872	39,4%	58.015	100%

Fuente: Hojas HIS – Año 2002

En relación a la distribución de pacientes atendidos en consultas externas provenientes del Callao en el año 2002, la mayoría proceden del distrito del Callao-Cercado con el 80,9%, seguidos por Bellavista con el 10,7% y el Distrito de La Punta aporta el menor número de pacientes con el 0,1% del total.

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA
HN-DAC : AÑO 2002**

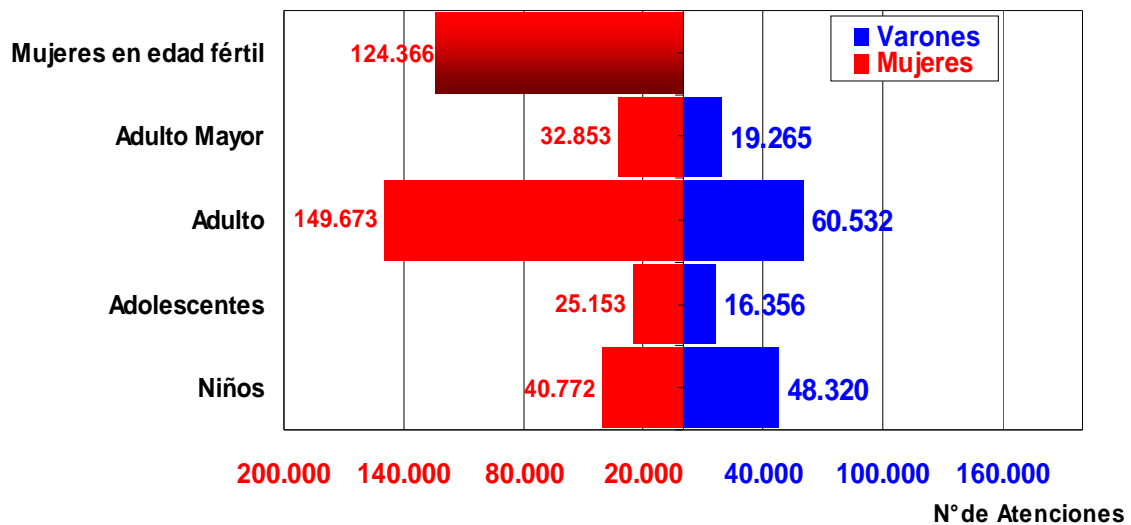
DISTRITOS	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	TOTAL	%	TOTAL	%		
CALLAO	26,243	50.2%	15,710	30.1%	41,953	80.3%
BELLAVISTA	3,017	5.8%	2,550	4.9%	5,567	10.7%
VENTANILLA	1,398	2.7%	1,222	2.3%	2,620	5.0%
LA PERLA	1,027	2.0%	775	1.5%	1,802	3.4%
CARMEN DE LA LEGUA	128	0.2%	114	0.2%	242	0.5%
LA PUNTA	42	0.1%	26	0.0%	68	0.1%
Total	31,855	61.0%	20,397	39.0%	52,252	100%

Fuente: Hojas HIS – Año 2002

La distribución por ciclos de vida y sexo de las atenciones en consulta externa en el año 2002, muestra que los adultos ocupan el primer lugar con 210 205 (53,5%) atenciones, siendo en este grupo el femenino el mayor con 149 673 atenciones; los jóvenes incluyendo a niños y adolescentes alcanzan 130 601 atenciones (33,3%) y los

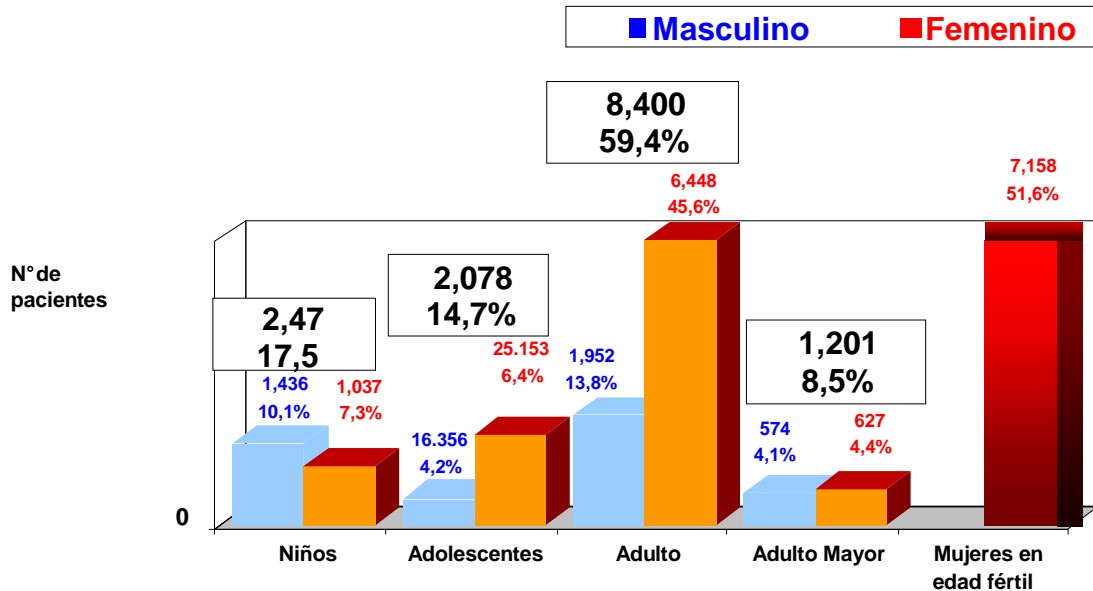
adultos mayores llegan a 52 118 (13,3%). Adicionalmente en la parte superior del cuadro que sigue, se ve que las mujeres en edad fértil, que alcanzan a 124 366 (31,7%).

**DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN GRUPO ETAREO
(CICLOS DE VIDA Y SEXO) HN DAC – AÑO 2002**

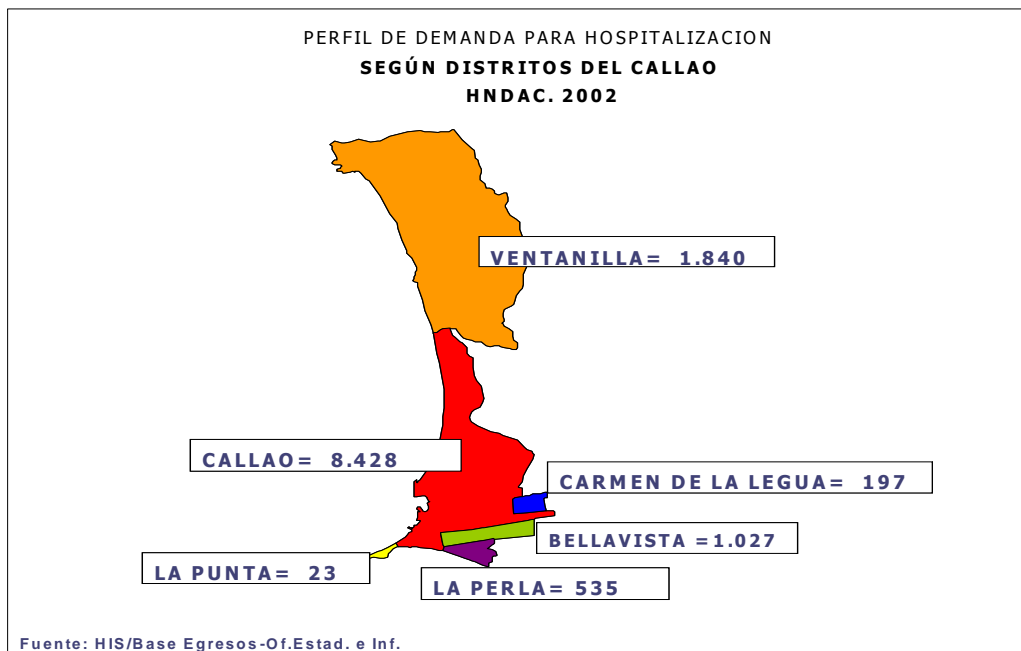


Con respecto a Hospitalización, sobre el 84% de los egresos hospitalarios del año 2002 y en relación a la distribución de pacientes por ciclos de vida se observa que el 17,5% corresponde a los niños, el 14,7% a los adolescentes, el 59,4% a los adultos y el 8,5% a los adultos mayores. Asimismo, las mujeres en edad fértil alcanzaron el 51,6% del total.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CICLOS DE VIDA
EGRESOS HOSPITALARIOS HN DAC – AÑO 2002



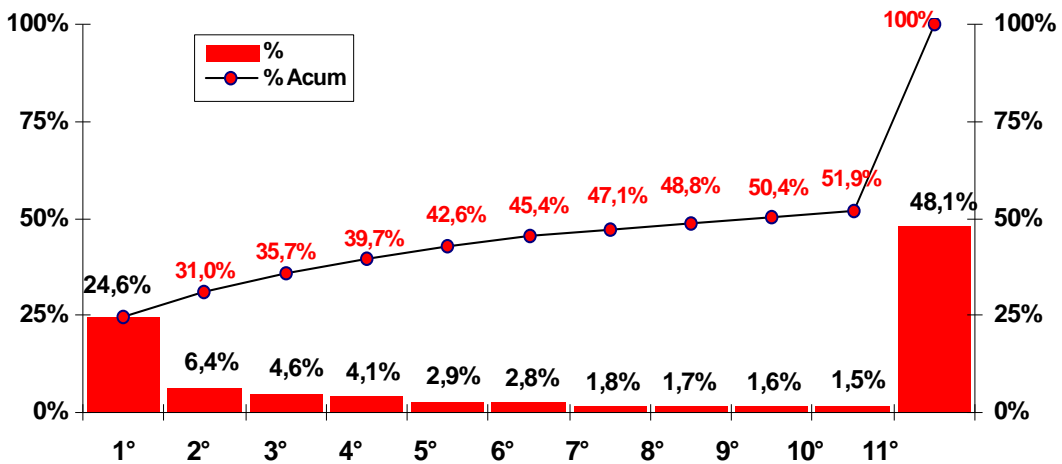
Según los distritos del Callao, el perfil de la demanda en hospitalización en el año 2002, el Callao Cercado alcanzó 8 428 pacientes, Ventanilla 1 840, Bellavista 1 027, La Perla 535, Carmen de la Legua 197 y La Punta 23.



• **MORBILIDAD POR CICLOS DE VIDA**

Las tres primeras causas de morbilidad general en Hospitalización están relacionadas a causas obstétricas alcanzando a superar el tercio del total, incluyéndose los partos tanto vaginales como por cesáreas. Las principales causas en relación a Cirugía son las enfermedades del apéndice, las colecistopatías y las hernias inguinales. En Medicina y Pediatría predominan las neumonías, otros trastornos respiratorios y otras afecciones originadas en el periodo perinatal.

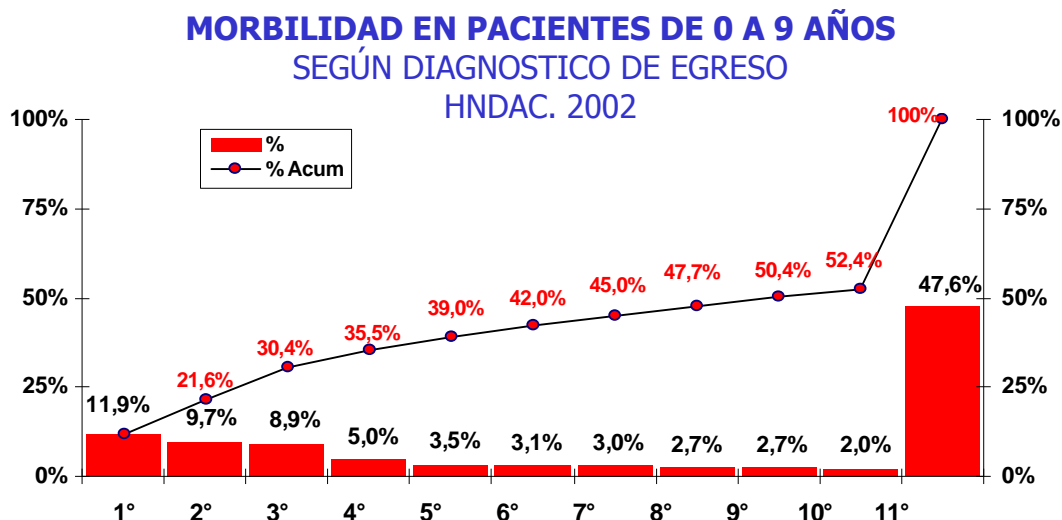
MORBILIDAD GENERAL
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002



ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Parto único espontáneo	0	3.696	3.696	24,6%	24,6%
2°	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas de parto	0	959	959	6,4%	31,0%
3°	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	695	695	4,6%	35,7%
4°	Enfermedades del apéndice	344	266	610	4,1%	39,7%
5°	Neumonía	240	190	430	2,9%	42,6%
6°	Colelitiasis y colecistitis	118	299	417	2,8%	45,4%
7°	Otras afecciones originadas en el período perinatal	164	103	267	1,8%	47,1%
8°	Hernia inguinal	162	87	249	1,7%	48,8%
9°	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	153	93	246	1,6%	50,4%
10°	Traumatismo intracraneal	164	62	226	1,5%	51,9%
11°	OTRAS MORBILIDADES	3.531	3.680	7.211	48,1%	100%

Fuente: Base Egresos-Of. Estad. e Inf.

La morbilidad en hospitalización en niños de 0 a 9 años, tiene como primera causa a la neumonía y 4 de las primeras 6 causas de hospitalización están directamente relacionadas a afecciones del aparato respiratorio incluyendo a neumonías, bronquitis, enfisema, asma y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal.



