



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Ate, 10 de Diciembre del 2021

VISTO:

El expediente Nº 21MP-09426-00 que contiene el Informe Nº 328-2021-UFGRED/HV, el Informe Nº 0206-2021-UPE/AORG Nº 112/HV y la Nota Informativa Nº 420-2021-AAL-HV, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar VI de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que: *“Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”;*

Que, asimismo, el artículo 11º de la precitada Ley, establece que, *toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado;*

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 660-2014-MINSA se aprobó la NTS Nº 110-MINSA/DGIEM-V.01 – Norma Técnica de Salud “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, cuya finalidad es contribuir a un adecuado dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud el segundo nivel de atención en salud;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 008-2020-SA, se declaró Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario, dictando medidas de Prevención y Control del COVID-19; prorrogado con Decreto Supremo Nº 020-2020-SA, Decreto Supremo Nº 027-2020-SA, Decreto Supremo Nº 031-2020-SA y el Decreto Supremo Nº 009-2021-SA, Decreto Supremo Nº 025-2021-SA, con el cual lo prorrogan por ciento ochenta (180) días calendario a partir 03 de setiembre del 2021;

Que, en merito a ello, con Resolución Ministerial Nº 835-2021/MINSA aprobó el Documento Técnico: Plan de Respuesta ante la Segunda Ola y Posible Tercera Ola Pandémica por COVID-19, 2021 en el Perú, cuyo como objetivo es *“Mejorar la capacidad de respuesta del MINSA para reducir el impacto de la morbilidad y mortalidad por la COVID-19 en la población, ante la segunda ola y la posible tercera ola pandémica”;*

Que, con Resolución Ministerial Nº 1274-2021/MINSA de fecha 01 de diciembre del 2021, se aprobó la Conformación del Equipo de Trabajo Multidisciplinario para el proceso de integración de las Unidades Ejecutoras Nº 0148, Hospital Emergencia Ate y Nº 050, Hospital Vitarte orientados al funcionamiento de sus servicios de salud, el mismo que dependerá del Ministerio de Salud;

Que, por otro lado, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021 /MINSA se aprobó las *“Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”, que tiene por finalidad Fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas, Organismo Públicos Adscritos”;*

Que, mediante Informe Nº 328-2021-UFGRED/HV de fecha 10 de diciembre del 2021, la Jefatura de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres remite a la Dirección el **Plan de Traslado de las UPSS de la Unidad Ejecutora Nº 050, a las instalaciones de la Unidad Ejecutora Nº 148 del Hospital Vitarte**, para su revisión y aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe Nº 206-2021-UPE/AORG Nº 112/HV de fecha 10 de diciembre del 2021, la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico, sostiene que el **Plan de Traslado de las UPSS de la Unidad Ejecutora Nº 050, a las instalaciones de la Unidad Ejecutora Nº 148 del Hospital Vitarte**, cuenta



con el visto bueno de los responsables de su elaboración y cumplimiento de su ejecución y su aprobación permitirá trasladar las UPSS y Unidades Administrativas del Hospital Vitarte hacia la infraestructura del Hospital Emergencia Ate, a fin de proteger la vida y la salud de los colaboradores, pacientes, familiares y público usuario que se encuentre en las instalaciones del Hospital Vitarte que podrían verse afectadas de ocurrir un sismo, que por su intensidad pudiera colapsar la infraestructura hospitalaria de la Ejecutora 050;

Que, con la finalidad de salvaguardar la vida y la salud de los usuarios Internos y externos de la entidad ante el Inminente riesgo asociados a un suceso de peligro y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender a lo solicitado por la Jefatura de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres, aprobando el **Plan de Traslado de las UPSS de la Unidad Ejecutora N° 050, a las instalaciones de la Unidad Ejecutora N° 148 del Hospital Vitarte;**

Que, el artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Vitarte, aprobados mediante Resolución Ministerial N° 596-2004/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentra, la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Con la visación de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres, Equipo de Traslado del Hospital Vitarte, la Unidad de Planeamiento Estratégico y del Área de Asesoría Legal del Hospital Vitarte.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud; Ley N° 29664 - Ley de Sistema de Gestión de Riesgo de Desastres - SINAGERD; Ministerial N° 643-2019/MINSA; Decreto Supremo N° 008-2020-SA; Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Vitarte, aprobado con Resolución Ministerial N° 596-2004/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Plan de Traslado de las UPSS de la Unidad Ejecutora N° 050, a las instalaciones de la Unidad Ejecutora N° 148 del Hospital Vitarte, por las consideraciones expuestas en la presente resolución, el mismo que en anexo adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- Los gastos que ocasione el presente plan estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

Artículo 3°.- DISPONER al Equipo de Traslado del Hospital Vitarte, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado plan.

Artículo 4°.- ENCARGAR, al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el portal institucional de la página web.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

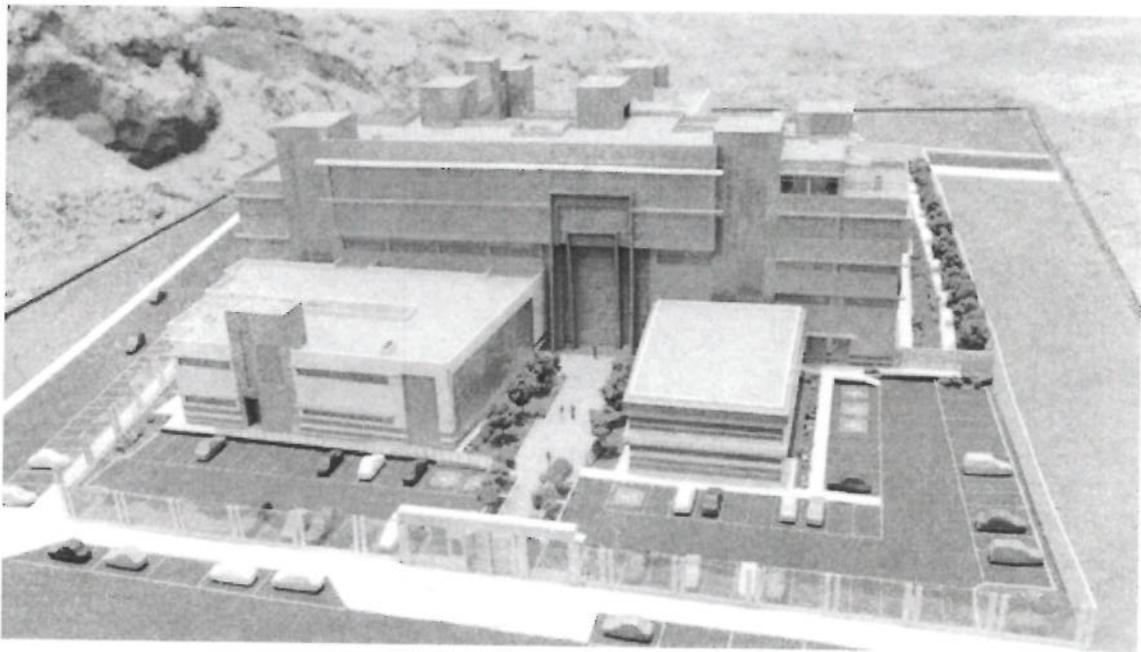
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VITARTE
[Firma]
DRA. ANA B. GUITARRA VILLALBA
C.M.P. 02378 R.M.H. 11-07
(05499472 10)

Distribución:

- () Dirección,
- () U. Funcional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres..
- () Equipo de Traslado del Hospital Vitarte,
- () Área de Asesoría Legal.
- () Interesados.
- () Archivo.

**PLAN DE TRASLADO DE LAS UPSS DE LA UE 050
A LAS INSTALACIONES DE LA UE 148**

“UNIDAD EJECUTORA 050: HOSPITAL VITARTE”





ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. FINALIDAD.....	4
3. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
4. BASE LEGAL.....	4
5. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
6. CONTENIDO.....	5
6.1. Definiciones operativas.....	5
6.2. Análisis de la situación de salud.....	7
6.3. Evaluación de riesgos e impacto de los peligros.....	23
6.4. Antecedentes del traslado.....	31
7. PLANIFICACIÓN DEL TRASLADO.....	38
8. CRONOGRAMA.....	38
9. PRESUPUESTO.....	38
10. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	40
11. ANEXOS.....	40
• Anexo 1. Equipo de Traslado del Hospital Vitarte.....	40
• Anexo 2. Descripción de la Atención de la UPSS Pediatría No COVID.....	41
• Anexo 3. Descripción de atención Gineco – Obstetricia No COVID.....	42
• Anexo 4. Flujos de la UPSS de Apoyo al Diagnóstico.....	56





1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Vitarte es un establecimiento de salud que viene brindando sus servicios a la población de Ate y Lima Este desde el año 1957 y desde el año 1961 en el local que ahora ocupa. Desde entonces, la demanda de atención se ha visto incrementada no solo por pacientes de Ate sino de Lima Este e inclusive de otros distritos o provincias. Por lo cual la necesidad de ampliación, remodelación, acondicionamiento y mantenimiento de la infraestructura y de sus componentes no estructurales se han visto incrementadas por el paso de los años ya que produce desgaste y afectación de la infraestructura por el tiempo, corroborado por el estudio de laboratorio de testigos de diamantina ejecutado en el mes de agosto 2021 a columnas de la infraestructura hospitalaria.

Es por esta razón que, mediante el presente plan, se plantea el traslado de la Unidad Ejecutora 050 Hospital Vitarte, hacia la infraestructura del Hospital Emergencia Ate Vitarte, unidad ejecutora 148, en la cual nuestra ejecutora ya se encuentra brindando servicios de consulta externa a la población que así lo requiriere.

2. FINALIDAD

La finalidad del presente plan es trasladar las UPSS y Unidades Administrativas del Hospital Vitarte hacia el Hospital Emergencia Ate Vitarte, Unidad Ejecutora 148, a fin de proteger la vida y la salud de los colaboradores, pacientes, familiares y público usuario que se encuentren en las instalaciones del Hospital Vitarte que podrían verse afectadas de ocurrir un sismo que, por su intensidad, pudiera colapsar la actual infraestructura hospitalaria.

3. OBJETIVOS

El presente documento técnico tiene los objetivos siguientes:

3.1. Objetivo general

Trasladar las UPSS y unidades administrativas de la Unidad Ejecutora 050 Hospital Vitarte, a las instalaciones del Hospital Emergencia Ate Vitarte, Unidad Ejecutora 148.

3.2. Objetivos específicos

Objetivo específico N°1

Trasladar las UPSS y unidades administrativas de la Unidad Ejecutora 050 Hospital Vitarte a las instalaciones del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Unidad Ejecutora 148, iniciando por la UPSS con los menores resultados de la prueba de ensayo de los testigos de diamantina, analizados en estudio de laboratorio.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842**, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29664**, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y sus modificatorias.
- Ley N° 30895**, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 048-2011-PCM**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29664.