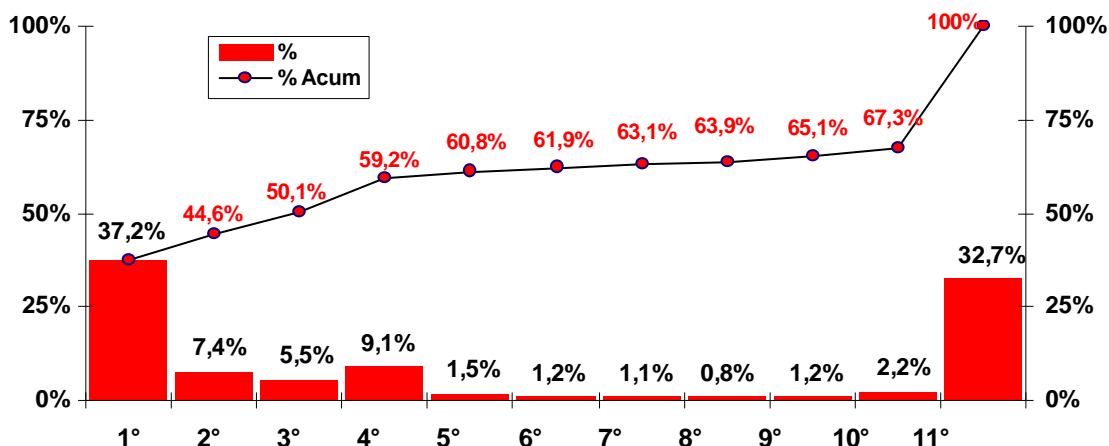
ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	Total Femenino	Total Masculino	TOTAL	%	% Acum
1°	Neumonía	134	195	329	11,9%	11,9%
2°	Otras afecciones originadas en el período perinatal	103	164	267	9,7%	21,6%
3°	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	93	152	245	8,9%	30,4%
4°	Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	68	71	139	5,0%	35,5%
5°	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	43	53	96	3,5%	39,0%
6°	Hernia inguinal	42	43	85	3,1%	42,0%
7°	Asma	29	54	83	3,0%	45,0%
8°	Enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides	35	39	74	2,7%	47,7%
9°	Enfermedades del apéndice	28	46	74	2,7%	50,4%
10°	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	21	34	55	2,0%	52,4%
11°	OTRAS MORBILIDADES	543	772	1.315	47,6%	100%

Fuente: Base Egresos-Of. Estad. e Inf.

Entre los adolescentes, de 10 a 19 años, la primera causa de hospitalización es el parto único espontáneo, alcanzando el 37,2% del total de egresos, seguidos por otras

atenciones relacionadas con le feto y con la cavidad amniótica con el 7,4%, las complicaciones del embarazo y el parto con el 5,5%, con lo que supera el 50 % de todas las atenciones. Continúan las enfermedades del apéndice con el 9,1%, y seguidas por otras patologías relacionadas con el embarazo y el puerperio.

**MORBILIDAD EN PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002**



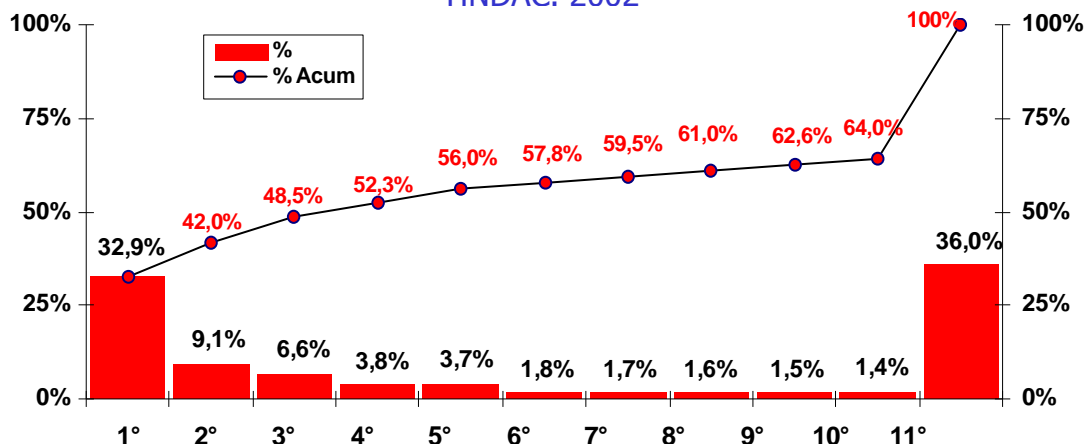
ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	Total Femenino	Total Masculino	TOTAL	%	% Acum
1°	Parto único espontáneo	823	0	823	37,2%	37,2%
2°	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas de parto	164	0	164	7,4%	44,6%
3°	Otras complicaciones del embarazo y del parto	122	0	122	5,5%	50,1%
4°	Enfermedades del apéndice	80	121	201	9,1%	59,2%
5°	Otros embarazos terminados en aborto	34	0	34	1,5%	60,8%
6°	Enfermedades renales tubointersticiales	26	0	26	1,2%	61,9%
7°	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	25	0	25	1,1%	63,1%
8°	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	18	0	18	0,8%	63,9%
9°	Asma	17	9	26	1,2%	65,1%
10°	Otras enfermedades de la nariz y de los senos labiales	14	35	49	2,2%	67,3%
11°	OTRAS MORBILIDADES	326	398	724	32,7%	100%

Fuente: Base Egresos-Of. Estad. e Inf.

En la población adulta (20 a 64 años) las primeras 3 causas de morbilidad hospitalaria están relacionadas a los partos vaginales y por cesárea, a otras atenciones maternas y

complicaciones del embarazo y del parto, alcanzando en conjunto el 48,5% de las hospitalizaciones. Siguen en frecuencia las colecistopatías y afecciones del apéndice.

MORBILIDAD EN PACIENTES DE 20 A 64 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

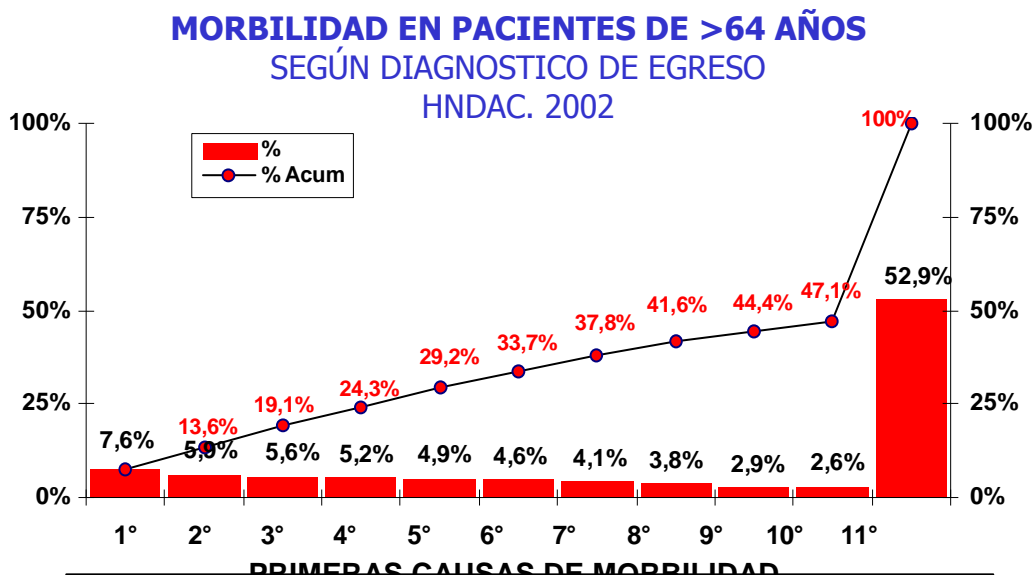


ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	Total Femenino	Total Masculino	TOTAL	%	% Acum
1°	Parto único espontáneo	2.871	0	2.871	32,9%	32,9%
2°	Otra atención matema relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas de parto	794	0	794	9,1%	42,0%
3°	Otras complicaciones del embarazo y del parto	573	0	573	6,6%	48,5%
4°	Colelitiasis y colecistitis	238	92	330	3,8%	52,3%
5°	Enfermedades del apéndice	151	173	324	3,7%	56,0%
6°	Otros embarazos terminados en aborto	159	0	159	1,8%	57,8%
7°	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	145	1	146	1,7%	59,5%
8°	Tuberculosis respiratoria	49	87	136	1,6%	61,0%
9°	Fractura de otros huesos de los miembros	33	100	133	1,5%	62,6%
10°	Otros tumores in situ y benignos, y tumores de comportamiento incierto y desconocido	103	21	124	1,4%	64,0%
11°	OTRAS MORBILIDADES	1.548	1.598	3.146	36,0%	100%

Fuente: Base Egresos-Of. Estad. e Inf.

En adultos mayores, que incluye a pacientes de 65 a más años de edad, las primeras causas de morbilidad en hospitalización son: enfermedades cerebro vasculares, colecistopatías, hiperplasia de la próstata, enfermedades del sistema respiratorio y

neumonía, que representan en total el 29,3%, todas ellas propias de éste grupo etáreo.



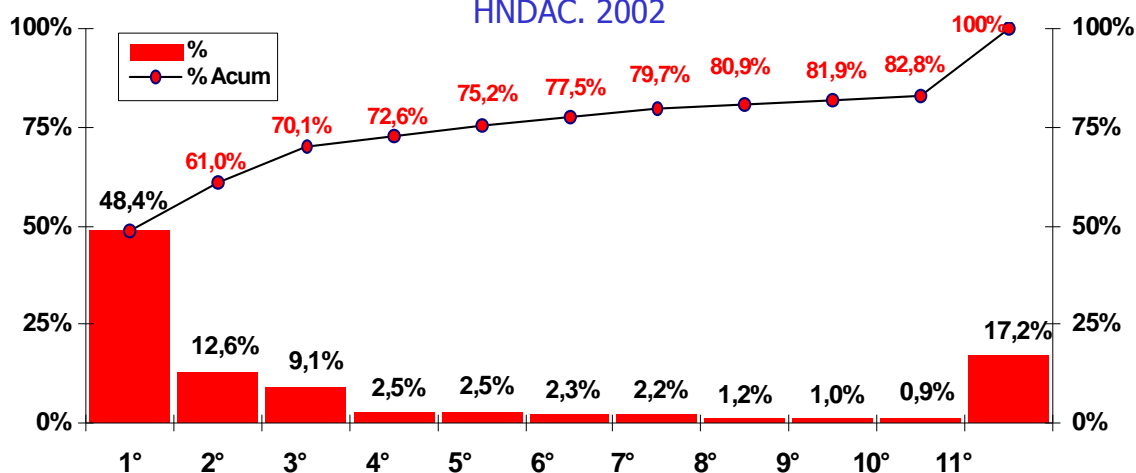
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	Total Femenino	Total Masculino	TOTAL	%	% Acum
1°	Otras enfermedades cerebrovasculares	44	55	99	7,6%	7,6%
2°	Colelitiasis y colecistitis	54	23	77	5,9%	13,6%
3°	Hiperpasia de la próstata	0	72	72	5,6%	19,1%
4°	Otras enfermedades del sistema respiratorio	37	30	67	5,2%	24,3%
5°	Insuficiencia cardíaca	35	28	63	4,9%	29,2%
6°	Neumonía	37	22	59	4,6%	33,7%
7°	Diabetes mellitus	34	19	53	4,1%	37,8%
8°	Fractura de fémur	39	10	49	3,8%	41,6%
9°	Hernia inguinal	12	25	37	2,9%	44,4%
10°	Otras enfermedades del hígado	22	12	34	2,6%	47,1%
11°	OTRAS MORBILIDADES	364	322	686	52,9%	100%

Fuente: Base Egresos-Of. Estad. e Inf.

En relación a mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años, como es de esperarse el 72,5% de los egresos hospitalarios, se relacionan con el embarazo y parto, y sus complicaciones, constituyendo las 4 primeras causas.

**MORBILIDAD EN MUJER EN EDAD FERTIL(15-49 años)
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002**



ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	TOTAL	%	% Acum
1°	Parto único espontáneo	3.669	48,4%	48,4%
2°	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas de parto	952	12,6%	61,0%
3°	Otras complicaciones del embarazo y del parto	688	9,1%	70,1%
4°	Otros embarazos terminados en aborto	192	2,5%	72,6%
5°	Colelitiasis y colecistitis	192	2,5%	75,2%
6°	Enfermedades del apéndice	177	2,3%	77,5%
7°	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	169	2,2%	79,7%
8°	Otros tumores in situ y benignos, y tumores de comportamiento incierto y desconocido	89	1,2%	80,9%
9°	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	76	1,0%	81,9%
10°	Enfermedades renales tubointersticiales	66	0,9%	82,8%
11°	OTRAS MORBILIDADES	1.304	17,2%	100%

• **MORTALIDAD POR CICLOS DE VIDA**

La Mortalidad General durante el año 2002 está encabezada por las causadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humano (9,1%), seguido de otras enfermedades del sistema respiratorio (8,6%), otros trastornos respiratorios del periodo perinatal, la hemorragia intracraneal y otras enfermedades cerebro vasculares, cada uno con 6%.

MORTALIDAD GENERAL
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	27	9	36	9,1%	9,1%
2°	Otras enfermedades del sistema respiratorio	15	19	34	8,6%	17,7%
3°	Otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	21	4	25	6,3%	24,1%
4°	Hemorragia intracraneal	8	16	24	6,1%	30,1%
5°	Otras enfermedades cerebrovasculares	9	14	23	5,8%	35,9%
6°	Neumonía	7	11	18	4,6%	40,5%
7°	Otras enfermedades del hígado	6	12	18	4,6%	45,1%
8°	Tuberculosis respiratoria	7	6	13	3,3%	48,4%
9°	Septicemia	8	5	13	3,3%	51,6%
10°	Traumatismo intracraneal	8	5	13	3,3%	54,9%
11°	OTRAS MORBILIDADES	102	76	178	45,1%	100%

El perfil de la mortalidad revela que las tres primeras causas de muerte en niños de 0 a 9 años fueron producidas por insuficiencia respiratoria del recién nacido (40,0%), septicemia no especificada (15,0%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas (11,7%).

MORTALIDAD EN PACIENTES DE 0 A 9 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	20	4	24	40,0%	40,0%
2°	Septicemia	7	2	9	15,0%	55,0%
3°	Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	4	3	7	11,7%	66,7%
4°	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestión corta y el bajo peso al nacer	1	2	3	5,0%	71,7%
5°	Traumatismo del nacimiento	2	1	3	5,0%	76,7%
6°	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	2	1	3	5,0%	81,7%
7°	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	1	2	3,3%	85,0%
8°	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2	0	2	3,3%	88,3%
9°	Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores	0	1	1	1,7%	90,0%
10°	Otras enfermedades de los intestinos y del peritoneo	0	1	1	1,7%	91,7%
11°	OTRAS CAUSAS	2	3	5	8,3%	100%

En el grupo de los adolescentes de 10 a 19 años de edad, las dos primeras causas son las quemaduras y corrosiones (20,0%), las hemorragias intracraneales y otras

enfermedades hepáticas, con 13,3% cada una. Continúa las causas infecciosas tuberculosis respiratoria y la enfermedad por VIH, con 6,7% cada uno.