- e. **Decreto Supremo N° 008-2020-SA**, que declara en emergencia sanitaria a nivel nacional por el COVID-19 y sus prórrogas.
- f. **Decreto Supremo N° 184-2020-PCM**, que declara el Estado de Emergencia nacional por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del martes 01 de diciembre de 2020, por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y sus prórrogas.
- g. **Decreto Supremo N° 013-2006-SA**, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- h. **Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA**, que aprueba la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.
- i. **Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA**, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- j. **Resolución Ministerial N° 628-2018/MINSA**, que aprueba la Directiva Administrativa N° 250-2018-MINSA/DIGERD Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias y de los Espacios de Monitoreo de Emergencias y Desastres del Sector Salud.
- k. **Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA**, que aprueba las “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- l. **Resolución Ministerial N° 225-2020-MINSA**, que declara en Alerta Roja en los establecimientos de salud y en la oferta móvil complementaria instalada a nivel nacional, ante los efectos del COVID-19.
- m. **Resolución Ministerial N°046-2013-PCM**, que aprueba la Directiva N°001-2013-PCM/SINAGERD Lineamientos que define el marco de responsabilidad en Gestión del Riesgo de Desastres, de las entidades del estado en los tres niveles de gobierno.
- n. **Resolución Ministerial N° 905 – 2020 – MINSA** que aprueba la Directiva Sanitaria N° 122 – MINSA/2020/CDC Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú.
- o. **Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA** que modifica la Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA “Lineamientos para la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19.
- p. **NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V,01** “Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de Atención”
- q. **Resolución Directoral N°129-2021-D/HV** que reconfirma el Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres del Hospital Vitarte.

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Traslado se aplica a todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Vitarte.

6. CONTENIDO

6.1. Definiciones operativas¹

Ambiente

Es el espacio físico limitado por paredes, piso y techo.

¹ NTS N° 110-MINSA/DGIEM-v.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”.





Ambiente prestacional

Es el ambiente donde se desarrollan prestaciones de salud para los usuarios en un establecimiento de salud.

Ambiente Complementario

Es el ambiente que complementa los ambientes prestacionales de UPSS o de Actividades de Atención Directa y de Soporte del establecimiento de salud. Ejemplo: El consultorio de UPSS Consulta Externa tiene como ambientes complementarios la sala de espera, servicios higiénicos, entre otros.

Área de un ambiente

Es la superficie dentro de un ambiente, asignado para el desarrollo específico de una prestación o actividad de salud o administrativa.

Área mínima

Es la superficie determinada en metros cuadrados (m²), necesaria para el desarrollo de las prestaciones y actividades de salud y administrativas, considerando la disposición de equipamiento y mobiliario, funciones y cantidad de usuarios.

Capacidad física

Son las características físicas de una edificación que permiten su funcionamiento adecuado para la que fue diseñada.

Capacidad resolutive

Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios. Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos.

Cartera de Servicios de Salud

Es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

Equipamiento

Es el conjunto de bienes de un establecimiento de salud necesarios para el desarrollo de prestaciones de salud o actividades administrativas. Comprende. Equipos, mobiliario, instrumental y vehículos.

Equipo Biomédico

Es el dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos, hidráulicos y/o híbridos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituye equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.

Establecimiento de Salud

Son aquellos donde se realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.



El establecimiento de salud constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad.

En el Reglamento nacional de Edificaciones se les clasifica como edificaciones esenciales.

Infraestructura

Para efectos de la NTS N° 110-MINSA/DGIEM-v.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, entiéndase la infraestructura como el conjunto organizado de elementos estructurales, no estructurales y equipamiento de obra de una edificación que permite el desarrollo de prestaciones y actividades de salud.

Unidad Productora de Servicios (UPS)

Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS)

Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad. Para efectos de esta norma se tomarán a las UPS referidas a los procesos operativos, del establecimiento de salud (Atención Directa de Salud, Investigación y Docencia), y a aquellos procesos de soporte que corresponden a las UPSS de atención de Soporte en Salud.

6.2. Análisis de la situación de salud

El Hospital de Vitarte se inició como un Puesto de Salud, un día 20 de marzo de 1957, se creó por Resolución Ministerial N°443-1957 y basa su existencia legal en la Resolución Ministerial N° 00217-69-SA/DS, que establece la organización funciones en las áreas hospitalarias y en las disposiciones que regulan el funcionamiento de los establecimientos del Ministerio de Salud, Ley Orgánica del Sector Salud, Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración de Sistemas Administrativos y Decreto Supremo N° 100-85-PCM, se crean Unidades Departamentales de Salud: Unidades Departamental de Salud Lima Este.

En el año 1961 se traslada al local del Ministerio de Vivienda en Ate; por último, se traslada al local actual, ubicado en el Km. 7.00 de la Carretera Central del Distrito de Ate.

Actualmente la infraestructura del Hospital Vitarte tiene una antigüedad de más de 60 años y está compuesto por 3 niveles en un área de 1672.00 m².

En 1991 a raíz de los acontecimientos ocurridos por la epidemia del cólera, la AIS – SBS El Agustino (Ex UTES 01) dependencia administrativa de la DISURS Lima Este, dispuso que se atendiera las 24 horas del día. Progresivamente se incorporan médicos especialistas, logrando atender primeros partos normales y realizar cirugías menores. El mismo año, se le cambió de denominación a Centro de Salud de la AIS – SBS El Agustino (DISURS IV Lima Este). El 5 de agosto de 2003 según RM N° 892-2003 SA/DM se eleva la categoría de Centro de Salud a Hospital de Baja Complejidad Vitarte. El 30 de diciembre de 2003 adquiere el nivel de Hospital Vitarte como Unidad Ejecutora 050 – 001217 según RM N° 1008-2005/MINSA.



El Hospital cuenta con 12 jefaturas, 31 Consultorios, 1 área de Hospitalización 6 servicios de Emergencia, contamos con 1 centro Quirúrgico con 3 salas de operaciones; además, contamos con 16 áreas administrativas y áreas comunes. En relación al recurso humano con el que cuenta el hospital es de un aproximado de 1083 trabajadores profesionales de la salud y administrativos.

A raíz de la pandemia por la COVID-19 se brinda los servicios en salud de emergencia COVID y NO COVID, hospitalización COVID y NO COVID y Consulta Externa.

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

Análisis Geográfico

El Hospital Vitarte cuenta con un área de 1672m² en la Avenida Nicolás Ayllón 5880 en el Distrito de Ate, Provincia Metropolitana de Lima, Departamento de Lima. Geográficamente se encuentra a 355 msnm, Longitud Oeste 76° 54' 57" Latitud Sur 12° 01' 18".

Los distritos de referencia son Santa Anita a 30 minutos, El Agustino a 35 minutos, Chosica a 45 minutos de desplazamiento en microbús; tipo de transporte que se dispone en forma continua durante las 24 horas del día. El establecimiento de Referencia Asistencial es el Hospital Nacional Hipólito Unanue a 10Km. Aproximadamente y a 30 minutos de desplazamiento en microbús².

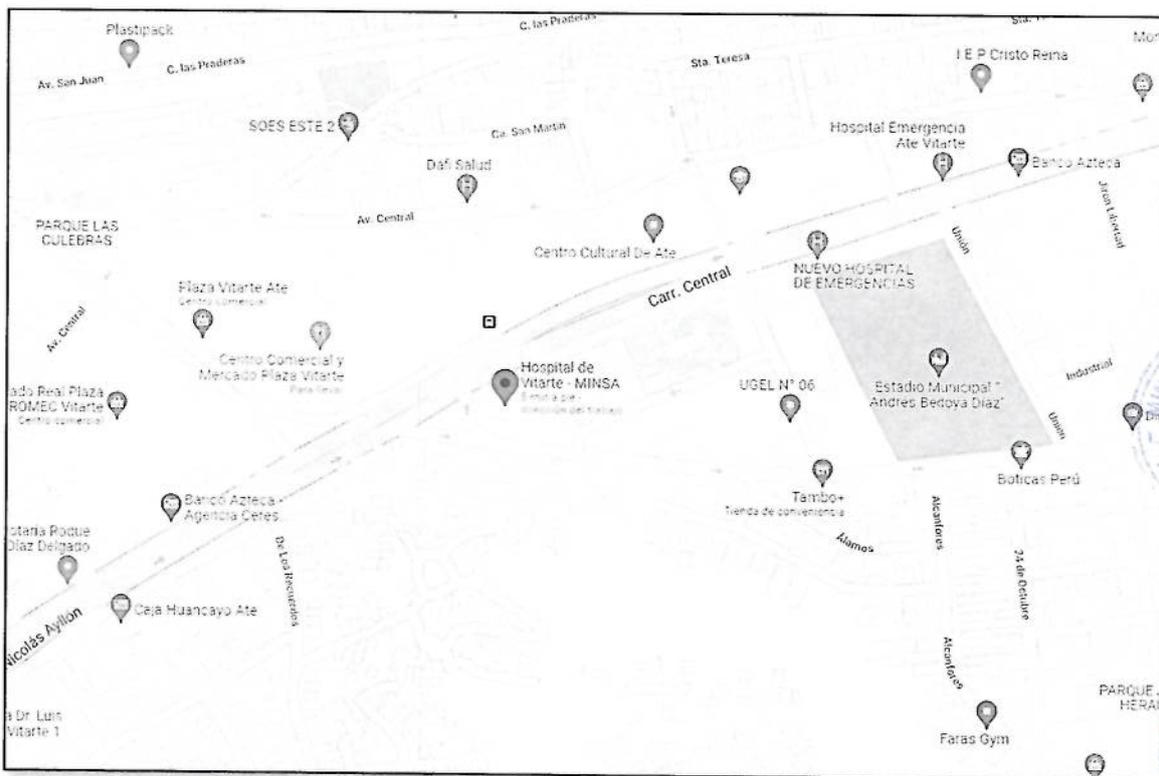


Imagen 1: Mapa de Ubicación Geográfica del Hospital Vitarte en el Distrito de Ate. Recogido de Google Maps

² ASIS 2020 – Hospital Vitarte



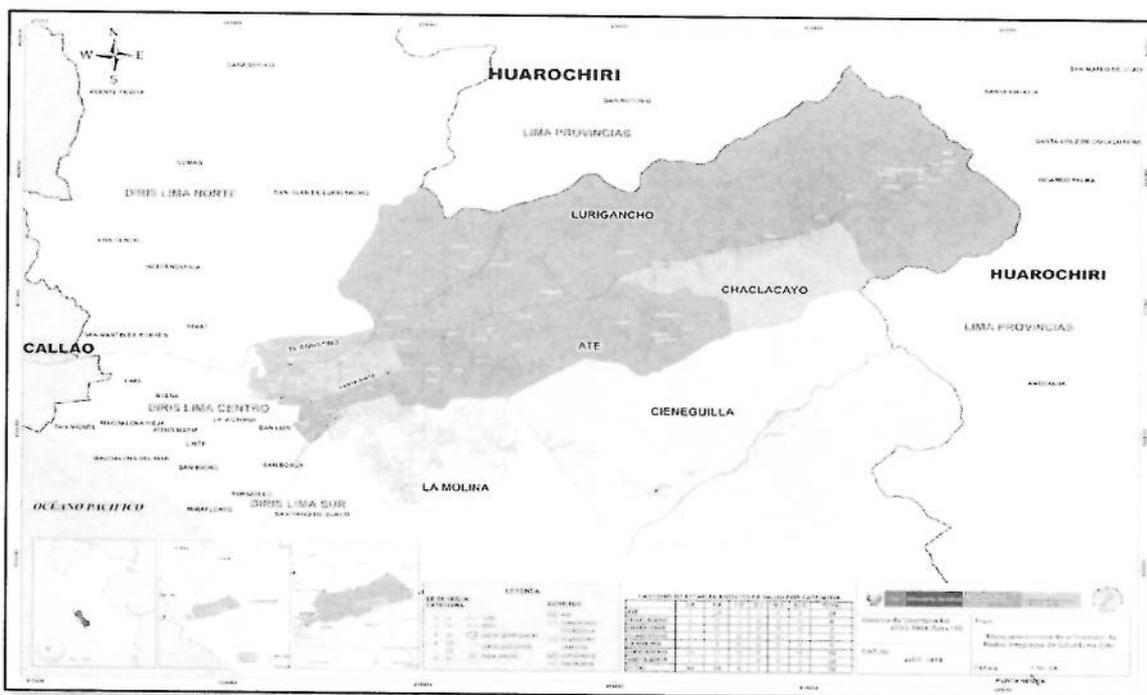


Imagen 2: Mapa del ASIS 2019 – DIRIS Lima Este

Aspecto Ecológico

El clima de Ate por su gran extensión es variado, templado, con alta humedad atmosférica y constante nubosidad durante el invierno.

La temperatura media anual es de 15.5°C, las temperaturas máximas en verano pueden llegar a 32°C y las mínimas en invierno a 10°C, en cada caso, producen sensación de excesivo frío o intenso calor, debido a la alta humedad atmosférica.

La región referencial del Hospital Vitarte abarca el piso ecológico de Chala o Costa.

El Río Rímac es el principal río del Distrito de Ate, nace en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes, dando origen al valle del mismo nombre.

Existen recursos hidrográficos que favorecen la agricultura. Existe un canal de regadío que viene del río Rímac y pasa por la parte baja de Vitarte. Por este canal discurre agua corriente todo el año, por lo que se convierte en un riesgo potencial para la multiplicación de zancudos que pueden afectar a la población.

La temporada de lluvias trae consigo aumento de caudal del Río Rímac viéndose afectada la zona central de Chaclacayo y el margen correspondiente de Ate que se encuentra en un aumento poblacional encontrándose muchas de ellas en condiciones de hacinamiento.

Estas condiciones descritas, generan un alto riesgo de enfermedades infecto – contagiosas, como enfermedades gastroentéricas, enfermedades a la piel, así como enfermedades asociadas a un mal almacenamiento y tratamiento del agua para consumo humano.

La presencia de contaminantes atmosféricos procede de la concentración de material particulado (PM_{2.5}) que proviene de centrales eléctricas, procesos industriales, tubos de escape de vehículos, cocinas a leña e incendios forestales. Las partículas gruesas (entre 2,5 y 10

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
Servicio de Apoyo al Diagnóstico
HOSPITAL VITARTE

HOSPITAL VITARTE
SERVICIO DE APOYO AL TRATAMIENTO

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
JEFATURA DE ENFERMERIA
HOSPITAL VITARTE

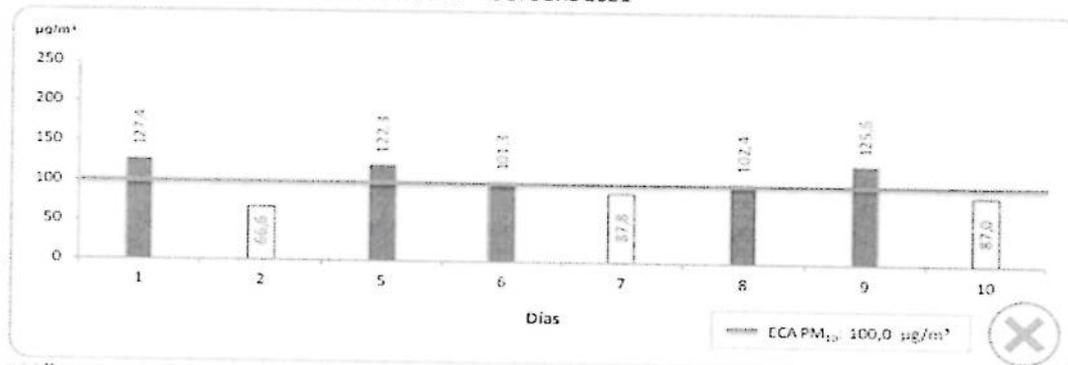
MINISTERIO DE SALUD
V°B°
SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL VITARTE

micrómetros) provienen de operaciones de molienda y trituración, del polvo de las carreteras y de algunas operaciones agrícolas.

Esta contaminación del aire se asocia al aumento de la morbilidad y la mortalidad, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, infecciones respiratorias agudas, asma y a los efectos nocivos en el embarazo como el parto prematura (menos de 37 semanas de gestación) y el bajo peso al nacer (menos de 2,500g) se han asociado con la exposición a la contaminación del aire (Souza, 2015).³

Imagen N°03.

LIMA METROPOLITANA: CONCENTRACION DIARIA DE MATERIAL PARTICULADO INFERIOR A 10 MICRAS (PM₁₀), EN LA ESTACIÓN DE MEDICIÓN DE SANTA ANITA – OCTUBRE 2021



µg/m³: Microgramo por metro cúbico. ECA: 100,0 µg/m³.
Fuente: Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI)-Dirección General de Investigación y Asuntos Ambientales.
Elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

En la zona Lima Este, la estación de medición de Santa Anita para el mes de octubre 2021, registró niveles altos de concentración del límite permitido del PM₁₀, es decir que algunos resultados superaron el ECA: 100,0 µg/m³ permitido, indicar que estas concentraciones altas oscilaron entre 101,3 µg/m³ (6 de octubre) a 127,4 µg/m³ (1 de octubre).

Vías y Medios de Comunicación

La población en el distrito de Ate, se moviliza principalmente por la Carretera Central, siendo esta a su vez la vía nacional de interconexión de Lima con el Centro del País.

Esta vía de acceso principal se encuentra cerrada en diferentes etapas que datan desde el año 2015 por lo cual, las rutas originales del transporte público y privado se ha visto alterada a medida que avanza la construcción de la línea 2 del Metro de Lima el cual unirá Ate con la Provincia Constitucional del Callao.

Actualmente, el transporte público y privado que transitarían por la Carretera Central lo vienen realizando por la Avenida José Carlos Mariátegui, en donde se encuentra la parte posterior del Hospital Vitarte.

Aspecto Socioeconómico y Cultural

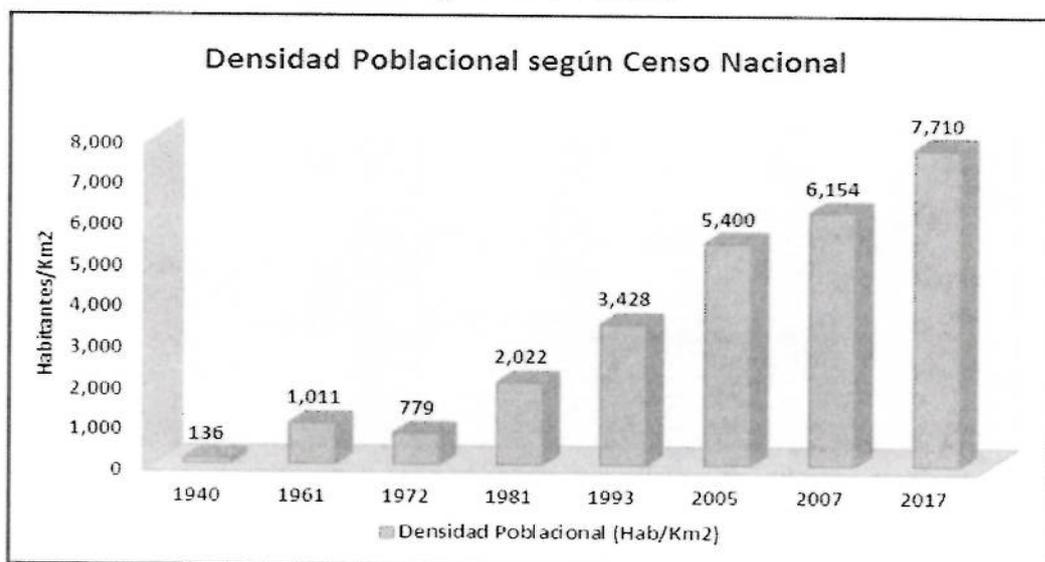
El idioma que predomina es el castellano, pero existen algunos sectores de los asentamientos humanos que hablan quechua debido que parte de su población está conformada por migrantes y desplazados por terrorismo de las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Puno, Junín, Cerro de Pasco, entre otros.

³ Informe Técnico. Estadísticas Ambientales. INEI octubre 2021 N° 11 noviembre 2021

Ate es el tercer distrito con mayor población en la provincia de Lima con un estimado de 688 mil habitantes⁴

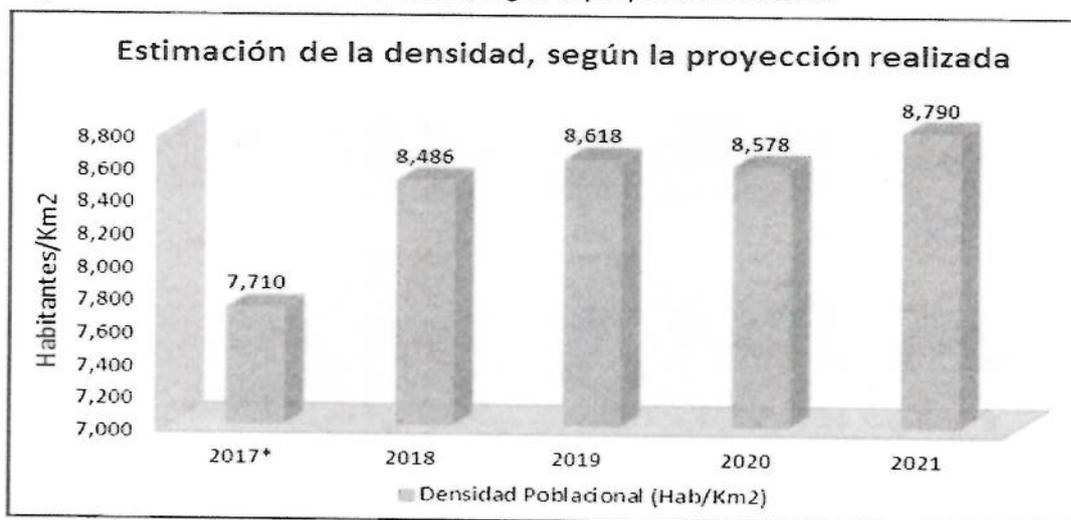
La densidad poblacional del distrito según el censo nacional del 2017 y su estimación al 2021 son las siguientes:⁵

Imagen N°04. Densidad Poblacional Según Censo Nacional



Elaborado: Gerencia de Planificación Estratégica - Sub Gerencia de Control Gerencial y Programación de Inversiones
Fuente: Censos Nacionales de los años 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2005, 2007 y 2017 - INEI.

Imagen N°05. Estimación de la densidad, según la proyección realizada



Elaborado: Gerencia de Planificación Estratégica - Sub Gerencia de Control Gerencial y Programación de Inversiones
Fuente: Repositorio único Nacional de Información en Salud, MINSA. En línea [http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp]
*En relación a las proyecciones obtenidas por el REUNIS, la SGC GPI ha realizado el cálculo para las estimaciones de la densidad poblacional del distrito.

⁴ INEI: Lima tiene casi 10 millones de habitantes. El Peruano. 17 de enero 2021.

⁵ Boletín N° 1 Población del Distrito de Ate – 2021. Gerencia de Planificación Estratégica – Municipalidad Distrital de Ate. Octubre 2021.

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
SERVICIO DE ASESORIA AL DIAGNÓSTICO
HOSPITAL VITARTE

HOSPITAL VITARTE
SERVICIO DE ASISTENCIA AL TRATAMIENTO

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
JEFATURA DE ENFERMERIA
HOSPITAL VITARTE

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL VITARTE

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL VITARTE

El comercio es la actividad donde labora el mayor porcentaje de la población de Ate, siendo los principales, bodegas, restaurantes, peluquerías, talleres de mecánica – factoría, librerías, farmacias y boticas, grifos – lubricantes, etc. Estos se encuentran en todas las urbanizaciones y asentamientos humanos de las diferentes zonas del distrito. También existe generación de actividades productivas de pequeñas y microempresas en el Parque Industrial de Huaycán y el Asesor.