MORTALIDAD EN PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Quemaduras y corrosiones	2	1	3	20,0%	20,0%
2°	Hemorragia intracraneal	0	2	2	13,3%	33,3%
3°	Otras enfermedades del hígado	0	2	2	13,3%	46,7%
4°	Tuberculosis respiratoria	1	0	1	6,7%	53,3%
5°	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	1	0	1	6,7%	60,0%
6°	Otros tumores in situ y benignos, y tumores de comportamiento incierto y desconocido	0	1	1	6,7%	66,7%
7°	Otras enfermedades del sistema respiratorio	0	1	1	6,7%	73,3%
8°	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	0	1	1	6,7%	80,0%
9°	Traumatismo intracraneal	1	0	1	6,7%	86,7%
10°	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1	0	1	6,7%	93,3%
11°	OTRAS CAUSAS	1	0	1	6,7%	100%

En el grupo de los adultos de 20 a 64 años apreciamos que la primera causa de muerte durante el 2002 fue la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que representa el 20,1% del total de muertes. Le siguen la hemorragia intracraneal con el 9,2%, la tuberculosis del pulmón confirmada histológicamente, la insuficiencia respiratoria aguda y otras enfermedades del sistema nervioso, las 3 con 5,0% cada uno.

MORTALIDAD EN PACIENTES DE 20 A 64 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	26	9	35	20,1%	20,1%
2°	Hemorragia intracraneal	5	11	16	9,2%	29,3%
3°	Tuberculosis respiratoria	5	5	10	5,7%	35,1%
4°	Otras enfermedades del sistema respiratorio	5	5	10	5,7%	40,8%
5°	Otras enfermedades del sistema nervioso	4	5	9	5,2%	46,0%
6°	Otras tuberculosis	4	4	8	4,6%	50,6%
7°	Traumatismo intracraneal	5	3	8	4,6%	55,2%
8°	Insuficiencia renal	4	3	7	4,0%	59,2%
9°	Quemaduras y corrosiones	4	3	7	4,0%	63,2%
10°	Otras enfermedades de los intestinos y del peritoneo	5	2	7	4,0%	67,2%
11°	OTRAS CAUSAS	33	24	57	32,8%	100%

Por su parte las tres primeras causas de mortalidad en hospitalización en el adulto mayor fueron: otras enfermedades del sistema respiratorio, otras enfermedades cerebro vasculares especificadas, y la neumonía, quienes en conjunto acumulan 40% de los casos.

MORTALIDAD EN PACIENTES DE >64 AÑOS
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	Total Masculino	Total Femenino	TOTAL	%	% Acum
1°	Otras enfermedades del sistema respiratorio	10	13	23	15,8%	15,8%
2°	Otras enfermedades cerebrovasculares	8	10	18	12,3%	28,1%
3°	Neumonía	7	9	16	11,0%	39,0%
4°	Otras enfermedades del hígado	1	8	9	6,2%	45,2%
5°	Tumor maligno de estómago	6	1	7	4,8%	50,0%
6°	Insuficiencia cardíaca	3	3	6	4,1%	54,1%
7°	Hemorragia intracraneal	3	3	6	4,1%	58,2%
8°	Otras enfermedades del sistema urinario	3	2	5	3,4%	61,6%
9°	Insuficiencia renal	4	1	5	3,4%	65,1%
10°	Septicemia	1	3	4	2,7%	67,8%
11°	OTRAS CAUSAS	25	22	47	32,2%	100%

Para las mujeres en edad fértil constituyen las primeras causas de mortalidad a la hemorragia intracraneal, el VIH y a la tuberculosis, que representan el tercio de todas las causas.

MORTALIDAD EN MUJER EN EDAD FERTIL(15-49 años)
SEGÚN DIAGNOSTICO DE EGRESO
HNDAC. 2002

ORD	DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD	TOTAL	%	% Acum
1°	Hemorragia intracraneal	9	15,3%	15,3%
2°	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	8	13,6%	28,8%
3°	Tuberculosis respiratoria	4	6,8%	35,6%
4°	Otras tuberculosis	4	6,8%	42,4%
5°	Otras enfermedades del sistema nervioso	4	6,8%	49,2%
6°	Quemaduras y corrosiones	4	6,8%	55,9%
7°	Insuficiencia renal	3	5,1%	61,0%
8°	Traumatismo intracraneal	3	5,1%	66,1%
9°	Tumor maligno de estómago	2	3,4%	69,5%
10°	Neumonía	2	3,4%	72,9%
11°	OTRAS CAUSAS	16	27,1%	100%

- **CAUSAS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA POR CICLOS DE VIDA**

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA POR CICLOS DE VIDA

ADOLESCENTE (De 10 a 19 años)
HN DAC – 2002

PRINCIPALES CAUSAS	CASOS	%
Insuficiencia respiratoria I	4	25.0%
Insuficiencia respiratoria II	2	12.5%
Coma	2	12.5%
Eclampsia	2	12.5%
Shock Séptico	1	6.3%
Shock Hemorrágico	1	6.3%
Sepsis Severa	1	6.3%
Status Convulsivo	1	6.3%
Trastornos Sensorio	1	6.3%
P O Craneotomía	1	6.3%

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA POR CICLOS DE VIDA

ADULTO (De 20 a 64 años)
HN DAC – 2002

PRINCIPALES CAUSAS	CASOS	%
Síndrome Coronario Agudo	42	24.9%
Insuficiencia Respiratoria Aguda I	38	22.5%
Coma	25	14.8%
Shock Séptico	12	7.1%
Trastorno de Sensorio	16	9.5%
Sepsis Severa	9	5.3%
Post RCPC	9	5.3%
Shock Hemorrágico	6	3.6%
Preeclampsia	6	3.6%
Insuficiencia Respiratoria Aguda II	6	3.6%

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA POR CICLOS DE VIDA
ADULTO MAYOR (Más de 64 años)
HN DAC – 2002**

PRINCIPALES CAUSAS	CASOS	%
Síndrome Coronario Agudo	19	22.9%
Insuficiencia Respiratoria Aguda I	19	22.9%
Shock Séptico	15	18.1%
PO Marcapaso definitivo	6	7.2%
Coma	6	7.2%
Trastorno de Sensorio	6	7.2%
Shock Cardiogénico	4	4.8%
Arritmia	3	3.6%
Insuficiencia Respiratoria II	3	3.6%
Coma Mixedematoso	2	2.4%

De los tres cuadros precedentes se colige que las principales causas de atención en emergencia de adolescentes – adultos son el síndrome coronario agudo, la insuficiencia respiratoria aguda I y el estado de coma.

4.2 Análisis del Entorno Institucional

ASPECTOS POLÍTICOS

Los cambios en la normatividad sanitaria, como parte del contexto de las políticas del nuevo gobierno, generan situaciones que pueden representar oportunidades para la organización. Aspectos como el impulso de modelos de aseguramiento orientados a tener un alcance universal, no solo responden a las necesidades reales de la población, sino que motivan expectativas dentro de ella que pueden en algunos casos mejorar la demanda en los establecimientos, pero en otros podría desbordar la capacidad de atención de los mismos. Seguros como el SIS o como el SOAT, obligan al Hospital a estar en condiciones de responder a la demanda que a él acuda, y tener a partir de estas atenciones, la posibilidad inclusive de mejorar la captación de ingresos económicos.

Sin embargo, si modelos como los mencionados no tienen asegurada la solvencia financiera pueden terminar ocasionando que sea el Hospital quien a la larga subvencione y financie (con perjuicio de las demás prestaciones).

Adicionalmente, es importante destacar que al haberse iniciado procesos en los cuales los cargos de Dirección en los Hospitales se asuman como resultado de un concurso de méritos, hace que el panorama sea favorable para poder plantear proyectos de gestión a mediano y largo plazo, en base a una adecuada planificación estratégica, sin la incertidumbre que suele presentarse en los casos en los que las designaciones no responden al resultado de concursos.

ASPECTOS SOCIALES

La presencia de un periodo que sucede a una etapa sin democracia, hace que las expectativas sociales, en general, y las gremiales laborales en especial, puedan afectar la verdadera capacidad de respuesta del Hospital, en la medida que la disponibilidad financiera de éstos sigue siendo limitada. Experiencias recientes, como la de los denominados incentivos económicos por productividad, que son muy necesarios, debieron ser manejados de manera más consistente y previendo las implicancias económicas que acarrearían en el equilibrio frágil de las economías de los establecimientos.

Sin duda que la expectativa social hoy en día suele ser más proclive a expresarse abiertamente, y con metas muy altas, mas cuando no se ve satisfecha pueden generar protestas públicas, justificadas o no, pero que siempre afectan de alguna manera el desenvolvimiento normal de un Hospital.

Otro aspecto, importante a tener en cuenta es la alta presencia de morbilidad infecto contagiosa en la población de referencia, y que está asociada fuertemente a la presencia de sectores en pobreza y pobreza extrema. Esta misma situación hace que, asociado a otros elementos propios de las actividades económicas frecuentes de la región, exista problemas sociales serios como drogadicción, prostitución, y delincuencia, que a su vez se suelen ligar a patrones de morbilidad infecto contagioso y de alto costo económico y social.

Sin embargo, la presencia intensa de organizaciones sociales de base, de diferente naturaleza y finalidad, siempre constituyen una valiosa oportunidad para concertar esfuerzos a favor de las poblaciones a las que representan.

ASPECTOS ECONÓMICOS

Los porcentajes de pobreza y pobreza extrema dentro de la población del país, reflejan por si mismos los niveles económicos nacionales; pese a los indicadores macro económicos, la economía doméstica que afronta el ciudadano común y corriente exige aún mayores esfuerzos para alcanzar niveles mínimos satisfactorios. Esta realidad hace que se den condiciones favorables para el desarrollo de enfermedades ligadas a problemas de alimentación insuficiente, a la carencia de servicios básicos, a condiciones de vida insalubres. Este tipo de poblador en el ámbito de influencia del hospital, lamentablemente no es poco.

Las principales actividades económicas de la zona, el comercio, la industria y la pesca, no son suficientes para dar oportunidades laborales formales, lo que origina una gran presencia de informalidad ocupacional (sub empleo, o trabajo a destajo), cuando no a desempleo, con las implicancias económicas, sociales y sanitarias del caso.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La tasa anual de crecimiento de la población, a nivel nacional, para el periodo 2000 al 2005 se estima en 1.5%.

Las estimaciones del INEI señalan que en los próximos cinco años, la población de la provincia constitucional del Callao tendrá un crecimiento anual del 2.5%, es decir, un promedio de 20,860 nuevos habitantes al año. Este crecimiento es superior al promedio de Lima Metropolitana. Esto se explica por el acelerado crecimiento del distrito de Ventanilla, debido principalmente al efecto producido por las migraciones que proceden de los distritos de Lima Metropolitana. Como prueba de ello, esta la Ciudadela Pachacutec con una población aproximada de 30,000 habitantes.

Los distritos de Bellavista, Callao, Carmen de La Legua y La Perla tienen tasas de crecimiento que no superan el 2% anual; mientras que el distrito de La Punta se encuentra en proceso de despoblamiento.

Así como el crecimiento poblacional de la región está por encima del promedio nacional, con tendencia a iniciar gestaciones en poblaciones de los segmentos cada vez más jóvenes.

Nuestra población tiene el comportamiento de una población eminentemente joven, pero que en los sectores de la tercera edad la expectativa de vida permite que dicho segmento se vaya acrecentando paulatinamente. Este patrón hace que la patología propia de ambos extremos de la vida sea la predominante de manera simultánea, con tendencia a incrementarse las de tipo degenerativa, característica de la población adulta mayor.

Así mismo las olas de corrientes migratorias, bruscas como lo ocurrido pocos años atrás en Pachacutec, y otras más discretas pero constantes, responden a la expectativa de peruanos de otras zonas que ven en El Callao, la tierra donde podrían encontrar el desarrollo que no encuentran en sus zonas de origen. Sin embargo, estos procesos socio demográficos, que frecuentemente originan crecimiento desordenado y no planificado de las zonas urbanas, incluso en lugares que son insalubres, devienen necesariamente en etapas iniciales de muy alto sacrificio para los migrantes y de alto costo sanitario dadas las condiciones en las que se ven obligados a vivir, y que transformarlas a escenarios en los que dispongan de servicios básicos demanda esfuerzos inmensos y muchas veces años de constancia. En el interín la patología que en estas poblaciones se presenta, suele afectar fundamentalmente a los niños, las mujeres y a los ancianos.

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

La ubicación de El Callao, en la zona costera, y su condición de primer puerto marítimo y aéreo, es una oportunidad para el desarrollo de la población, en la medida que estas condiciones sean debidamente aprovechadas.

Sus condiciones de territorio fundamentalmente llano, a nivel del mar, lo hace proclive a las bondades y perjuicios propios de los climas marinos. La presencia de zonas húmedas y pantanosas también influyen en los patrones de morbilidad propios de la zona.

Sin embargo, una condición añadida al aspecto geográfico natural, es el desarrollo de amplias áreas de industrias, muchas de las cuales no siempre cumplen con los requisitos mínimos sanitarios, que aseguren que no se está incrementando con contaminantes industriales y/o tóxicos los riesgos sanitarios de la población, y que no están alterando negativamente la salud ambiental.

Actualmente, la ubicación del Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, hace presumir que las mayores posibilidades de presentarse un caso de SARS, y de iniciarse una epidemia, centren las miradas en El Callao, y por tanto en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

ASPECTOS CULTURALES

Por la diversidad poblacional que caracteriza a la zona, vamos a encontrar desde poblaciones que tienen niveles educativos mínimos hasta los que alcanzan una alta calificación académica, quedando un gran sector que tienen un nivel educativo medio. Frecuentemente a ello se asocia la presencia de patrones culturales que pueden alterar o contradecir los patrones y estilos de vida recomendables desde el aspecto sanitario. Estos patrones culturales pueden estar a su vez fuertemente arraigados, especialmente en las poblaciones migrantes y en las poblaciones cuyas raíces en la zona son de larga data, mientras que en otros segmentos pueden ser de poco impacto.

En general, los estilos de comportamiento y las actitudes, que incluyen desde costumbres alimentarias, hasta patrones sociales de comportamiento, en los que se incluye el machismo, la violencia (doméstica y/o juvenil), adicciones (al alcohol, o a

otras drogas), e incluso la delincuencia; constituyen elementos que se deben valorar en el esfuerzo de llevar más y mejor salud para toda la población.

Sin embargo hay que tener presente que en general, la población incrementa sus expectativas en relación a la calidad de atención que espera recibir, lo que va ligado a un marcado interés por el acceso a los avances tecnológicos en los procedimientos diagnósticos y de tratamiento. Esto es parte del ejercicio de sus derechos como ciudadanos y como pacientes.

ASPECTOS COMPETITIVOS

La presencia de una Red de Servicios del MINSA, bastante organizada, y de la cual el Hospital es el establecimiento de mayor nivel, sin duda es una oportunidad valiosa a tener en cuenta. El trabajo coordinado con ella es fundamental para alcanzar los objetivos institucionales.

Así mismo la presencia del Hospital San José (Nivel II) como parte de la misma red, obliga a diseñar estrategias de concertación, que permita el desarrollo de los servicios sin caer en la tentación irracional de competencias ilógicas.

De otro lado, la existencia de establecimientos de EsSalud permite contar con la posibilidad de establecer estrategias que permitan de manera conjunta asegurar la provisión de servicios coordinados y/o integrados, para toda la población de la jurisdicción.

Ciertamente el comportamiento de los establecimientos del sector privado, puede afectar el desempeño del hospital, en la medida que existen modelos de aseguramiento, como el SOAT, que permiten competir abiertamente por la preferencia de los usuarios. Sin embargo la cantidad de estos servicios, que son pocos y están centralizados en las zonas de mayor densidad urbana, así como los precios que ofrecen y que no siempre son accesibles, permite prever que existiría un segmento de población dispuesta a pagar un servicio diferenciado y al que no se está llegando a satisfacer. Ubicarse en este nicho de mercado solo será posible si el Hospital alcanza a ser eficiente en sus costos y en el uso de sus recursos.

Mención aparte es la competencia que existe en torno al Hospital orientada a determinados productos, como medicamentos (farmacias), apoyo al diagnóstico

(laboratorio, ecografías, etc). y otros, que no solo distorsionan la perspectiva de los usuarios, sino que también pueden distorsionar el comportamiento del propio personal.

Los usuarios del Hospital son fundamentalmente los sectores de menores recursos de la población y que requieren de atención especializada. Este tipo de usuario se encuentra en expansión, debido a la situación socioeconómica del país, como también está en expansión las expectativas y demanda de atención. Sin embargo un punto de especial consideración es la satisfacción de los usuarios, pues es fácilmente presumible que allí todavía no se ha alcanzado niveles adecuados.

CLIENTES O USUARIOS

La población que acude a hacer uso de los servicios del hospital es preferentemente de la zona del Callao, sin embargo hay un porcentaje menor que acude de otros distritos y de otras provincias, esto especialmente en el caso de los pacientes tratados por el SIS y que son transferidos de establecimientos de provincias y de los cuales nuestro hospital es centro de referencia.

Por lo general la capacidad económica de nuestros usuarios es restringida, acudiendo en gran proporción población de muy escasos recursos o de extrema pobreza. Aún cuando de manera global, en la actualidad la demanda pareciera contraerse, por efectos de las obras de remodelaciones de las avenidas de acceso, y además por la presencia del centro de tratamiento del SARS (pese a que no se ha presentado ningún caso), no puede ignorarse el factor de deterioro económico de la población. Paradójicamente es necesario tener en cuenta el incremento de la demanda en el Hospital San José.

Pese a ello se estima que un segmento interesante de la población de la zona podría estar dispuesta a acudir a atenderse al hospital con tarifas diferenciadas, siempre y cuando el servicio que se le brinde también se diferencie en términos de calidad y oportunidad. Esto constituye un potencial grupo de usuarios que habría que captar.

PROVEEDORES

La ubicación del Hospital en la capital de la república hace que la actividad comercial que en ella exista se convierta en una oportunidad valiosa, dada la cantidad de proveedores de diferentes bienes y servicios, así como de la calidad y precios de sus

productos. Esta oportunidad está en el entorno y solo será posible aprovecharla si es que el hospital, sus procesos y su gente deciden aprovecharla debidamente.

La situación actual no solo permite relaciones de óptima negociación, sino que hay la posibilidad de encontrar fórmulas y propuestas innovadoras que pueden poner al hospital en mejores condiciones de su equipamiento y abastecimiento, dentro del margen de la ley y de los objetivos institucionales.

COMPETIDORES Y ALIADOS

Considerando la naturaleza de establecimiento público en principio no habría competidores, sin embargo establecimientos de menor complejidad, y la falta de una efectiva red de servicios que articule también con otros hospitales, determina comportamientos de naturaleza de competidores, no siendo esto la mejor manera de relacionarse. Ciertamente hay aspectos como los de la atención del SOAT, y otros seguros a terceros, que en la actualidad permite que sean una fuente adicional de ingresos por lo que hay que válidamente competir por la preferencia de los usuarios.

Por otro lado, el escenario actual de una gestión que se inicia, en una etapa de surgimiento de los gobiernos regionales, y de esfuerzos edilicios por hacer gestiones reivindicatorias, hacen propicias las posibilidades de encontrar potenciales aliados con los que se puede mejorar la capacidad del hospital para atender a sus usuarios. Aliados también se pueden hallar en organizaciones de diferentes tipo, sociales de base, de otros sectores estatales, privados, benéficas, etc, que deben ser debidamente identificadas, y adecuadamente convocadas y motivadas para desarrollar acciones comunes de mutuo interés y de objetivos conjuntos.

4.3 Análisis del Intorno

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

La producción de los servicios asistenciales en general se encuentra en niveles que permiten suponer las posibilidades de expansión, ya que en promedio se encuentra en términos medianamente aceptables. Sin embargo cuando se hace el análisis individualizado existen brechas preocupantes, que van desde servicios con franca subutilización de su capacidad instalada, hasta aquellos que como en el caso de Neonatología rebasan en hospitalización la totalidad de su capacidad operativa.

Por áreas funcionales de consulta externa y de hospitalización aún queda posibilidades de mejorar la oferta de servicios, sin embargo ello está ligado a satisfacer las necesidades mínimas de equipamiento operativo, instrumental, materiales e insumos.

PERSONAL

El Hospital cuenta con un número importante de personal, dentro de ellos una variedad de especialistas, que permiten ofertar una gama de servicios acorde con el nivel organizacional.

Pero es necesario resaltar que un número considerable de trabajadores, están relacionados con la entidad a través de modalidades de servicios no personales, que implica una relación frágil en términos de los beneficios y derechos a los que aspira todo trabajador, y a la vez constituye una carga notable en los egresos financiados por recursos directamente recaudados.

A ello hay que señalar que es posible afirmar que un buen segmento del personal mantiene una actitud de desmotivación y poca identificación institucional, que se traduce en el nivel de actividades que se realiza y en la calidad de las atenciones que se brinda.

Aún cuando se puede afirmar que el nivel técnico de los profesionales asistenciales es destacable, es posible afirmar que en el personal administrativo es donde el nivel técnico muestra más flaquezas.

LOGÍSTICA

Con frecuencia la logística de las organizaciones públicas, suele ser un punto débil. Aquí no es la excepción, debido a que los presupuestos que se disponen no facilitan poder atender a satisfacción la totalidad de requerimientos de todas las áreas de la organización. A ello hay que añadir que los procedimientos administrativos relativos a ésta área son muchas veces engorrosos, dilatados, cuando no prolongados hasta ser inoportunos. La mejora de estos procesos demanda un alto compromiso del propio personal, con la entidad y con el servicio que se brinda a los pacientes. En tiempos en los que la desmotivación se presenta con alta frecuencia en el recurso humano, alcanzar tales niveles de compromiso exige un gran esfuerzo de la organización y de sus niveles directivos para lograr revertir la situación actual.

Es importante incorporar una priorización planificada de las necesidades y la atención de los requerimientos, tanto de materiales e insumos así como de equipamiento, de todos los departamentos, oficinas y servicios de la entidad.

FINANZAS

Los recursos económicos que dispone el Hospital tienen para el presente año 2003, un componente de 18% de recursos directamente recaudados (incluido el SIS), y el saldo a partir de recursos ordinarios. La incorporación del SIS a la fuente de Donaciones y Transferencias, se ha convertido en un riesgo para los recursos del Hospital, si es que los reembolsos se retrasan o si no se reembolsa la totalidad de las prestaciones que se brindan a los asegurados.

Los 63 millones de soles considerados en el presupuesto del año 2003, terminan cubriendo ajustadamente las exigencias mínimas que tiene el hospital para seguir funcionando. Sin embargo, el alto porcentaje del mismo, comprometido para atender las obligaciones con el personal activo (por toda modalidad de vínculo) y cesante, que supera fácilmente el 80%, no deja sino un estrecho margen para la atención de bienes y servicios que son necesarios para el funcionamiento cotidiano del Hospital, y muy poco para lo que es crecimiento o reposición de equipos.

INFORMACIÓN

El Hospital carece de un sistema de información gerencial adecuado que sirva de soporte para la toma de decisiones. Esta limitación sería origina que la información sea fraccionada, de difícil disponibilidad, en ocasiones contradictoria y casi siempre inoportuna.

Sin embargo, existen en los servicios rutinas de recojo de datos que pueden servir de base para armar un verdadero sistema de información, pero que es necesario sistematizar y a la vez involucrar a los que generan la información cotidiana. Ese Sistema debería integrar información de la producción asistencial, los ingresos económicos, la ejecución del gasto, y los costos de producción de cada una de las atenciones que brinda el hospital. Dicha información debería estar diseñada a nivel de Departamentos, servicios, áreas funcionales, e incluso a nivel individual, y con seguimiento periódico que permita analizar las tendencias, detectar precozmente las desviaciones, y decidir las medidas que permitan conservar lo correcto y corregir los errores o inconformidades.

Se hace indispensable contar con una red de intranet y de internet de línea dedicada, que haga fluidas las comunicaciones dentro de la organización y con otras entidades del entorno.

GERENCIA

Es importante el proceso que ha experimentado el Hospital en relación a la capacitación que sus profesionales han hecho en el campo de la gestión y gerencia en salud, muchos de ellos no necesariamente supeditados a subvención institucional. Esto permite afirmar que el nivel técnico en gerencia ha mejorado sensiblemente en la organización, y es un potencial recurso que permitiría afrontar de mejor manera el reto de diseñar el futuro de la organización y construirla.

De otro lado, el inicio de una gestión que resulta de un proceso de concurso de mérito, fundamentalmente con criterio técnico hace augurar que el futuro mediato pueda tener mejores perspectivas. La capacidad técnica de la actual gestión debe ser una fortaleza para la vida institucional del hospital.

COMPETENCIA

La capacidad resolutive del Hospital es sin duda desde el aspecto formal de alta complejidad. Sin embargo la realidad nos muestra un panorama que permite afirmar que buena parte de las atenciones que se brindan corresponden a patología del primer nivel de atención. Al respecto es importante analizar que si bien se es un hospital de nivel IV, la demanda no está educada para utilizar los servicios del nivel local, y a la vez la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel de atención no está debida y uniformemente organizada. Adicional a ello hay que tener en cuenta que la demanda no puede quedarse sin atender, y que en modalidades de aseguramiento público como hoy se promueven, puede ser una fuente de ingresos importantes a la economía del hospital (por supuesto en el entendido que se garanticen los reembolsos oportunos por las prestaciones brindadas).

En estricto sentido no se puede hablar de competencia con los otros establecimientos del sector público, puesto que entre todos se debería desarrollar un comportamiento de complementariedad en relación a la atención de las necesidades sanitarias de la población. Pese a ello, puede existir el riesgo de aplicar enfoques de competencia con otros establecimientos; en el caso de nuestro hospital esto no es así, pues tenemos muy claro que por el nivel del establecimiento, por la capacidad resolutive que le

corresponde, y por ser parte de una red de servicios, nos interesa desarrollar nuestra competitividad, entendida como la superación de nuestras propias deficiencias y limitaciones, y que nos permita haciendo un uso más eficiente de nuestros recursos poder atender mejor y satisfacer las expectativas de nuestros usuarios.

INFRAESTRUCTURA

El complejo hospitalario tiene en su infraestructura como fortalezas la extensa área total, la existencia de áreas libres, y la gran capacidad instalada tanto en el edificio del Sector San Juan, como en la antigua zona del Sector Carrión.

Tal infraestructura a la vez tiene desventajas en el hecho que la propiedad no pertenece al Ministerio de Salud, y cuya tenencia está a la fecha en términos irregulares que requieren ser solucionados de manera definitiva y racional. Así mismo es comprensible que las redes de suministros tanto de agua, desagüe, vapores, instalaciones eléctricas y otros, dado los años en los que el mantenimiento ha sido mínimo o nulo, se encuentren en condiciones de relativa capacidad operativa.

Sin embargo constituye una gran ventaja el hecho que los diversos servicios con los que cuenta el hospital pueden ser optimizados en su distribución, teniendo en cuenta un programa de desarrollo integral y debidamente planificado. Los riesgos que pueden encerrar las condiciones de inestabilidad de los suelos de la zona, es algo que debe tenerse presente al diseñar las medidas necesarias para la seguridad de los usuarios y del personal, así como de las posibles nuevas obras físicas a realizarse a futuro.

EQUIPAMIENTO

La diversidad de especialidades médicas, y el crecimiento de la tecnología en salud, hacen que los requerimientos de equipos médicos sean cada vez más crecientes, más aún cuando la obsolescencia no solo es una cuestión de tiempo de uso y desgaste consecuente, sino que depende de la velocidad de innovación tecnológica incesante que existe en el mundo médico de hoy. Muchos de los servicios tienen equipos de muchos años de vida útil, con suerte operativos, las más de las veces malogrados por el uso irredento, y no pocos los casos en los que no hay equipos a utilizar. Este problema es complejo, pues no solo están los costos altos de por medio, están los escasos o nulos presupuestos de mantenimiento preventivo, los lentos procesos para

los casos de mantenimiento recuperativo, y por añadidura los inexistentes presupuestos, por años, para equipamiento programado. La necesidad de reequipamiento es muy alta en el hospital, y demanda no solo capital de por medio, sino una adecuada planificación y priorización en la inversión que pudiese destinarse para equipos.

No hay que dejar de lado los equipos de menor complejidad, el mobiliario médico y de oficina, el de hotelería, entre otros que son sin duda un tema que debe ser incluido en la agenda de inversiones de manera prioritaria, pues sin ella no se puede dar atenciones de calidad.

PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES

Como parte de la administración pública no es de extrañar que con frecuencia los procesos en general, pero especialmente los de tipo administrativo no suelen estar en función de los usuarios. Este accionar genera lentitud, insatisfacción y no pocas veces el reclamo de parte de los afectados. Es necesario mejorar estos procesos para hacerlos más ágiles, menos engorrosos, y eficientes para la entidad y para los que acuden a ella. No hacerlo así no solo prolonga la posibilidad de una imagen desfavorable del hospital, afecta también la economía de la organización.