En el distrito predomina la religión católica y se celebran distintas festividades en el transcurso del año.

Análisis Demográfico del Distrito de Ate⁶

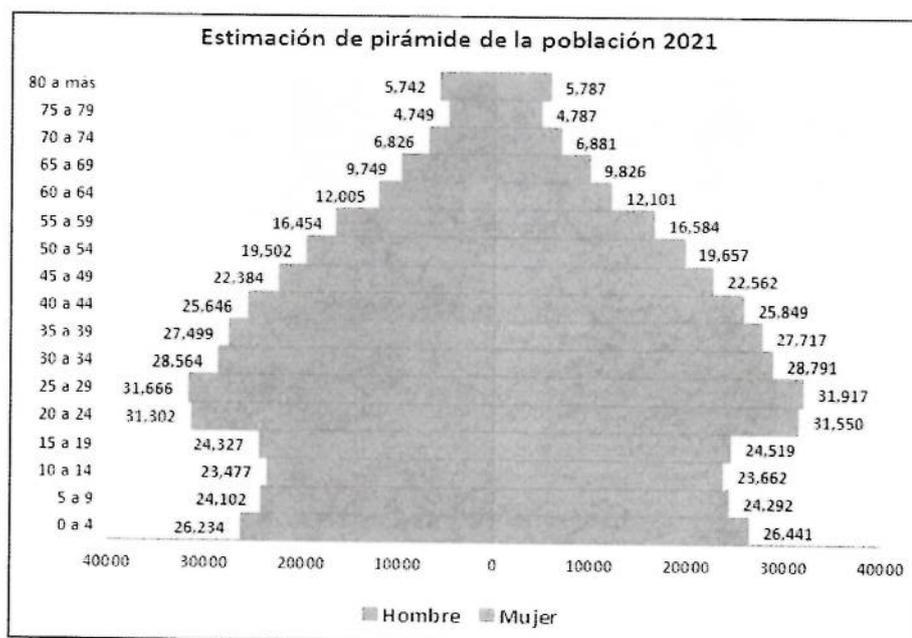
Con los datos realizados para la estimación de la población del año 2021, fue desarrollado la pirámide de población a fin de mostrar la composición por sexo y edades quinquenal al 2021.

En la pirámide se visualiza que el mayor índice de la población total del distrito corresponde a la población de 25-29 años con 31,917 mujeres y 31,666 hombres, seguido por el rango de 20-24 años que presenta 31,550 mujeres y 31,302 hombres.

También se observa que el menor índice poblacional se encuentra en el rango de 75-79 años con 4,749 hombres y seguido por 4,787 mujeres.

Además, en lo referido a la población femenina del distrito se puede observar que la población comprendida entre los 20-29 años es la más ancha en la pirámide y es esta, conjuntamente con la población entre 30-39 años dentro del periodo reproductivo de la mujer generando esto a futuro una base más amplia en los primeros años de vida.

Imagen N°06. Estimación de Pirámide de la Población 2021



Elaboración: Gerencia de Planificación Estratégica - Sub Gerencia de Control Gerencial y Programación de Inversión
Fuente: Reposición única Nacional de información en salud - MINSA en línea (http://www.minsa.gob.pe/repus) (vta:00000000_00000000)

⁶ Boletín N° 1 Población del Distrito de Ate – 2021. Gerencia de Planificación Estratégica – Municipalidad Distrital de Ate. Octubre 2021.

Del mismo modo se observa que dada la esperanza de vida de la población, el grupo etario de 80 a más se ve incrementado por lo cual, es de necesidad fortalecer estrategias de prevención, acciones sanitarias con programas y estrategias que nos permitan controlar y disminuir los riesgos en salud de los grupos poblacionales como binomio madre-niño y enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatías y riesgo de accidentes cerebro vasculares.

Por último, los grupos poblacionales comprendidos entre 20 a 65 años se encuentran dentro de la población económicamente activa (PEA) los cuales pueden sufrir accidentes laborales y en el desplazamiento hacia el centro de trabajo o a sus domicilios, accidentes de tránsito, envenenamiento, intoxicaciones, enfermedades infecto contagiosas, por lo cual es imprescindible fortalecer los servicios de Emergencia, Medicina y Cirugía.

Procedencia de la Población Atendida en el Hospital Vitarte

Perfil de procedencia de la población atendida por consultorio externo por distrito 2021

El presente año, los consultorios externos brindaron servicios en salud a la población hasta el 26 de enero 2021. Estas atenciones fueron suspendidas por la llegada de la segunda ola de la pandemia por COVID – 19 ya que esta UPSS venía funcionando en el Hospital Emergencia Ate Vitarte, Unidad Ejecutora 148.

Luego de la disminución de casos de la segunda ola, se reapertura la atención por Consulta Externa el día 14 de junio 2021.

Esta coyuntura pandémica por la COVID-19, justifica la disminución o el bajo número de pacientes atendidos en comparación a años anteriores.

Tabla N° 01. Atenciones En Consultorio Externo Por Procedencia 2021

ITEM	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	CASOS	PORCENTAJE
1	150103	LIMA	LIMA	ATE	65,632	66.03%
2	150118	LIMA	LIMA	LURIGANCHO	12,311	12.39%
3	150137	LIMA	LIMA	SANTA ANITA	8,651	8.70%
4	150111	LIMA	LIMA	EL AGUSTINO	1,114	1.12%
5	150132	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	905	0.91%
6	150114	LIMA	LIMA	LA MOLINA	715	0.72%
7	150101	LIMA	LIMA	LIMA	604	0.61%
8	150115	LIMA	LIMA	LA VICTORIA	487	0.49%
9	150107	LIMA	LIMA	CHACLACAYO	450	0.45%
10	150716	LIMA	HUAROCHIRI	SAN ANTONIO	410	0.41%
11	150513	LIMA	CAÑETE	SAN ANTONIO	349	0.35%
12	150135	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	280	0.28%
13	150142	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	228	0.23%
14	150133	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	201	0.20%
15	150140	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	183	0.18%
16	150123	LIMA	LIMA	PACHACAMAC	179	0.18%
17	150117	LIMA	LIMA	LOS OLIVOS	172	0.17%
18	150128	LIMA	LIMA	RIMAC	151	0.15%
19	150143	LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	151	0.15%
20	150110	LIMA	LIMA	COMAS	151	0.15%
TOTAL					99,402	100.00%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática

Perfil de procedencia de la Población atendida en Emergencia

Tabla N° 02. Atenciones En Emergencia Por Procedencia 2021

ITEM	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	CASOS	PORCENTAJE
1	150103	LIMA	LIMA	ATE	38,342	71.21%
2	150118	LIMA	LIMA	LURIGANCHO	6,433	11.95%
3	150137	LIMA	LIMA	SANTA ANITA	3,358	6.24%
4	150132	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	537	1.00%
5	150111	LIMA	LIMA	EL AGUSTINO	436	0.81%
6	150114	LIMA	LIMA	LA MOLINA	413	0.77%
7	150101	LIMA	LIMA	LIMA	276	0.51%
8	150107	LIMA	LIMA	CHACLACAYO	234	0.43%
9	150115	LIMA	LIMA	LA VICTORIA	221	0.41%
10	150716	LIMA	HUAROCHIRI	SAN ANTONIO	194	0.36%
11	150123	LIMA	LIMA	PACHACAMAC	175	0.33%
12	150135	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	116	0.22%
13	150513	LIMA	CAÑETE	SAN ANTONIO	102	0.19%
14	150142	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	100	0.19%
15	150133	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	99	0.18%
16	150143	LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	92	0.17%
17	150709	LIMA	HUAROCHIRI	HUAROCHIRI	87	0.16%
18	150128	LIMA	LIMA	RIMAC	71	0.13%
19	070101	CALLAO	CALLAO	CALLAO	70	0.13%
20	150134	LIMA	LIMA	SAN LUIS	63	0.12%
TOTAL					53,840	100.00%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática

El distrito de procedencia en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte fue mayoritariamente de pobladores de Ate con 71.21% del total de la población que solicita servicios de salud y solo el 28.79% dividido entre 19 distritos de la provincia de Lima y Huarochirí.

Razón de Emergencias por Consulta Externa 2021

$$\frac{\text{N° de atenciones médicas en la UPSS Emergencia}}{\text{N° de atenciones médicas en la UPSS C.E.}} = \frac{53,840}{99,402} = 0.54$$

La razón de emergencias por consulta externa durante el 2021 fue de 0.54, es decir la magnitud de atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa. Esto significa que fueron atendidos aproximadamente 54 pacientes en el Servicio de Emergencia por cada 100 pacientes de Consultorios Externos, estando encima del estándar.

Perfil de procedencia de la Población atendida en Hospitalización

En la siguiente tabla es posible visualizar que, en concordancia a la población atendida por los servicios de Consultorios Externos y Emergencia, la población atendida por el Servicio de Hospitalización hasta el mes de noviembre fue de 6,457 pacientes siendo el mayor porcentaje de atendidos procedentes del Distrito de Ate



Tabla N° 03. Egresos Hospitalarios Por Procedencia 2021

ITEM	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	CASOS	PORCENTAJE
1	150103	LIMA	LIMA	ATE	4,294	66.50%
2	150118	LIMA	LIMA	LURIGANCHO	999	15.47%
3	150137	LIMA	LIMA	SANTA ANITA	357	5.53%
4	150132	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	91	1.41%
5	150111	LIMA	LIMA	EL AGUSTINO	58	0.90%
6	150107	LIMA	LIMA	CHACLACAYO	42	0.65%
7	150101	LIMA	LIMA	LIMA	39	0.60%
8	150114	LIMA	LIMA	LA MOLINA	36	0.56%
9	150115	LIMA	LIMA	LA VICTORIA	35	0.54%
10	150716	LIMA	HUAROCHIRI	SAN ANTONIO	29	0.45%
11	150123	LIMA	LIMA	PACHACAMAC	27	0.42%
12	150513	LIMA	CAÑETE	SAN ANTONIO	24	0.37%
13	150128	LIMA	LIMA	RIMAC	14	0.22%
14	150109	LIMA	LIMA	CIENEGUILLA	13	0.20%
15	150133	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	12	0.19%
16	150142	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	12	0.19%
17	150709	LIMA	HUAROCHIRI	HUAROCHIRI	11	0.17%
18	150110	LIMA	LIMA	COMAS	11	0.17%
19	210113	PUNO	PUNO	SAN ANTONIO	10	0.15%
20	150143	LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	9	0.14%
TOTAL					6,457	100%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática



Tabla N° 04. Cartera de Servicios (R.D. N° 117-2019-DG-DMGS-OAJ-DIRISLE/MINSA)



SERVICIOS	AREA	CONSULTORIOS / ESPECIALIDADES / AMBIENTES / OFERTA DEL SERVICIO
SERVICIO DE MEDICINA	AREA DE MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA
	AREA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	GERIATRIA
		CARDIOLOGIA
		DERMATOLOGIA
		ENDOCRINOLOGIA
		GASTROENTEROLOGIA
		MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
		TERAPIA DE LENGUAJE
		TERAPIA FISICA
		NEUMOLOGIA
		NEUROLOGIA
		PSIQUIATRIA
		REUMATOLOGIA
SERVICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA	AREA DE CIRUGIA	CIRUGIA GENERAL
		CIRUGIA PEDIATRICA
		CIRUGIA PLASTICA
		OFTALMOLOGIA
		OTORRINOLARINGOLOGIA
		ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
		UROLOGIA
AREA DE ANESTESIOLOGIA	ANESTESIOLOGIA	
SERVICIO DE PEDIATRIA	AREA DE PEDIATRIA	PEDIATRIA
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA	AREA DE GINECOLOGIA	GINECOLOGIA
		GINECOLOGIA ONCOLOGICA
		CONTROL PRENATAL
		ARO -1
	ARO - 2	
	AREA DE OBSTETRICIA	CONSEJERIA
		MONITOREO FETAL
PLANIFICACION FAMILIAR		
PROFILAXIS Y ESTIMULACION PRENATAL		
SERVICIO DE EMERGENCIA	AREA DE EMERGENCIA	EMERGENCIA CIRUGIA
		EMERGENCIA GINECOLOGIA
		EMERGENCIA MEDICINA
		EMERGENCIA PEDIATRIA
SERVICIO DE ENFERMERIA	AREA DE ENFERMERIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS Y ESTRATEGIAS SANITARIAS	CRECIMIENTO Y DESARROLLO
		INMUNIZACIONES
		PROGRAMA TUBERCULOSIS
		CONSEJERIA INTEGRAL
	AREA DE ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACION	CENTRAL DE ESTERILIZACION
SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO	AREA DE LABORATORIO	BIOQUIMICA
		HEMATOLOGIA





Estructura Hospitalaria

Los elementos estructurales conformados por vigas, columnas, cimientos, muros estructurales y losas aligeradas, cuentan con una antigüedad de más de 60 años; estos elementos se encuentran comprometidos por la acción del tiempo y la carga recibida durante el paso de los años. Es preciso mencionar, que estos elementos estructurales no cumplen con la Norma Técnica E.060 CONCRETO ARMADO, del Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) dado que su construcción es anterior a la elaboración del RNE.