Comentario aparte merecen los procesos asistenciales, pues éstos aún cuando se encuentran también retrasados, existe en camino el esfuerzo institucional de mejorarlos. Los documentos de gestión, como el ROF, el CAP, y el PAP han sido aprobados en periodos recientes, los MOF están en proceso de aprobarse, y con relación a los protocolos de atención queda aún pendiente realizar el trabajo necesario para contar con ellos.

RESULTADOS

5. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

1. Déficit en la recuperación de gastos del SIS

Las prestaciones que realiza el HNDAC a los asegurados por el SIS generan gastos que nos son oportuna ni totalmente recuperados, lo que genera que el hospital este financiando en la práctica al seguro, y corra riesgo de desatender las prestaciones que habitualmente se brindan.

2. Carencia de un Sistema Integrado de Información Hospitalaria

La información que se requiere para una adecuada gestión en un hospital es muy compleja, por ello al no tener disponible un verdadero y operativo **Sistema Integrado de Información**, las posibilidades de tomar decisiones correctas se ve disminuida. La información que se requiere integrar incluye la asistencial, administrativa, económica y de resultados.

3. Elevado tiempo de espera en Consulta externa

Una de las formas más rápidas de valorar la satisfacción de los usuarios y la calidad de nuestros servicios es el tiempo de espera al que tienen que ser sometidos cada vez que acuden a los servicios. Este problema tiene varios factores asociados, de los cuales el manejo y disponibilidad de las historias clínicas desde archivo y estadística, sean los de mayor envergadura.

4. Pobre identificación del personal con la Institución

Aunque no se ha medido el nivel de satisfacción del usuario interno, se considera que muchas de las actitudes negativas del personal tienen como base su pobre identificación con la institución.

5. Cultura organizacional con valores negativos

Junto con el anterior problema, constituyen aspectos que tienen aristas comunes y son aspectos afines, que sin duda afectan las posibilidades de hacer un trabajo de mejores resultados, tanto en productividad de servicios como en la calidad de los mismos.

6. Equipamiento deficitario /obsoleto

Los costos que implican renovar los equipos médicos han sido la causa de que no hayan podido ser incorporados periódicamente desde años atrás con la finalidad de renovar y actualizar la tecnología disponible en los diferentes

servicios. Este retraso afecta la calidad y complejidad de las atenciones que se brindan o se deberían brindar.

7. Uso poco eficiente de las camas de hospitalización (Cirugía)

8. Bajo rendimiento en el uso de los recursos

9. Tiempo prolongado de intervenciones quirúrgicas

Todos estos problemas están interrelacionados, y reflejan la sub utilización de los diferentes recursos con los que cuenta el hospital. Este uso deficiente afecta principalmente a los usuarios, pero también al propio establecimiento que ve disminuidas sus posibilidades de tener un mejor y mayor rendimiento, que a la larga le podría significar mejor disponibilidad presupuestal.

10. Falta integración de Servicios de Apoyo al Diagnóstico con los Servicios Finales

El poco interés que pareciera reflejar esta desintegración de servicios, representa por un lado el desconocimiento de lo que significa la labor de equipo de todas las estructuras orgánicas de la entidad, pero a la vez es parte de la poca identificación con ella. Los resultados agravan el uso ineficiente de los recursos.

11. Falta de un crecimiento sustancial de recursos directamente recaudados

Pese a que la fuente RDR es menos de la quinta parte del presupuesto de los últimos años, en el mismo periodo se ha convertido en la principal financiadora de los beneficios para el personal, y de algún incremento en la capacidad de atención del hospital. Por ello la falta de crecimiento sustancial de la captación de recursos directamente recaudados es desfavorable para un presupuesto en el que los costos fijos tan altos apenas si dejan las posibilidades de crecer a expensas de esta fuente.

12. Falta de mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones.

La carencia de políticas institucionales de mantenimiento preventivo desde décadas atrás, así como las restricciones presupuestales que parecen justificarla, origina que los equipos y redes de la entidad se vean afectadas por el uso y por el tiempo, originando que en muchas ocasiones se use hasta el deterioro, y luego su reposición sea un proceso lento, siempre deficitario y hasta infructuoso.

13. Documentos de Gestión incompletos

Pese a que ya se han aprobado los documentos como el ROF, el CAP, el PAP, y el MOF de la Dirección General, aún faltan aprobar los de los demás Departamentos y Servicios. Aún cuando para muchos esto no es un tema prioritario, en el esfuerzo de tener una organización ordenada que se encamine al desarrollo, estos documentos tienen un rol fundamental.

14. Nuevas normas sobre incentivos laborales.

Los trabajadores asistenciales y administrativos están luchando permanentemente por los incentivos laborales, lo que dado el marco presupuestal ha significado el dar prioridad a estos en detrimento de los bienes y servicios.

15. Mayor demanda de áreas críticas por Incremento de la violencia individual y colectiva y accidentes de tránsito.

La presencia del Seguro Integral de Salud y que el Hospital sea el de mayor complejidad hace necesario que las áreas críticas sean potenciadas para responder a la demanda.

16. Mayor demanda de medicinas para los pacientes asegurados por el SIS.

El cambio en las características de las prestaciones obliga a tener una farmacia abastecida con medicinas que anteriormente no fue considerada como nuestra prioridad, ya que ahora los diferentes departamentos médicos tienen una mayor demanda por pacientes asegurados.

17. Cambios en la demanda del Servicio de Ginecología y mayor número de embarazo en adolescentes.

Al ser el hospital de mayor complejidad y referencia de ocho subregiones de salud, recibimos los embarazos de mayor riesgo y la mayor parte de las cesáreas a ser realizadas, por lo que se requiere invertir en equipamiento e instrumental adecuado.

18. Áreas administrativas débiles en información y procesos.

Los sistemas administrativos han sido asumidos en los últimos años por personal no profesional, se requiere tecnificar a los trabajadores de estas áreas y captar profesionales con experiencia en la administración pública.

19. Imagen institucional deteriorada.

Por las permanentes dificultades económicas y financieras del Hospital, y el aprovechamiento de sus deficiencias por algunos grupos, la imagen del hospital ante la comunidad chalaca, medica y de sus trabajadores se ha visto mellada por lo que se requiere una inversión en el mejoramiento del mismo y difusión de sus capacidades.

20. Servicio de Neonatología con demanda insatisfecha

Al ser referencia de los establecimientos de salud del Callao y de provincias y ser el único que cuenta con un servicio de neonatología, la demanda de recién nacidos que requieren cuidados neonatales es mayor, este servicio está produciendo por encima de su capacidad y tienen demanda numérica insatisfecha, habiendo mejorado sus indicadores de hospitalización.

21. Servicios de alta complejidad con mayores requerimientos

En los servicios donde este problema de necesidad de equipos, instrumental y personal altamente calificado se ha hecho más evidente es en los de Quemados, cirugía, gastroenterología y neurocirugía.

22. Hotelería con necesidades mayores

La hotelería hospitalaria se ha visto también afectada por este cambio en la demanda ya que los servicios están siendo más utilizados y por tanto las necesidades de personal de enfermería: profesionales y técnicas, ropa de cama, adquisición de camas y mobiliario para la hospitalización se ha agudizado.

23. Incremento de VIH-SIDA

En la población del Callao, los indicadores de salud revelan que se ha pasado de ser una epidemia focalizada en grupos de riesgo a una epidemia en población general, lo que obliga a que el hospital se prepare a recibir a este grupo de pacientes.

24. Incremento de la TBC multidrogoresistente

La tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública en el Callao y es más alarmante el avance de los multidrogo resistentes, el manejo de estos pacientes a nivel hospitalario implica nuevas medidas de bioseguridad a ser implementadas.

6. ANÁLISIS F.O.D.A.

PRINCIPALES FORTALEZAS A UTILIZAR
<ul style="list-style-type: none">• Infraestructura amplia• Áreas libres para expansión• Capacidad física instalada no saturada• Variedad de equipos de tecnología punta en algunas especialidades• Profesionales de diversas especialidades• Capacidad técnica de los profesionales asistenciales• Actividad docente de pre y post grado• ROF y CAP aprobados recientemente• Gestión nueva y con periodo definido• Establecimiento de mayor complejidad de la Red• Servicios con capacidad de recursos en niveles adecuados de utilización
PRICIPALES DEBILIDADES A SUPERAR
<ul style="list-style-type: none">• Redes de servicios con escaso mantenimiento• Redes con riesgo de colapsar• Equipamiento deficiente• Equipos malogrados• Equipos subutilizados• Insuficiente mantenimiento preventivo• Déficit de equipos informáticos• Ausencia de intranet• Compromiso débil de un buen sector del personal• Carencia de personal de algunas profesiones• Crecimiento de recursos humanos de manera poco estructurada• Personal de áreas administrativas con limitada capacidad técnica• Documentos de gestión incompletos (MOF)• Carencia de Protocolos y MNP• Cultura organizacional debilitada

- Desarrollo incipiente del Sistema de Información Hospitalario
- SIS con deficiencias en su implementación
- Flujos y procesos administrativos no estandarizados
- Servicios con capacidad de recursos subutilizada

PRICIPALES OPORTUNIDADES A APROVECHAR

- Demanda alta y en expansión
- Cambios en la política sanitaria, que promueven el aseguramiento universal
- Disminución de la inestabilidad de los cuadros directivos de la institución
- Presencia de seguros públicos y privados (SIS, SOAT, otros)
- Gobiernos regional y provincial con interés en la atención de la salud

PRICIPALES AMENAZAS A NEUTRALIZAR

- Demanda disminuye temporalmente por obras viales
- Limitada capacidad económica de la población
- Zona de gran atracción para corrientes migratorias de pobladores
- Alto porcentaje de población en pobreza y extrema pobreza
- Lento e inadecuado reembolso por prestaciones SIS
- Expectativas laborales que reflejan posiciones gremiales sectoriales extra institucionales
- Demanda insatisfecha y la insatisfacción de los usuarios
- Decisiones sectoriales que no reflejan la perspectiva del Hospital
- Posibilidad de presentarse casos de SARS

7. MISIÓN Y VISION INSTITUCIONAL

MISIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION

Somos un Hospital del Ministerio de Salud, ubicado en la Provincia Constitucional del Callao, que brinda atención de salud integral a nivel especializado, con calidad y compromiso social.

Como Hospital Docente participamos en la formación y especialización de profesionales de salud.

VISION AL 2008

Ser un Hospital Nacional técnicamente acreditado y socialmente prestigiado, con una gestión eficiente e innovadora en todos los niveles, líderes en el ámbito de la atención médica hospitalaria, docencia e investigación; logrando la satisfacción de nuestros pacientes y trabajadores.

8. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE GESTION INSTITUCIONAL

8.1 GESTION PARTICIPATIVA Y ORGANICA

El Hospital puede ser enfocado como una empresa que produce servicios de salud, una organización sin fines de lucro, pero que requiere asegurar su vigencia en base a la oferta de servicios especializados de salud que satisfagan las necesidades sanitarias de la población a la que atendemos. Ello solo será posible si es que la organización desarrolla sus actividades en base a decisiones acertadas que permitan **cumplir con la Misión y los Objetivos institucionales**, haciendo un uso eficiente de sus recursos, y asegurando el equilibrio financiero que permita garantizar no solo la supervivencia de la entidad sino también impulsar su desarrollo y crecimiento.

Visto así, el Hospital es por un lado **la alternativa a la que acuden nuestros usuarios y pacientes** en busca de recuperar o mantener su salud, pero por otro lado es **el espacio laboral del personal** y del cual dependen cientos de familias para su subsistencia.

Esta realidad nos obliga a convocar a todos los que trabajamos en la organización para involucrarnos proactivamente, desde cada instancia orgánica, y contribuir activamente en la construcción de la Visión que tenemos para el Hospital. A partir de nuestras propias experiencias y del conocimiento de la labor cotidiana que hacemos, **todos los que trabajamos en la organización podemos contribuir** a proponer, sugerir, acordar y definir alternativas para un mejor desempeño, para mejorar la calidad de atención, y para hacer un uso más eficiente de nuestros recursos.

La participación tiene que motivarse en los equipos, las unidades, las oficinas, los servicios, los departamentos, las áreas funcionales, en un ambiente de respeto, comunicación, voluntad participativa, y con la finalidad de buscar siempre alternativas innovadoras para hacer mejor lo que hacemos, o nuevas formas de lograrlo, **teniendo como eje de todo ello las expectativas y necesidades de nuestros usuarios o pacientes.**

Una gestión participativa en todos los niveles es el primer lineamiento de política porque **solo con la participación de todas las personas e instancias orgánicas, se**

tendrá la mayor posibilidad de alcanzar el desarrollo que todos queremos para el Hospital.

8.2 ENFOQUE A LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON TRATO HUMANO

Los usuarios o pacientes que acuden a atenderse al Hospital representan la razón de ser de nuestra organización. Todas nuestras actividades asistenciales, y las administrativas también, tienen en última instancia como eje motivador la atención de nuestros pacientes. Esta perspectiva debe hacernos recordar que la organización existe, y que nosotros trabajamos en ella, porque hay personas que necesitan tratar sus enfermedades, recuperar su salud y evitar enfermarse, es a ellas a las que servimos.

Nuestro Hospital innegablemente ha avanzado en los diferentes aspectos de la calidad de atención, pero aún queda mucho por hacer. No hay duda que la **calidad técnica**, reflejada en el nivel de nuestros profesionales, en la diversidad de especialidades, y en el equipamiento moderno que se pueda haber alcanzado, aún con limitaciones, son parte de esa calidad. Sin embargo **es necesario poner énfasis en la dimensión interpersonal de la calidad**, en el trato entre las personas, con los pacientes o usuarios y también con los mismos compañeros de trabajo. Este aspecto al que se alude cada vez que se menciona la **calidez**, debe ser un tema permanentemente reiterado y aplicado en cada una de nuestras actividades.

Es importante y necesario enfatizar que **el trato amable, respetuoso y atento entre las personas**, especialmente con aquellos que acuden en busca de un servicio nuestro hospital, **sea lo que caracterice a nuestro desempeño**. Todos estamos convocados en esta tarea, administrativos y asistenciales, profesionales y no profesionales, todos tenemos y podemos brindar un mejor trato a nuestros usuarios. De tal modo que las expectativas de ellos no solo refleje **la posibilidad de acceder a una atención de calidad técnica sino también a calidad interpersonal y de entorno en el que son atendidos**.

Este enfoque de la calidad está referido a la manera como los tratamos, pero también a las condiciones en las que los atendemos. Es tarea de esta gestión, que involucra a todo el personal a hacer que el trabajo del Hospital Carrión sea reconocido

socialmente por la satisfacción que genera en los que acuden a él, motivada por las atenciones de calidad que allí se brindan.

La calidad de atención en salud no solo es un asunto de modernidad, es **fundamentalmente un asunto de derechos de los usuarios**, un tema que tiene base legal de obligatoria aplicación en los establecimientos, es decir un deber de los prestadores, y sin duda un tema de exigentes bases éticas.

Hagamos lo necesario para demostrar nuestra calidad personal en el trabajo cotidiano haciendo, todos en cada instancia de la organización, un trabajo de calidad, con el expreso objetivo de **lograr la satisfacción de nuestros usuarios por la calidad de nuestros servicios y la calidez de nuestro trato.**

8.3 RECONOCIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO.

Así como los usuarios son la razón de ser de nuestra organización, lo más importante de nuestras actividades; así se debe tener presente que el **Recurso Humano es el recurso más valioso con que cuenta el Hospital.**

Solo con la participación responsable y comprometida de nuestro personal, el Hospital puede tener un desempeño eficiente y satisfactorio. Es por ello que hemos considerado **desarrollar una Política de Recursos Humanos que permita promover una cultura organizacional** que sea expresión de las personas que laborando en la entidad **sienten y experimentan que la organización los valora y los considera.**

Así como se debe ser firme en el desempeño eficiente de la tarea encomendada, también es necesario ser firme en impulsar acciones coherentes a los diferentes procesos de captación, selección, inducción, evaluación y promoción del recurso humano. Procesos que deben evidenciar la importancia y trascendencia que implica el personal para la organización, pero que a la vez contribuya a desarrollar y fortalecer la importancia y trascendencia de la organización para los que en ella trabajan.

Es por ello que las acciones relacionadas con las personas que laboran en la entidad deben estar impregnadas del buen trato, respeto, equidad, justicia y respetuoso del marco legal vigente.

Dentro esas acciones tienen un lugar de especial interés el desarrollo de mecanismos de reconocimiento al desempeño que sean a la vez un estímulo para que mejoremos

nuestro trabajo y nuestra producción, y que provoque la emulación positiva en el personal. Es importante **desarrollar mecanismos que verdaderamente estimulen y reconozcan el desempeño**, pasando de modelos que pueden ser contraproducentes, a otros que tengan sustento y sostenibilidad social.

Esta gestión busca que con la participación proactiva de todos se pueda **consolidar una Cultura Organizacional sólida**, que sea la manifestación de una organización madura, que centra su atención en sus pacientes y usuarios, y que respeta, valora y promueve a su personal.

8.4 ADECUACION DE LA OFERTA A LA DEMANDA DE SERVICIOS.

Los establecimientos de salud del sector público en general tienen como misión atender las necesidades de salud de la población en general priorizando a aquella que no puede acceder a los servicios de la seguridad social, de la sanidad de las fuerzas armadas y policiales, o del subsector privado. Dentro de ello los Hospitales tienen el rol de centrar su atención en aquella patología que no puede ser resuelta en los establecimientos del primer nivel de atención. En esa lógica sectorial, al Hospital Nacional Daniel A. Carrión le compete atender las necesidades de sus usuarios, habida cuenta que éstos son principalmente del ámbito del Callao, pero que no se restringe solo a él, en la medida que como hospital nacional se recibe la referencia y transferencia de pacientes de todo el país.

Este reto y misión debe ser tenido permanentemente en cuenta para poder evaluar en qué medida estamos cumpliéndolo en cada actividad, atención, servicio, departamento de nuestra organización. En general, **todos nuestros servicios tienen que estar siempre orientados a atender las necesidades sanitarias de la población que atendemos**, de acuerdo al nivel que nos corresponde. **Necesidades sensibles** que se traducen en algunos casos en **demanda**, aquella que es buscada activamente por los propios usuarios, pero que en otros casos son **necesidades aún no sentidas** por la población, pero que es imperativo preparar a la organización para poder orientar y atender lo que aún no se constituye en demanda.

Adecuar la oferta de nuestra organización a las necesidades y demanda de la población también significa estar en condiciones de dar respuesta adecuada a aquella demanda que hoy se queda sin atender, la **demanda insatisfecha** que es generadora de imagen desfavorable ante nuestros usuarios, y a la vez una oportunidad que no

aprovechamos para mejorar nuestras coberturas, nuestra producción, y por supuesto de mejorar la captación de ingresos para la entidad.

En esta medida, es imprescindible que **el crecimiento y desarrollo de nuestro hospital**, en términos de servicios, infraestructura, equipamiento y potencialidades de su recurso humano se haga de manera planificada, orgánica, y articulada con el plan estratégico institucional, y **teniendo en cuenta siempre la demanda, expectativa y necesidades de la población** a la que nos debemos.

8.5 AMPLIACION DE SERVICIOS Y NUEVAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El desarrollo futuro de nuestro hospital depende en gran medida de lo que nosotros mismos, todos los que trabajamos en él, diseñemos para él. Por ello es necesario que todas las expectativas de crecimiento a futuro que surjan en cada unidad estructural tienen que ser parte de un desarrollo concertado y coordinado, que asegure mayores posibilidades de éxito y mejores resultados. Tal crecimiento, entendido como el surgimiento de nuevos servicios o la ampliación de la capacidad de los actuales **debe responder a una definida y racional política de desarrollo institucional**, que responda en primer lugar a las **necesidades y demandas** de la población a la que nos debemos, pero también a un **uso eficiente de los recursos** de la organización.

En efecto, debe ser las necesidades de la población y la demanda que se va generando en torno a ellas, las que deben ser elemento clave para el diseño de nuevos servicios o la ampliación de los que existen, pero a la vez se debe ser sumamente responsable en las decisiones de inversión que ello significa, de tal manera que las decisiones que se tomen al respecto deben verse reflejadas en el corto tiempo en **resultados evidentes, evaluables y demostrables en relación a cobertura, calidad, y costos**. Este crecimiento organizacional exige de parte de todos **el esfuerzo necesario e impostergable de priorizar, racionalizar y hacer consenso en el tema de la inversión**, habida cuenta de los siempre limitados recursos financieros. En suma, nos obliga a ser **eficientes en la gestión**, tanto en lo administrativo (ejecución del gasto) como en lo asistencial (destino del gasto), así como en lo social (resultado del gasto).

Ciertamente todo ello gira en función a una realidad obvia para todos, la limitación de los recursos financieros disponibles. Concientes del gran componente que significa en

nuestro presupuesto los fondos que provienen de Recursos Ordinarios (así como lo comprometido que se hayan en relación a los costos fijos de la entidad), no se puede dejar de lado la importancia y necesidad que constituyen los ingresos por Recursos Directamente Recaudados; sin embargo hay que ser cautelosos en esperar el futuro de la organización en el incremento absoluto de los ingresos por ésta última fuente, pues podría implicar el riesgo de –confundiéndola nuestra misión y rol- cargar el financiamiento de la organización –más- en la economía de nuestros pacientes que son, como ya lo hemos dicho, fundamentalmente de los sectores menos favorecidos de la población.

Por esto es necesario agudizar nuestra creatividad para **encontrar nuevas fuentes de financiamiento**, que dentro de los márgenes de legalidad, permita mejorar nuestra disponibilidad de financiamiento y capacidad de inversión, sin trastocar éticamente con el rol que el Estado nos ha asignado en la atención de la salud. Estas nuevas fuentes deben considerar no solo la posibilidad de nuevos servicios o atenciones, debe especialmente orientarse a explorar **nuevos “productos”** que permitan captar el interés de nuevos “mercados” y nuevos “clientes”, como puede suceder en el campo de la capacitación (profesional y técnica) y la investigación, así como en el fortalecimiento de relaciones con aliados estratégicos actuales y futuros.

Esta tarea nos atañe de todos, pues es una de las alternativas para **asegurar la permanencia de una organización** de la cual dependen no solo la salud de muchos peruanos, sino que es a la vez fuente trabajo de todos nosotros, y sustento de nuestras familias. Todos estamos convocados en esta tarea vital para el Hospital.

8.6 INTEGRACIÓN DE UNA RED REGIONAL COORDINADA DE SERVICIOS DE SALUD

La atención de salud en el país se da en **diferentes niveles de atención**, desde los del primer nivel de atención en Centros y Puestos de Salud donde fundamentalmente se hace prevención y promoción, junto con la atención recuperativa, pasando por los Hospitales con capacidad resolutoria local (Nivel II) hasta los Niveles especializados (Nivel III y Nivel IV) en los que fundamentalmente se desarrolla la actividad asistencial recuperativa, sin dejar de lado la promoción y prevención en las diferentes especialidades médicas.

Los pacientes que acuden a nuestro Hospital principalmente son de la provincia constitucional del Callao, pero somos hospital de referencia nacional, y por tanto recibimos pacientes de todo el país. Los pacientes en general deberían tener la posibilidad de **acceder a una red integrada de servicios** en la que establecimientos de diferentes niveles trabajen coordinadamente con el fin supremo de **asegurar el acceso a atenciones de calidad de acuerdo al nivel de atención y de acuerdo con la patología de los pacientes.**

Esto hace necesario que promovamos una estrecha relación con los establecimientos del primer nivel de atención, inicialmente del MINSA, pero sin excluir a futuro a los prestadores de otros sub sectores (EsSalud, FFAA, privados, etc.). Este trabajo en red regional permitirá el desarrollo planificado de nuestros propios servicios, pero a la vez fortalecerá la imagen de los establecimientos del primer nivel de atención. Con ello se logrará una oferta coordinada e integral de servicios a la población a la que servimos, y además un uso más racional y adecuado de nuestros recursos, reorientándolos a atenciones del nivel que corresponde a cada quien. Nuestro Hospital por ser **un Hospital Nacional de alta especialización tiene que abocarse a atender la patología compleja y complicada**, que no puede ser atendida ni resuelta en el primer nivel de atención. Este enfoque permite que **los establecimientos de la red regional se sientan y se comporten como aliados** y no como competidores; pudiendo alcanzar todos en base a sus competencias a ser muy competitivos sin tener que competir entre sí.

La red regional coordinada de servicios beneficia primordialmente a la población usuaria, pero también a todos los establecimientos que la integran.

9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES 2003-2008

OEG 1	Brindar atención integral de salud de nivel especializado y de alta calidad
OEG 2	Lograr alta satisfacción de los usuarios por la calidad y sentido social de nuestros servicios.
OEG 3	Fortalecer el desarrollo del Potencial Humano y el cambio de la Cultura Organizacional.
OEG 4	Instituir una gestión moderna, eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.
OEG 5	Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital docente y de investigación aplicada en salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS – OBJETIVOS INTERMEDIOS

2003 – 2008 (Propuesta)

OE	1. Brindar atención integral de salud de nivel especializado y de alta calidad	
	OI	Desarrollar los servicios en función a las necesidades sanitarias de la población (perfil epidemiológico y demanda).
	OI	Fortalecer sistemática y progresivamente los servicios especializados del hospital (equipamiento, infraestructura y RRHH).
	OI	Desarrollar y reorientar las actividades preventivo promocionales de nivel especializado.
	OI	Estimular y desarrollar en las áreas asistenciales una gestión eficiente
OE	2. Lograr alta satisfacción de los usuarios por la calidad y sentido social de nuestros servicios.	
	OI	Diseñar e implementar un sistema de evaluación y medición periódica de satisfacción de los usuarios del hospital.
	OI	Lograr estándares de calidad en la atención, procedimientos y procesos de los Departamentos y Servicios.
	OI	Lograr la participación del personal en todos los procesos de Mejoramiento de la Calidad
	OI	Garantizar el acceso de los pobladores de menores recursos a la atención hospitalaria.
OE	3. Fortalecer el desarrollo del Potencial Humano, promoviendo el cambio de la Cultura Organizacional.	
	OI	Diseñar y Desarrollar una adecuada Política de Recursos Humanos que promueva el desarrollo del Potencial Humano y el cambio de la Cultura Organizacional
	OI	Consolidar una Cultura Organizacional proactiva de identificación institucional entre el personal.
	OI	Promover la participación activa del personal en todos los niveles de la organización.
	OI	Lograr la valoración personal e institucional del Recurso Humano (estímulos, integración, promoción)

OE	4. Instituir una gestión moderna, eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.	
	OI	Fortalecer sistemática y progresivamente los sistemas administrativos, en función a las necesidades asistenciales.
	OI	Consolidar el sistema de Gestión Económico Financiera del Hospital
	OI	Promover la Toma de Decisiones con base técnica en las diferentes áreas (asistenciales y administrativas) del hospital.
	OI	Alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos financieros
OE	5. Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital docente y de investigación aplicada en salud.	
	OI	Fortalecer la capacidad y calidad docente del hospital.
	OI	Promover el desarrollo de investigación en salud.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS / OBJETIVOS INTERMEDIOS / OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE / OI / OEs

2003 – 2008 (Propuesta)

OE	1. Brindar atención integral de salud de nivel especializado y de alta calidad		
	OI	Desarrollar los servicios en función responda a las necesidades sanitarias de la población (perfil epidemiológico y demanda).	
		OEs	Promover el desarrollo de los servicios del Hospital de manera ordenada, racional y planificada (Departamentos y Áreas funcionales)
		OEs	Monitorear y evaluar sistemáticamente el desempeño de los Departamentos y Servicios (DyS)
		OEs	Involucrar al personal de los Departamentos y Servicios en la evaluación
	OI	Fortalecer sistemática y progresivamente los servicios especializados del hospital (equipamiento, infraestructura y RRHH).	
		OEs	Establecer el diagnóstico actualizado de equipamiento, infraestructura y RRHH de los Departamentos y Servicios.
		OEs	Establecer las necesidades de mejoramiento y/o expansión de los DyS, basadas en propuestas con criterios de costo beneficio, costo efectividad y programa de financiamiento
		OEs	Determinar un Plan de Inversión Integral en DyS 2003-2006, basado en prioridades institucionales y evaluado según resultados de la inversión.
	OI	Desarrollar y reorientar las actividades preventivo promocionales de nivel especializado.	
		OEs	Diseñar y/o aplicar programas preventivo promocionales de nivel especializado según el perfil epidemiológico local y ciclos de vida.