Al inicio de la atención, el diseño estructural de la institución fue para un establecimiento de salud de 1er nivel. Dada la gran demanda de pacientes que se viene atendiendo, pasó a convertirse en Hospital nivel II-I. En la actualidad, se configura de la siguiente manera.

PRIMER NIVEL

- Emergencia
- UVI
- Centro quirúrgico
- Diagnóstico por imágenes
- Admisión
- Hospitalización de Ginecología y Neonatología

SEGUNDO NIVEL

- Hospitalización de Medicina, Cirugía y Traumatología
- Laboratorio y banco de sangre
- Áreas administrativas

TERCER NIVEL

- Áreas administrativas
- Cuarto de maquinas
- Comedor 1 y 2

En el **primer nivel** se detalla la estructura con material noble al 100% en un sistema aporticado de zapatas, vigas y columna la cual viene soportando las cargas vivas y muertas establecidas por el segundo nivel. Con más de 60 años de antigüedad las paredes estructurales presentan eflorescencia en el sobre cimiento al cual se le brinda mantenimiento periódico. Así mismo, en el primer nivel se realizan diferentes remodelaciones debido a la gran demanda de pacientes ambulatorios de los diferentes servicios.

El **segundo nivel** está conformado aproximadamente por el 75% de material noble y el 25% establecido con el sistema tipo drywall. Así mismo, la estructura con más de 60 años de antigüedad ha estado sometidos a constantes sismos. En la inspección ocular en los ambientes de la institución luego de un sismo se visualizaron pequeñas fisuras, desprendimiento en revestimiento de mayólicas y pintura.



Imagen N°07. Planta Primer Nivel

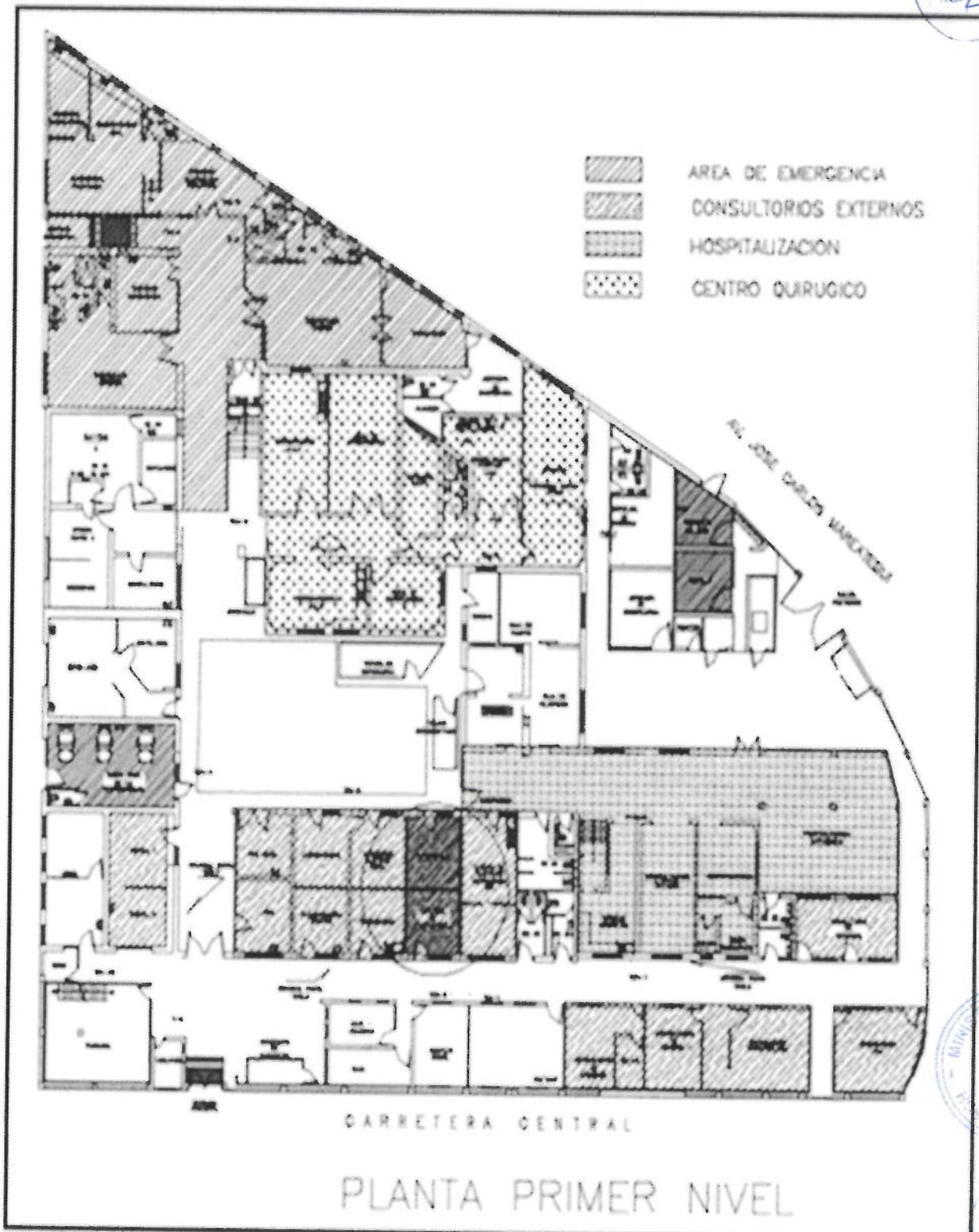
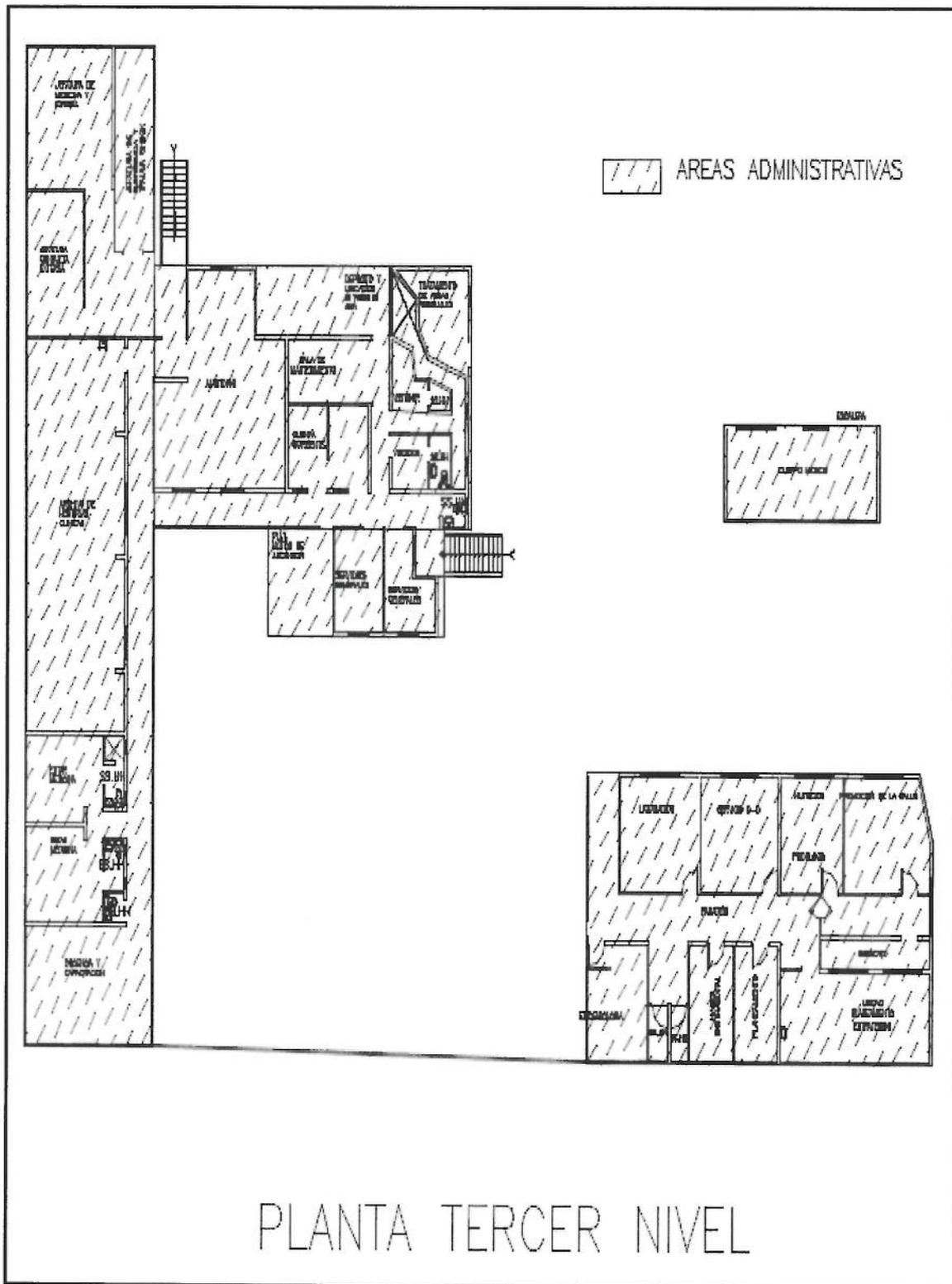