		OEs	Coordinar la participación comunitaria necesaria para la aplicación de los Programas preventivo promocionales
		OEs	Incorporar activamente a los DyS en la evaluación de las actividades preventivo promocionales
	OI		Estimular y desarrollar en las áreas asistenciales una gestión eficiente
		OEs	Incorporar la determinación de costos operativos en la planificación de los servicios asistenciales
		OEs	Monitorizar desde los Departamentos y Servicios la recuperación de costos operativos en las áreas asistenciales

OE	2. Lograr alta satisfacción de los usuarios por la calidad y sentido social de nuestros servicios.		
	OI	Lograr estándares de calidad en la atención, procedimientos y procesos de los Departamentos y Servicios.	
		OEs	Diseñar y aplicar un Plan de Mejoramiento de la Calidad en los Departamentos y Servicios del HNDAC (3 Dimensiones de la Calidad).
		OEs	Disminuir los riesgos de salud colectiva relacionados a los desechos hospitalarios.
	OI	Diseñar e implementar un sistema de evaluación y medición periódica de satisfacción de los usuarios del hospital.	
		OEs	Fortalecer la Unidad responsable de Gestión de la Calidad.
		OEs	Establecer los indicadores de Calidad a evaluar en las áreas asistenciales y administrativas.
		OEs	Implementar un sistema de educación, información y orientación al usuario.
	OI	Garantizar el acceso de los pobladores de menores recursos a la atención hospitalaria.	
		OEs	Identificar a la población objetivo a priorizar en la atención.
		OEs	Desarrollar mecanismos eficientes de determinación de apoyo social a los indigentes.

		OEs	Establecer alianzas estratégicas con entidades públicas y privadas para asistir a la población objetivo.
	OI		Lograr la participación del personal en todos los procesos de Mejoramiento de la Calidad
		OEs	Capacitar al personal asistencial y administrativo en la atención de calidad a los usuarios
		OEs	Monitorear y promover los procesos de mejoramiento continuo de la Calidad (MCC) en los diversos Departamentos y Servicios
		OEs	Establecer y aplicar mecanismos de estímulo para el personal y los Departamentos /Servicios ligados al MCC

OE	3. Fortalecer el desarrollo del Potencial Humano, promoviendo el cambio de la Cultura Organizacional.		
	OI		Diseñar y desarrollar una adecuada Política de Recursos Humanos que promueva el desarrollo del Potencial Humano y el cambio de la Cultura Organizacional
		OEs	Lograr niveles óptimos de satisfacción del usuario interno con relación a la organización.
		OEs	Aprobar la Política de Recursos Humanos como documento formal de la entidad
		OEs	Ejecutar el programa de actividades de promoción del RRHH acorde con la Política de Recursos Humanos
	OI		Consolidar una Cultura Organizacional proactiva de identificación institucional entre el personal.
		OEs	Evaluar la Cultura Organizacional actual, identificando sus características fundamentales.
		OEs	Promover la construcción de una Cultura Organizacional de identificación institucional
	OI		Promover la participación activa del personal en todos los niveles de la organización.
		OEs	Estimular la participación de todo el personal en las diferentes actividades de la institución

		OEs	Diseñar programas de celebraciones, deportivas, esparcimiento, recreacionales y otras orientadas a fomentar la integración del personal
	OI		Lograr la valoración personal e institucional del Recurso Humano (estímulos, integración, promoción)
		OEs	Programar actividades de evaluación de la participación y compromiso institucional del personal por el propio personal.
		OEs	Establecer mecanismos formales de reconocimiento al mérito y al esfuerzo para ostentarlos.
		OEs	Impulsar programas de promoción en base a la capacidad y desempeño

OE	4. Instituir una gestión moderna, eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.		
	OI		Fortalecer sistemática y progresivamente los sistemas administrativos, en función a las necesidades asistenciales.
		OEs	Consolidar la nueva estructura orgánica y funcional del hospital.
		OEs	Asegurar un adecuado sistema de reequipamiento y conservación integral del hospital.
		OEs	Desarrollar capacidades de gestión para la toma de decisiones en los niveles directivos de los DyS
	OI		Consolidar el sistema de Gestión Económico Financiera del Hospital
		OEs	Determinar los costos operativos e incorporarlos a los procesos permanentes de la planificación.
		OEs	Monitorear permanentemente la generación y ejecución de recursos financieros en las áreas funcionales, así como el cumplimiento de objetivos.
	OI		Promover la Toma de Decisiones con base técnica en las diferentes áreas (asistenciales y administrativas) del hospital.

		OEs	Desarrollar un sistema integrado de información hospitalaria para la toma de decisiones.
		OEs	Incorporar en la gestión de todos los servicios, la evaluación y medición sistemática del trabajo a través de indicadores.
	OI	Alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos financieros	
		OEs	Mejorar la disponibilidad presupuestal del hospital.
		OEs	Generar nuevas fuentes de ingresos económicos
		OEs	Mejorar la captación de recursos financieros
		OEs	Eficiencia en la ejecución acorde con los objetivos institucionales
		OEs	Inversión según las prioridades sanitarias
		OEs	Evaluar la inversión según los resultados

OE	5. Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital docente y de investigación aplicada en salud.		
	OI	Fortalecer la capacidad y calidad docente del hospital.	
		OEs	Consolidar la actividad como sede docente universitaria de pre y post grado.
		OEs	Desarrollar la formación de recursos humanos de nivel técnico en salud.
	OI	Promover el desarrollo de investigación en salud.	
		OEs	Promover el diseño de proyectos de investigación y de inversión
		OEs	Impulsar la investigación en gestión sanitaria.
		OEs	Establecer alianzas estratégicas para el desarrollo de investigación

OBJETIVOS ESTRATEGICOS / OBJETIVOS INTERMEDIOS / OBJETIVOS ESPECIFICOS / Objetivos de Corto Alcance
OE / OI / OEs / OCA
2003 – 2008 (Propuesta)

OE	1. Brindar atención integral de salud de nivel especializado y de alta calidad		
	OI	Desarrollar los servicios en función a las necesidades sanitarias de la población (perfil epidemiológico y demanda).	
		OEs	Promover el desarrollo de los servicios del Hospital de manera ordenada, racional y planificada (Departamentos y Áreas funcionales)
			OCA Determinar los criterios de priorización y evaluación de los proyectos de desarrollo de los DyS.
			OCA Establecer un Programa concertado de desarrollo de los DyS
			OCA Evaluar los resultados de la aplicación del Programa.
		OEs	Monitorear y evaluar sistemáticamente el desempeño de los Departamentos y Servicios (DyS)
			OCA Diseñar un programa de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del desempeño de los DyS.
			OCA Identificar los Indicadores fundamentales para la SME de los DyS.
			OCA Desarrollar el Programa de SME y obtener conclusiones para mejoramiento del desempeño
		OEs	Involucrar al personal de los Departamentos y Servicios en la evaluación
			OCA Difundir entre el personal de los DyS el uso de Indicadores fundamentales de evaluación.
			OCA Promover la discusión y análisis de los Indicadores en cada uno de los DyS.
			OCA Estimular la presentación de propuestas y sugerencias en los DyS para mejoramiento del desempeño.

	OI	Fortalecer sistemática y progresivamente los servicios especializados del hospital (equipamiento, infraestructura y RRHH).	
		OEs	Establecer el diagnóstico actualizado de equipamiento, infraestructura y RRHH de los Departamentos y Servicios.
			OCA Establecer el diagnóstico actualizado de equipamiento de los DyS.
			OCA Establecer el diagnóstico actualizado de infraestructura de los DyS.
			OCA Establecer el diagnóstico actualizado de disponibilidad de RRHH de los DyS.
		OEs	Establecer las necesidades de mejoramiento y/o expansión de los DyS, basadas en propuestas con criterios de costo beneficio, costo efectividad y programa de financiamiento
			OCA Definir los criterios mínimos que deben contener los Proyectos de desarrollo de los DyS.
			OCA Promover la presentación de Proyectos de desarrollo de los DyS.
			OCA Evaluar los Proyectos de desarrollo de los DyS.
			OCA Establecer las prioridades de los Proyectos de desarrollo de los DyS.
		OEs	Determinar un Plan de Inversión Integral en DyS 2003-2006, basado en prioridades institucionales y evaluado según resultados de la inversión.
			OCA Validar buscando el consenso con relación a los Proyectos priorizados.
			OCA Calendarizar los diferentes Proyectos de inversión priorizados.
			OCA Gestionar el financiamiento para los proyectos de inversión priorizados.
			OCA Incorporar los Proyectos priorizados a los POI correspondientes.
	OI	Desarrollar y reorientar las actividades preventivo promocionales de nivel especializado.	

		OEs	Diseñar y/o aplicar programas preventivo promocionales de nivel especializado según el perfil epidemiológico local y ciclos de vida.
			OCA Actualizar el diagnóstico y perfil epidemiológico por ciclos de vida.
			OCA Identificar las necesidades sanitarias según perfil epidemiológico.
			OCA Diseñar las Actividades Preventivo Promocionales (APP) del nivel especializado.
		OEs	Coordinar la participación comunitaria necesaria para la aplicación de los Programas preventivo promocionales
			OCA Identificar a los actores sociales más importantes en relación a las APP.
			OCA Establecer alianzas estratégicas para ejecutar actividades conjuntas (APP).
			OCA Desarrollar APP de nivel especializado en la población.
		OEs	Incorporar activamente a los DyS en la evaluación de las actividades preventivo promocionales
			OCA Establecer las actividades APP que corresponden a cada DyS.
			OCA Programar las APP con participación del personal de los DyS.
			OCA Evaluar con participación de los DyS las APP programadas.
	OI		Estimular y desarrollar en las áreas asistenciales una gestión eficiente
		OEs	Incorporar la determinación de costos operativos en la planificación de los servicios asistenciales
			OCA Crear la Unidad de Costeo con participación de personal de cada DyS.
			OCA Estandarizar el modelo de costeo a aplicar.
		OEs	Monitorizar desde los Departamentos y Servicios la recuperación de costos operativos en las áreas asistenciales

			OCA	Establecer los costos por unidad producida.
			OCA	Hacer seguimiento sistematizado de los costos operativos.
			OCA	Promover la aplicación de iniciativas para lograr costos (más) eficientes.

OE	2. Lograr alta satisfacción de los usuarios por la calidad y sentido social de nuestros servicios.			
	OI	Lograr estándares de calidad en la atención, procedimientos y procesos de los Departamentos y Servicios.		
		OEs	Diseñar y aplicar un Plan de Mejoramiento de la Calidad en los Departamentos y Servicios del HNDAC (3 Dimensiones de la Calidad).	
			OCA	Diseñar el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los DyS.
			OCA	Definir los estándares mínimos aceptables para los Indicadores de la Calidad de nuestros DyS (Dimensión Técnica, Interpersonal, y de Entorno).
			OCA	Aplicar el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los DyS.
		OEs	Disminuir los riesgos de salud colectiva relacionados a los desechos hospitalarios.	
			OCA	Actualizar la información sobre la disposición de los desechos hospitalarios.
			OCA	Identificar los riesgos existentes en el proceso de disposición de los desechos hospitalarios.
			OCA	Establecer las medidas correctivas a aplicarse para disminuir los riesgos de salud colectiva relacionadas a la disposición de los desechos hospitalarios.
	OI	Diseñar e implementar un sistema de evaluación y medición periódica de satisfacción de los usuarios del hospital.		
		OEs	Fortalecer la Unidad responsable de Gestión de la Calidad.	

			OCA	Definir los requerimientos necesarios (RRHH, equipamiento, tecnología) para el funcionamiento adecuado.
			OCA	Aprobar los planes (objetivos y metas) de la Unidad responsable de Gestión de la Calidad.
			OCA	Asegurar el financiamiento necesario para la aplicación del Plan.
		OEs		Establecer los indicadores de Calidad a evaluar en las áreas asistenciales y administrativas.
			OCA	Definir los aspectos a abordar en las Áreas Asistenciales y Administrativas en relación a la Calidad.
			OCA	Establecer los indicadores de Calidad a evaluarse.
			OCA	Difundir entre el personal los indicadores a utilizarse.
		OEs		Implementar un sistema de educación, información y orientación al usuario.
			OCA	Fortalecer las acciones de orientación al usuario a cargo de una Unidad Estructural (RRPP? Imagen institucional?).
			OCA	Diseñar mecanismos fluidos de atención a la disconformidad (quejas) de los usuarios.
			OCA	Promover acciones de difusión para los usuarios relacionados a los servicios de la institución y a los derechos que les asiste.
	OI			Garantizar el acceso de los pobladores de menores recursos a la atención hospitalaria.
		OEs		Identificar a la población objetivo a priorizar en la atención.
			OCA	Definir con claridad la población objetivo de la organización.
			OCA	Difundir en nuestro personal la alta responsabilidad de atender a la población objetivo.
			OCA	Priorizar la atención de calidad de los pobladores más pobres en todos los DyS.

		OEs	Desarrollar mecanismos eficientes de determinación de apoyo social a los indigentes.
			OCA Definir los mecanismos institucionales de identificación de los pacientes indigentes que requieren apoyo social
			OCA Concertar con los establecimientos de la red los mecanismos que permitan unificar los esfuerzos de identificación de los pacientes indigentes.
			OCA Comprometer al personal en la importancia de la identificación y atención de los pacientes indigentes.
		OEs	Establecer alianzas estratégicas con entidades públicas y privadas para asistir a la población objetivo.
			OCA Identificar otros actores sociales, públicos y privados, que tengan interés en la atención de los más pobres.
			OCA Promover acciones de concertación con dichos actores sociales que permitan resultados eficientes, sin duplicar esfuerzos, y usando mejor los recursos.
			OCA Evaluar con los aliados estratégicos los resultados de las acciones conjuntas a favor de los más pobres.
	OI		Lograr la participación del personal en todos los procesos de Mejoramiento de la Calidad
		OEs	Capacitar al personal asistencial y administrativo en la atención de calidad a los usuarios
			OCA Diseñar programas oficiales de IEC en atención de la calidad a los usuarios.
			OCA Aplicar programas de capacitación con un mínimo de 80 horas anuales por trabajador, y a no menos del 30% anual.
			OCA Evaluar los cambios de actitudes en el personal capacitado
		OEs	Monitorear y promover los procesos de mejoramiento continuo de la Calidad (MCC) en los diversos Departamentos y Servicios
			OCA Medir periódicamente los niveles de calidad en los DyS, con participación del propio personal.

			OCA	Destacar y sistematizar las experiencias exitosas en los DyS por MCC.
		OEs		Establecer y aplicar mecanismos de estímulo para el personal y los Departamentos /Servicios ligados al MCC
			OCA	Definir los mecanismos adecuados de reconocimiento al MCC en los DyS.
			OCA	Programar actividades de participación conjunta de DyS para evaluar y calificar las experiencias de MCC.
			OCA	Incluir a los DyS con experiencias exitosas en el MCC en los Proyectos de Desarrollo de la organización.

OE	3. Fortalecer el desarrollo del Potencial Humano, promoviendo el cambio de la Cultura Organizacional.			
	OI	Diseñar y Desarrollar una adecuada Política de Recursos Humanos que promueva el desarrollo del Potencial Humano y el cambio de la Cultura Organizacional		
		OEs	Lograr niveles óptimos de satisfacción del usuario interno con relación a la organización.	
			OCA	Evaluar periódicamente la satisfacción del usuario interno con relación a la organización.
			OCA	Identificar los elementos o factores que actúan positiva o negativamente en la satisfacción de los usuarios internos.
			OCA	Proponer alternativas que permitan mejorar objetivamente la satisfacción de los usuarios internos.
		OEs	Aprobar la Política de Recursos Humanos como documento formal de la entidad	
			OCA	Determinar los responsables de elaborar una Propuesta coherente de Política de Recursos Humanos.
			OCA	Diseñar la propuesta de Política de Recursos Humanos.
			OCA	Establecer compromisos de las diferentes instancias orgánicas involucradas en la Política de Recursos Humanos.

		OEs	Ejecutar el programa de actividades de promoción del RRHH acorde con la Política de Recursos Humanos
			OCA Establecer el programa de actividades de promoción del RRHH.
			OCA Evaluar periódicamente el cumplimiento de las actividades programadas en relación a la promoción del RRHH.
			OCA Evaluar los resultados de la aplicación de la Política de Recursos Humanos.
	OI		Consolidar una Cultura Organizacional proactiva de identificación institucional entre el personal.
		OEs	Evaluar la Cultura Organizacional actual, identificando sus características fundamentales.
			OCA Diseñar los instrumentos de evaluación de la CO actual.
			OCA Aplicar la evaluación de la CO actual.
			OCA Identificar las características fundamentales de la CO actual.
		OEs	Promover la construcción de una Cultura Organizacional de identificación institucional
			OCA Definir las propuestas que permitan construir una CO de identificación institucional.
			OCA Incorporar las acciones que permitan construir una CO de identificación institucional a la Política de Recursos Humanos.
	OI		Promover la participación activa del personal en todos los niveles de la organización.
		OEs	Estimular la participación de todo el personal en las diferentes actividades de la institución
			OCA Monitorear la participación del personal en las diferentes actividades por DyS.
			OCA Proponer mecanismos de mayor participación para los DyS.
			OCA Evaluar y replicar las experiencias que tengan mayores resultados en lograr la mayor participación activa del personal.

		OEs	Diseñar programas de celebraciones, deportivas, esparcimiento, recreacionales y otras orientadas a fomentar la integración del personal	
		OCA	Establecer agendas o programas de actividades diversas a nivel de DyS.	
		OCA	Establecer agendas o programas de actividades diversas a nivel de grupos ocupacionales.	
	OI	Lograr la valoración personal e institucional del Recurso Humano (estímulos, integración, promoción)		
		OEs	Programar actividades de evaluación de la participación y compromiso institucional del personal por el propio personal.	
		OCA	Motivar al personal para su participación en la evaluación de la participación y compromiso institucional.	
		OCA	Establecer un cronograma de actividades de evaluación	
		OCA	Identificar los DyS que logran resultados positivos en la participación y compromiso institucional del personal.	
		OEs	Establecer mecanismos formales de reconocimiento al mérito y al esfuerzo para ostentarlos.	
		OCA	Identificar los diversos mecanismos de reconocimiento del personal.	
		OCA	Proponer e institucionalizar los mecanismos más viables para el adecuado reconocimiento del personal.	
		OEs	Impulsar programas de promoción en base a la capacidad y desempeño	
		OCA	Determinar los aspectos claves a tener en cuenta para una adecuada evaluación de la capacidad y desempeño, según grupos ocupacionales.	
		OCA	Desarrollar procesos de evaluación, participativos y democráticos para reconocer la capacidad y el desempeño del personal.	

OE	4. Instituir una gestión moderna, eficiente y de calidad en todos los niveles de la organización, caracterizado por la ética y responsabilidad social.		
	OI	Fortalecer sistemática y progresivamente los sistemas administrativos, en función a las necesidades asistenciales.	
		OEs	Consolidar la nueva estructura orgánica y funcional del hospital.
			OCA Difundir, analizar y aplicar los documentos de gestión aprobados.
			OCA Completar la formalización de los documentos de gestión pendientes.
			OCA Fortalecer el desenvolvimiento del hospital en base a las estructuras orgánica y funcional del hospital.
		OEs	Asegurar un adecuado sistema de reequipamiento y conservación integral del hospital.
			OCA Establecer y priorizar las necesidades de equipamiento, reequipamiento y mantenimiento del hospital
			OCA Diseñar el Plan de Equipamiento, Reequipamiento y Mantenimiento del Hospital.
			OCA Asegurar el financiamiento progresivo y total del Plan aprobado.
			OCA Incorporar las acciones contenidas en el Plan a los POI anuales.
		OEs	Desarrollar capacidades de gestión para la toma de decisiones en los niveles directivos de los DyS
			OCA Promover el desarrollo de capacidades de gestión en los diferentes niveles directivos, administrativos y asistenciales.
			OCA Evaluar las capacidades de gestión en los diferentes niveles directivos, administrativos y asistenciales, a través de los resultados.
			OCA Incorporar fuertemente las capacidades de gestión como requisito para asumir los diferentes niveles directivos, administrativos y asistenciales.

	OI	Consolidar el sistema de Gestión Económico Financiera del Hospital		
		OEs	Determinar los costos operativos e incorporarlos a los procesos permanentes de la planificación.	
			OCA	Crear la Unidad de Costeo con participación de personal de cada DyS.
			OCA	Estandarizar el modelo de costeo a aplicar.
			OCA	Comprometer a las diferentes instancias orgánicas a participar y contribuir a mantener actualizada la información relacionada a los costos operativos.
			OCA	Aplicar los costos actualizados a los procesos de planificación de las DyS y áreas administrativas.
		OEs	Monitorear permanentemente la generación y ejecución de recursos financieros en las áreas funcionales, así como el cumplimiento de objetivos.	
			OCA	Disponer de información actualizada y permanente sobre el ingreso económico por DyS, área funcional y actividad.
			OCA	Evaluar el comportamiento de los componentes de la estructura de ingresos en el tiempo.
			OCA	Disponer de información actualizada y permanente sobre el egreso económico por DyS, área funcional y actividad.
			OCA	Evaluar el comportamiento de los componentes de la estructura de egresos en el tiempo.
			OCA	Relacionar la captación de ingresos y ejecución de gastos por DyS, área funcional y actividad, en función a los objetivos propuestos.
	OI	Promover la Toma de Decisiones con base técnica en las diferentes áreas (asistenciales y administrativas) del hospital.		
		OEs	Desarrollar un sistema integrado de información hospitalaria para la toma de decisiones.	
			OCA	Diseñar un sistema integrado de información hospitalaria de acuerdo a las necesidades de la gestión.

		OCA	Financiar la disponibilidad de un sistema integrado de información hospitalaria.
		OCA	Instalar una red de intranet que comunique las áreas asistenciales como administrativas del Hospital.
		OEs	Incorporar en la gestión de todos los servicios, la evaluación y medición sistemática del trabajo a través de indicadores.
		OCA	Determinar los indicadores fundamentales para evaluar la gestión en los DyS y áreas funcionales y administrativas.
		OCA	Establecer el monitoreo de los indicadores desde cada DyS y áreas funcionales y administrativas.
		OCA	Incorporar progresivamente la evaluación de DyS y áreas funcionales y administrativas al Sistema integrado de información Hospitalaria.
	OI		Alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos financieros
		OEs	Mejorar la disponibilidad presupuestal del hospital.
		OCA	Sustentar y gestionar el incremento del presupuesto de Recursos Ordinarios
		OCA	Reducir totalmente las devoluciones a tesoro Público con una adecuada planificación.
		OCA	Disminuir los gastos ineficientes del presupuesto.
		OEs	Generar nuevas fuentes de ingresos económicos
		OCA	Identificar nuevas fuentes potenciales de ingresos económicos.
		OCA	Calificar para ser merecedores de nuevas fuentes de financiamiento
		OCA	Identificar “nuevos productos” para “nuevos clientes”
		OEs	Mejorar la captación de recursos financieros

			OCA	Gestionar el reembolso puntual y adecuado de los servicios brindados por la modalidad de seguros (públicos y privados)
			OCA	Incrementar la captación de RDR a partir de generar mayor demanda (y no por incremento de tarifas)
		OEs		Eficiencia en la ejecución acorde con los objetivos institucionales
			OCA	Definición de los compromisos a cargo de los niveles de Alta Dirección.
			OCA	Priorización en la ejecución de los compromisos.
			OCA	Optimizar los procesos de adquisiciones de bienes y servicios en pos de los mejores precios para la mejor calidad.
			OCA	Anular las posibilidades de procedimientos poco transparentes en las adquisiciones y pagos a proveedores.
		OEs		Inversión según las prioridades sanitarias
			OCA	Inversiones según las necesidades sanitarias de la población.
			OCA	Inversiones según el Plan de Desarrollo Integral de DyS.
			OCA	Inversiones según el Plan de Equipamiento, Reequipamiento y Mantenimiento del Hospital.
		OEs		Evaluar la inversión según los resultados
			OCA	Determinar los resultados esperados para cada inversión a realizarse.
			OCA	Determinar los mecanismos de evaluación ex post de las inversiones a realizarse.
			OCA	Sistematizar los resultados de las inversiones realizadas en cada DyS.
			OCA	Difundir los resultados de las evaluaciones en la comunidad del hospital, para mantener los aciertos y corregir las deficiencias.

OE	5. Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital docente y de investigación aplicada en salud.		
	OI	Fortalecer la capacidad y calidad docente del hospital.	
		OEs	Consolidar la actividad como sede docente universitaria de pre y post grado.
		OCA	Evaluar los convenios con las entidades formadoras de recursos humanos
		OCA	Fortalecer las relaciones con las casa formadoras de recursos humanos, en términos de reciprocidad y mutuo beneficio.
		OCA	Promover condiciones de preferencia en las relaciones con las casas formadoras.
		OEs	Desarrollar la formación de recursos humanos de nivel técnico en salud.
		OCA	Evaluar el funcionamiento o creación de un Instituto de nivel técnico dentro del Hospital.
		OCA	Formalizar la formación de recursos humanos de nivel técnico, en el aspecto de las prácticas, en los DyS
		OCA	Obtener resultados positivos para el Hospital de la formación de recursos humanos de nivel técnico en salud.
	OI	Promover el desarrollo de investigación en salud.	
		OEs	Promover el diseño de proyectos de investigación y de inversión
		OCA	Capacitar al personal en el diseño de proyectos de investigación médica
		OCA	Promover la formulación de proyectos de inversión de interés para el desarrollo del Hospital
		OCA	Gestionar el financiamiento para el desarrollo de la investigación clínica; y para los proyectos de inversión.
		OCA	Incluir en el POI anual la partida para investigación clínica.
		OEs	Impulsar la investigación en gestión sanitaria.

			OCA	Promover diseños de investigación en el campo de gestión en salud.
			OCA	Brindar facilidades para el desarrollo de investigación en gestión sanitaria.
			OCA	Concertar con entidades interesadas en el tema de investigación en gestión sanitaria el financiamiento de proyectos de investigación.
			OCA	Aplicar los resultados de la investigación en gestión sanitaria para mejorar la gestión del hospital.
		OEs		Establecer alianzas estratégicas para el desarrollo de investigación
			OCA	Identificar entidades que promuevan la investigación en salud
			OCA	Establecer convenios de cooperación mutua con las entidades identificadas.
			OCA	Difundir las bondades y resultados de las alianzas estratégicas establecidas.

10. ESTRATEGIAS

10.1 Estrategias Operativas

La realización del presente Plan Estratégico 2003 – 2008 solo será posible si se asegura que la gestión en el tiempo involucrado se mantiene dentro de los lineamientos y objetivos presentados en este documento. En tal sentido, se considera fundamental, como estrategias operativas, que se cumplan oportunamente y a cabalidad los objetivos intermedios y específicos para cada objetivo general estratégico. El incumplimiento de alguno de los objetivos de rango inferior pone en riesgo que no se cumpla el objetivo inmediato superior y así sucesivamente, comprometiendo con ello la posibilidad de construir efectivamente la Visión institucional.

En atención a ello es importante para el aseguramiento de las Estrategias Operativas que:

- El Plan Estratégico sea el resultado de la socialización y el consenso por parte de todas las unidades orgánicas y de las personas que integran el hospital.
- Se haga un permanente y serio seguimiento de las acciones consideradas en el plan estratégico, evaluando su cumplimiento, ejecución y verificando sus resultados.
- Tener presente en todo momento la Misión y Visión de la organización, y los Lineamientos de Política de la gestión, y que todo ello gira en torno a la atención de la salud de las personas.
- Incentivar la participación de nuestro recurso humano en la ejecución, evaluación y difusión de los resultados de la aplicación del Plan Estratégico.

10.2 Estrategias de Mercado

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión, por su naturaleza de hospital público tiene como su mejor alternativa de estrategia de mercado a la de liderazgo en costos generalizada, debiendo hacer diferenciación focalizada al producto o a una unidad estratégica de negocio.

Para alcanzar efectivamente el Liderazgo en costos, es necesario en primer término asegurar la información sobre los costos reales de producción por unidad orgánica y por atención o actividad, según corresponda. Conseguido este insumo, se requiere poder acceder a la información similar que corresponda a otros hospitales del mismo nivel y de similar proceso productivo. Por ello es necesario que se garantice que estos elementos se apliquen en el tiempo más corto posible, sin que ello sea obstáculo para que en los servicios, departamentos y áreas funcionales se desarrollen procesos de mejoramiento

de sus actividades y de un uso eficiente de sus recursos. La estrategia de Liderazgo en costos tiene que ser impulsada desde los niveles de dirección del hospital y de cada unidad orgánica, lo que demanda compromiso de parte de los responsables correspondientes.

El desarrollo de estrategias de Diferenciación se podrán aplicar a los productos o unidades estratégicas de negocio, según lo previsto en el Plan Estratégico, y que deben reflejar el acuerdo de la organización para realizar las inversiones necesarias, y que reflejen los resultados esperados. Esto demanda priorización de requerimientos y expectativas, para lo cual deberá tenerse en cuenta la naturaleza y fines de la inversión, los resultados esperados en términos sanitarios y económicos, y cómo ello contribuirá al logro de los objetivos estratégicos y a la construcción de la Visión institucional.

Las estrategias competitivas tienen por finalidad el posesionarnos mejor ante la demanda de pacientes, lo que deberá producir satisfacción en nuestros usuarios y por añadidura la mejora en la captación de recursos financieros.

11. ANEXOS