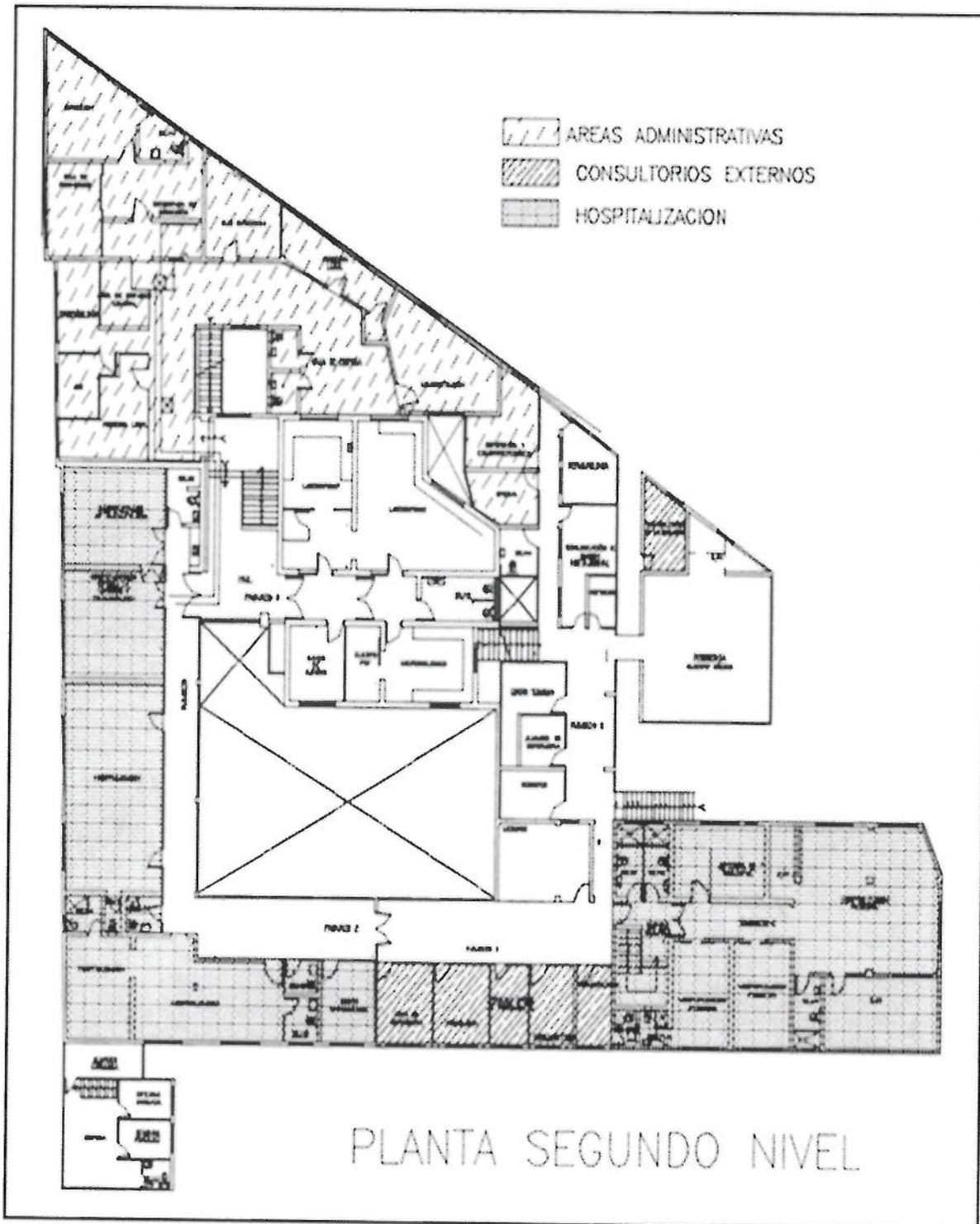
Imagen N° 09. Planta Tercer Nivel



El área que ocupaba el archivo de historias clínicas en el tercer nivel (actual comedor) fue afectada por el exceso de carga viva implementada sin la asesoría de un profesional, ocasionado por el acopio de historias con más de 5 años de antigüedad.

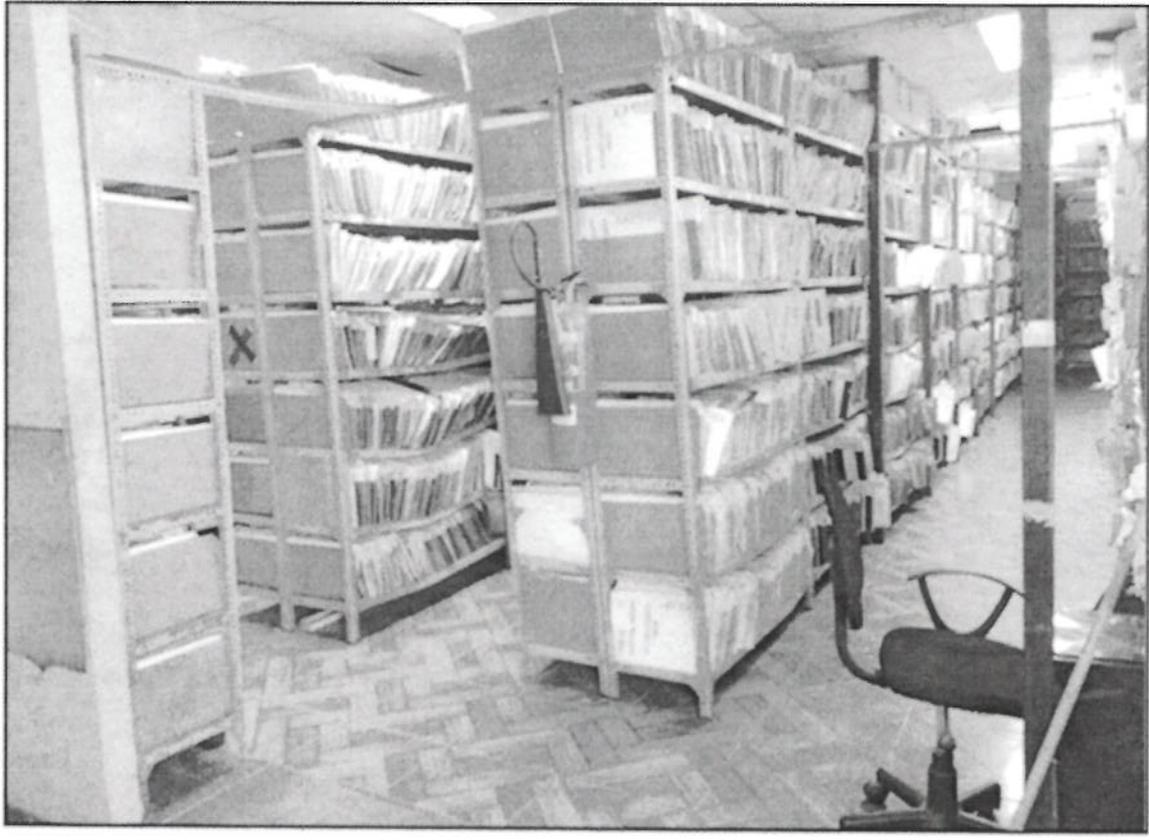


Imagen N° 08. Planta Segundo Nivel



En el **tercer nivel** la estructura al 100% es de material tipo drywall con cobertura de calamina de PVC. En este nivel se encuentran las áreas administrativas, comedor y cuarto de máquinas. En el 50% de la estructura mencionada, ha venido presentando fallas en el cielo raso, falla en las paredes de yeso seco, falla en las coberturas siendo estas atendidas por Servicios Generales.

Imagen N° 10. Archivo de Historias Clínicas



La estructura de la losa de concreto del área de hospitalización de cirugía presenta fisuras en las viguetas debido a la carga distribuida ocasionada por los anaqueles de historias clínicas, cada anaquel está pesando 600 kilos aproximado, los elementos estructurales no han sido diseñados para soportar estas cargas las cuales vienen siendo almacenado más de 5 años, se tomaron los datos y se proyectaron la deformación máxima de las vigas y los elementos estructurales los cuales no cumplen con el diseño para la carga de los anaqueles. A continuación, se muestran las siguientes imágenes y detalles de la actualidad de la estructura del servicio de hospitalización de cirugía. Se detalla el análisis de carga.

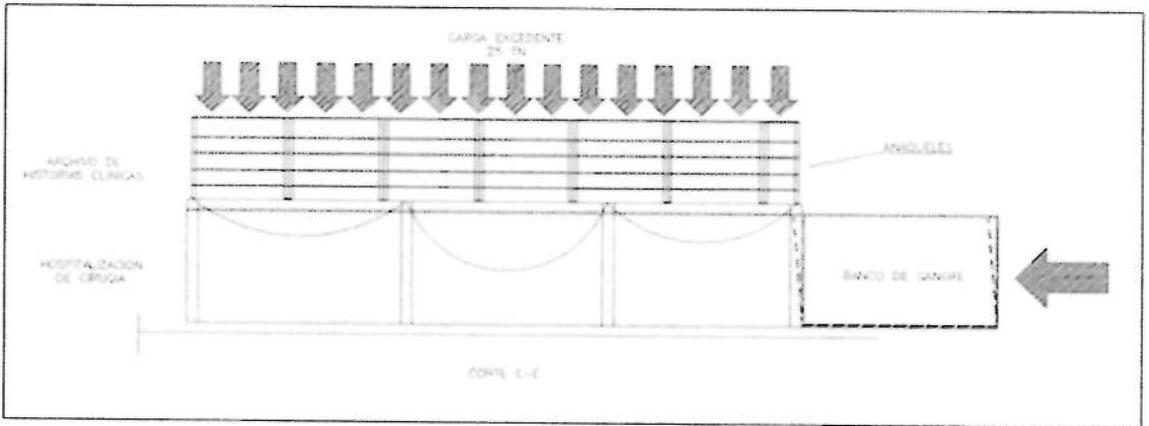
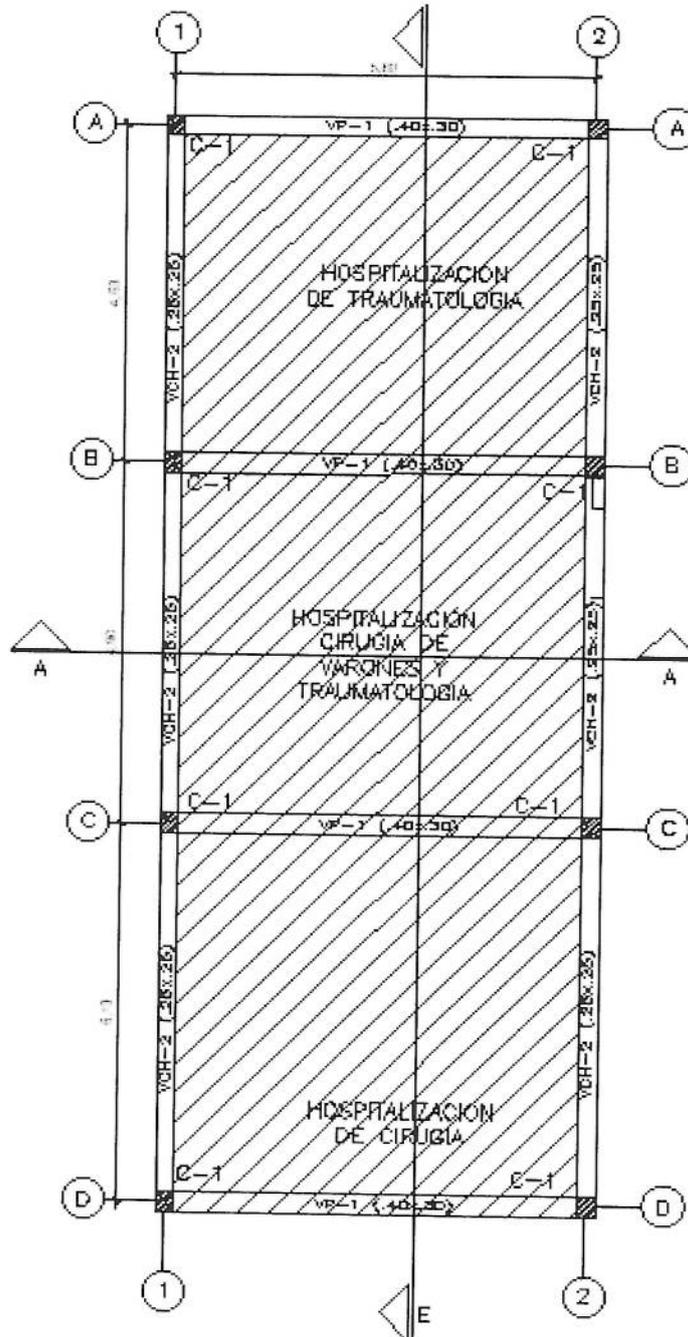


Imagen N° 11. Análisis de carga en el eje Y excedente ocasionado por acopio de Historias Clínicas

Imagen N° 12. Estructura 2 Nivel Hospitalización de Cirugía



peso específico del concreto 2400 kg/m³
 área total 86.81 m²
 espesor de losa 0.25 m
 volumen del concreto 21.70 m³
 carga muerta = 52 TN
 carga viva = 25 TN



PLANTA LOSA DE CONCRETO
 HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA



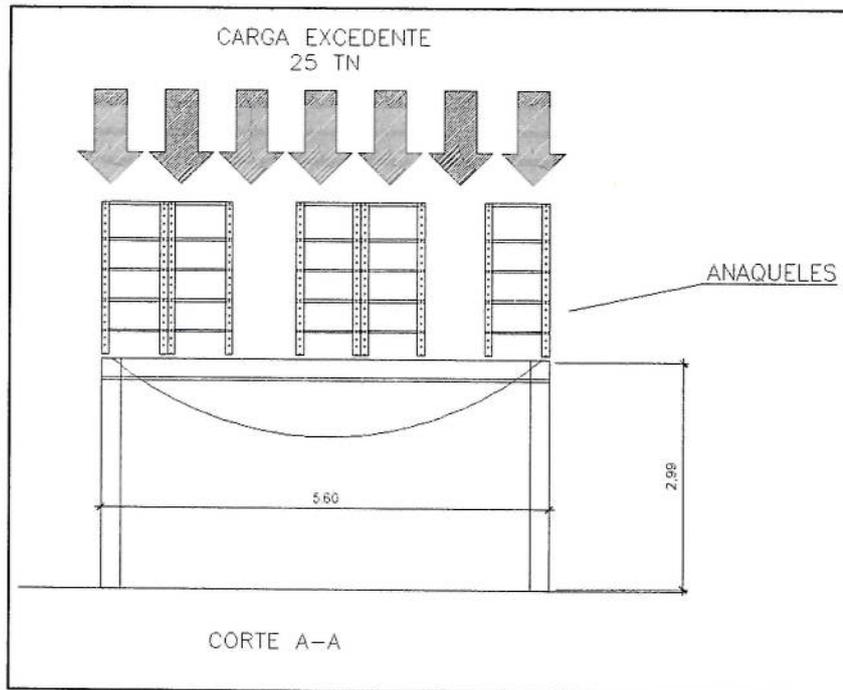


Imagen N° 13. Análisis de carga en el eje X excedente ocasionado por acopio de Historias Clínicas

En mención al RNE-NORMA E.020, capítulo 3 artículo 6 “se usará como mínimo los valores que se establecen en la tabla 1 para los diferentes tipos de ocupación o uso, valores que incluyen un margen para condiciones ordinarias de impacto”, en la actualidad tenemos una carga viva de 25 toneladas distribuido en un área de 86.81 m² lo que nos da 287.99 kgf/m² (2.824 kPa) lo que nos mantiene al margen de una falla estructural.

6.3. Evaluación de riesgos e impacto de los peligros

El escenario de riesgo es la representación de la interacción de los diferentes factores de riesgo (peligro y la vulnerabilidad), en un territorio y en un momento dado.

Significa una consideración pormenorizada de las amenazas (peligros) y vulnerabilidades y, como metodología, ofrece una base para la toma de decisiones sobre la intervención en reducción, revisión y control de riesgo⁷.

Según la prueba de laboratorio de testigos de diamantina realizada a la infraestructura, la estructura hospitalaria las columnas y vigas analizadas en la prueba de laboratorio, presentan diferentes porcentajes de afectación lo cual aumenta la vulnerabilidad estructural propia de una edificación construida hace más de 60 años. Esta vulnerabilidad aumenta por la presencia de diversos factores condicionantes tales como la carga que soporta por el peso de los pisos superiores, ante un sismo de gran intensidad en las costas de la región central del Perú teniendo como consecuencia las pérdidas de vidas humanas o daños a la salud de sus ocupantes, así como la pérdida de equipamiento, equipamiento médico y biomédico, indispensable para la continuidad operativa.

Entre los meses de marzo a noviembre del presente año, se registraron 74 sismos entre Lima y Callao, 43 sismos en Ica, y según el Instituto Geofísico del Perú (IGP), las mayores magnitudes se

⁷ Escenario de Riesgos. Cenepred.

registraron en junio (6.0Mw) y noviembre (5.2Mw). Luego de los sismos que llegaron a ser sentidos por su intensidad se presentaron las siguientes fallas estructurales.

- Deformaciones de losa aligerada, en el pasadizo fuera del área de hospitalización de medicina y pediatría en el segundo piso.
- Fisuras en losa aligerada, debajo del pasadizo fuera del área de hospitalización de medicina.
- Fisuras en viga de concreto armado en el ambiente de central de esterilización.
- Fisuras en muros de albañilería en el segundo piso y tercer piso.
- Desprendimiento de tarrajeo en las juntas sísmicas entre dos vigas de concreto armado de hospitalización de obstetricia y puerperio inmediato.

En la actualidad, el Hospital Vitarte, en materialización de un "Escenario Sísmico para Lima Metropolitana y Callao: Sismo 8.8 Mw. INDECI – DIPRE – CEPIG. 2017". Desencadenaría en el colapso total de la infraestructura del Hospital, puesto que, según los resultados desfavorables del ensayo de laboratorio de extracción de testigos de diamantina, los elementos estructurales del Hospital, no alcanzaron la resistencia mínima permitida según el Reglamento Nacional de Edificaciones Norma A.060 Concreto Armado; el Hospital tampoco cumpliría con la norma E.030 Diseño sismorresistente.

En cuanto a los componentes no estructurales, actualmente ocurren fallas en las redes principales de agua y desagüe del hospital, principalmente en los servicios de hospitalización de obstetricia y neonatología en el 1er piso, por contar con tuberías de acero galvanizado el cual tiene una vida útil de 10 años aproximadamente, ocasionando el aniego en las áreas críticas mencionadas.

La red de desagüe colapsa constantemente debido al mal diseño de la distribución de las cajas de registro, los diámetros de tuberías no han sido diseñados para un Hospital Nivel II-1.

El almacenamiento de agua potable, se ha ido implementando debido al incremento de demanda de atención en salud del hospital y debido al hacinamiento, se han implementado estructuras metálicas con la finalidad de poder abastecer el servicio de agua a todas las áreas, pero con el riesgo de colapso ante un sismo de gran intensidad.

Actualmente, el hospital cuenta con un suministro de energía eléctrica externo de una potencia máxima de 137kW; sin embargo, debido a la alta demanda de servicios en salud, se han implementado equipos biomédicos y cargas especiales generando una sobredemanda de energía eléctrica en las horas de mayor atención provocando caídas de tensión, fallas y/o deterioro de los equipos biomédicos, sobrecalentamiento de los conductores eléctricos ocasionando un riesgo de corto circuito y posible incendio.

Además, contamos con una planta de tratamiento de agua blanda, conformado por equipos electromecánicos como compresora de aire de 80lt. Electrobomba, ablandador de agua, los cuales funcionan las 24hrs del día. El compresor de aire genera entre 80 – 90 decibeles ocasionado vibraciones en la losa aligerada sobre la cual se encuentra el servicio de laboratorio en el 2do piso generando la descalibración de los equipos biomédicos.

También, el tercer nivel del Hospital Vitarte cuenta cobertura de calamina de polipropileno y policarbonato, las cuales presentan deformación por exceder el tiempo de vida útil, ocasionando filtraciones y consiguiente riesgo eléctrico en todo el tercer nivel ya que el sistema de drenaje pluvial (canaletas de acero galvanizado) se encuentran obstruido por las condiciones ambientales (polución, desechos orgánicos de palomas) ocasionando embalse en los corredores principales y también riesgo eléctrico.

6.3.1. Caracterización del Peligro

Dentro de los eventos adversos de origen natural o antrópico que pudieran afectar al Hospital Vitarte, un sismo de gran intensidad puede tener como consecuencia un colapso de la infraestructura y/o un incendio de grandes proporciones interno o externo a la infraestructura, afectarla y hacerla inhabitable. Estos peligros entre otros pueden afectar la continuidad operativa de las UPSS que brindan los servicios en salud a la población.

TABLA 05: ASPECTOS RELACIONADOS CON LA UBICACIÓN DEL HOSPITAL VITARTE

Peligro	No existe	Bajo	Medio	Alto	Observaciones
Fenómenos geológicos					
Sismos				X	Por la ubicación dentro del mapa de riesgo sísmico. Antecedentes de Terremotos en la ciudad de Lima.
Fenómenos Hidro-meteorológicos					
Lluvias torrenciales			X		Frecuentes lloviznas en temporada de invierno y durante evento "Niño Costero"
Penetraciones del mar o Río (Inundaciones)		X			Crecida del Río Rímac
Deslizamientos	X				
descenso de temperatura, Variabilidad climática			X		incremento de enfermedades respiratorias
Fenómenos Sociales					
Concentraciones de población, Conflicto social				X	En caso de manifestaciones
Personas desplazadas, Movilización de masas				X	
Accidentes de Tránsito				X	
Inseguridad ciudadana				X	
Fenómenos sanitarios-ecológicos					
Epidemias				X	PANDEMIA COVID 19.
Contaminación (sistema)				X	Contaminación por vehículos motorizados.
Plagas			X		Roedores, insectos.
Otros (especificar)			X		TBC, DENGUE, PALOMAS
Fenómenos Químicos-tecnológicos					
Contaminación Externa e interna (sistema), fuga de materiales peligrosos				X	Producto de las características de las viviendas en la zona
Explosiones, incendios en la Institución /desastre int.				X	
Contaminación por tránsito vehicular				X	

Fuente: ISH 2020 Hospital Vitarte



6.3.1.1. Sismo de Gran Magnitud en Lima y Callao

El proceso de convergencia y subducción de la placa de Nazca (oceánica) por debajo de la sudamericana (continental) con velocidades promedio del orden de 7-8 centímetros por año, se desarrolla en el borde occidental del Perú. Este proceso da origen a sismos de diversas magnitudes y focos, ubicados a diferentes profundidades, todos asociados a la fricción de ambas placas (oceánicas y continental) a la deformación de la corteza a niveles superficiales y a la deformación interna de la placa oceánica por debajo de la cordillera. La distribución espacial de esta sismicidad ha permitido definir la existencia de tres principales fuentes sismogénicas.

- La superficie de fricción entre las placas de Nazca y sudamericana, presentes en el borde occidental del Perú (entre la fosa y la línea de costa), da origen a los sismos más importantes, en cuanto a su magnitud ($M_w > 8,0$ e intensidad de sacudimiento del suelo. Muchos de estos eventos fueron acompañados de tsunamis que incrementaron el daño, principalmente en zonas costeras.

El concepto de lagunas sísmicas supone que, a lo largo de la superficie de contacto entre las placas tectónicas donde no han ocurrido sismos de gran magnitud durante mucho tiempo y que está rodeada por otras donde sí ocurrieron sismos, es un área donde la deformación se está acumulando y la energía solo se liberaría con la ocurrencia de un sismo de gran magnitud.

De acuerdo con la distribución espacial de las áreas de ruptura en el borde occidental del Perú, para la región centro se ha identificado la presencia de una laguna sísmica que probablemente viene acumulando deformación desde el año 1746, fecha en que habría ocurrido, quizás el evento sísmico de mayor magnitud en el Perú. Los sismos ocurridos en los años 1940, 1966, 1970, 1974 y 2007 presentaron magnitudes iguales o menores a $M 8.0$; por lo tanto no habrían liberado el total de la energía aún acumulada en la región central⁸

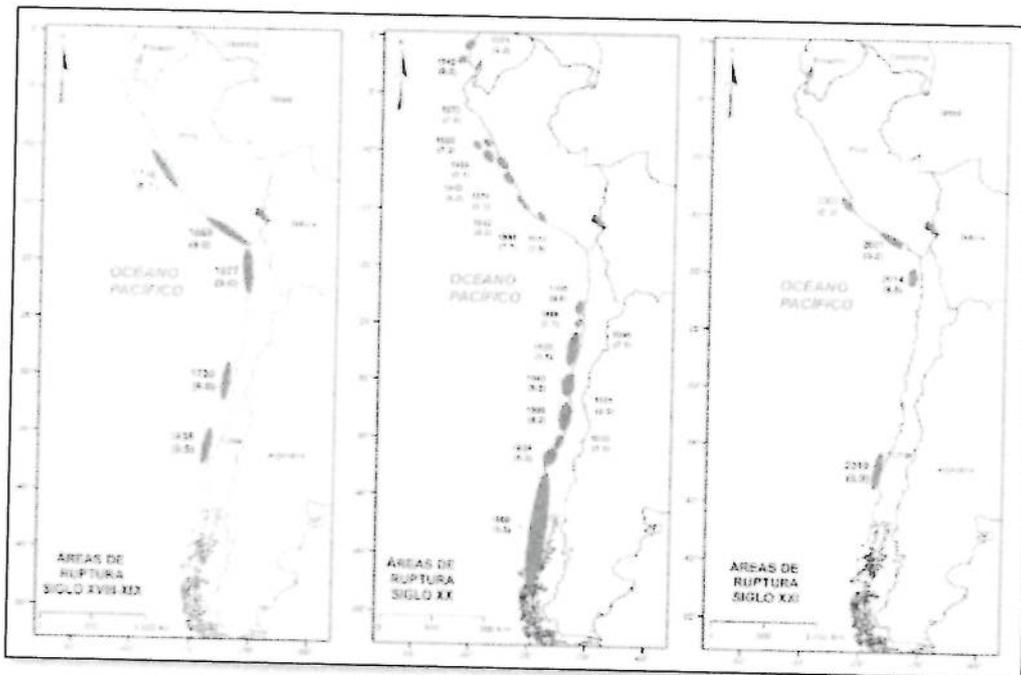


Imagen 14. Mapa de las principales áreas de ruptura de sismos históricos ocurridos en el borde occidental.

⁸ Evaluación del peligro asociado a los sismos y efectos secundarios en Perú.

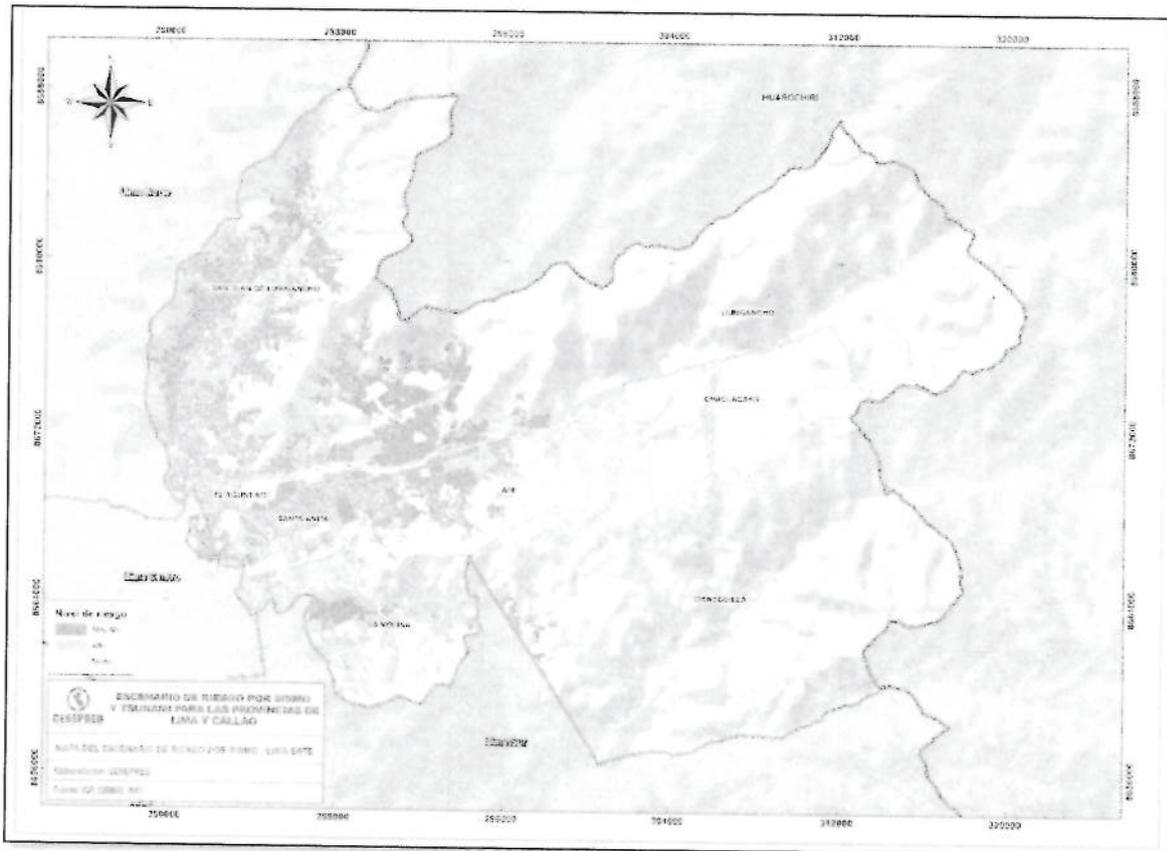
El Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres (CENEPRED) en el Escenario de riesgo por sismo y Tsunami para lima y Callao, determinó el siguiente escenario de riesgo sísmico para los distritos de Lima Este.

Tabla N° 06. Nivel de Riesgo para población y viviendas en Lima Este.

Nivel de Riesgo		Muy Alto		Alto		MEDIO	
		Elementos expuestos					
DISTRITOS		Viviendas	Población	Viviendas	Población	Viviendas	Población
1	ATE	101,093	361,554	64,107	214,757	0	0
2	CHACLACAYO	0	0	7,323	30,061	3,735	11,512
3	CIENEGUILLA	3,985	11,358	5,254	17,401	692	2,064
4	EL AGUSTINO	47,929	184,138	3,794	12,740	0	0
5	LA MOLINA	5,832	20,194	38,440	119,053	0	0
6	LURIGANCHO	34,852	106,723	18,475	53,320	20,405	62,875
7	SAN JUAN DE LURIGANCHO	231,039	836,440	43,537	149,382	0	0
8	SANTA ANITA	53,014	183,585	3,383	12,149	0	0
TOTAL GENERAL		477,744	1,703,992	184,313	608,863	24,832	76,451

Fuente: Elaborado por CENEPRED

Imagen 15. Mapa del Escenario de riesgo sísmico para Lima Este



En el apartado de impacto en sectores del Escenario de Riesgo de CENEPRED, para el análisis de la fragilidad de los establecimientos de salud se tomó en cuenta las normativas de construcción y edificaciones del país, la primera de éstas entró en vigor en el año 1970, considerando el

6.3.1.2 Incendios y explosiones

Los incendios son fenómenos generados por el fuego no controlado, que puede ser de grandes proporciones, y presentarse de manera súbita o gradual. Se clasifican en industriales, urbanos, de transportación y forestales.

Índice de Seguridad Hospitalaria

El índice de seguridad hospitalaria (ISH) es un instrumento para evaluar la seguridad y los puntos vulnerables del hospital, formular recomendaciones acerca de las medidas necesarias y promover medidas de bajo costo y gran repercusión para mejorar la seguridad y fortalecer la preparación frente a emergencias.

CONCEPTO DE INDICE DE SEGURIDAD. - El Índice de Seguridad Hospitalaria es una herramienta de evaluación rápida, confiable, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en caso de desastre.

CONCEPTO DE INDICE DE VULNERABILIDAD. - Determina la susceptibilidad o el nivel de un daño esperado en la infraestructura, equipamiento y funcionalidad de un establecimiento hospitalario frente a un desastre determinado.

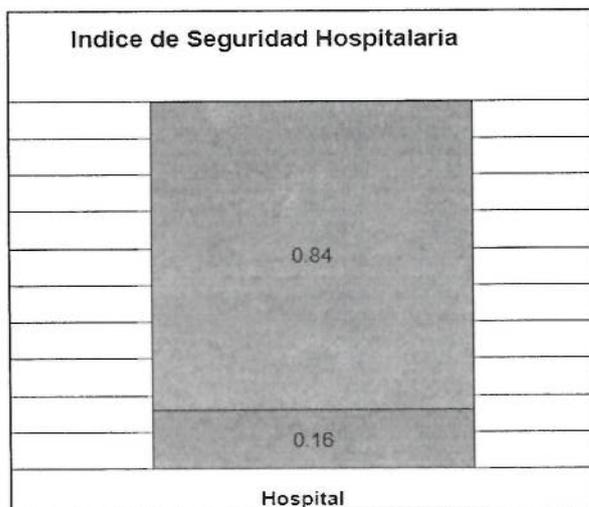
RESULTADO DEL INDICE DE SEGURIDAD Y VULNERABILIDAD

Índice de Seguridad	0.16
Índice de Vulnerabilidad	0.84

Clasificación del establecimiento: C

Índice de seguridad	Categoría	¿Qué se tiene que hacer?
0-0.35	C	Se requieren medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre.
0.36-0.65	B	Se requiere medidas necesarias en el corto plazo ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre.
0.66-1	A	Aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres.

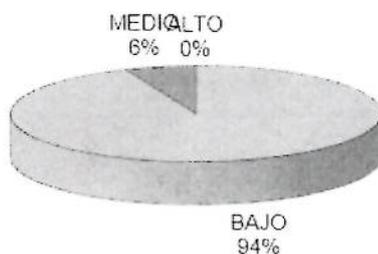




El presente gráfico representa el resultado total del ISH para el Hospital en el cual se muestra el indicador de Vulnerabilidad de 0.84, derivando **EL RESULTADO DEL ISH EN 0.16**, el modelo matemático es la categoría "C", lo cual nos lleva a considerar acciones inmediatas frente a las observaciones planteadas para cada componente a fin de llegar a la seguridad adecuada que debería tener el establecimiento de salud.

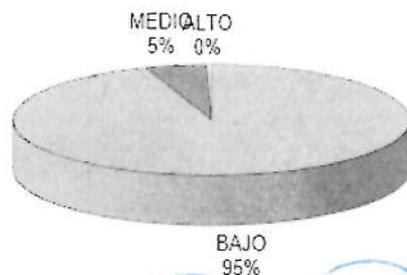
GRAFICOS POR RESULTADOS

Seguridad Estructural

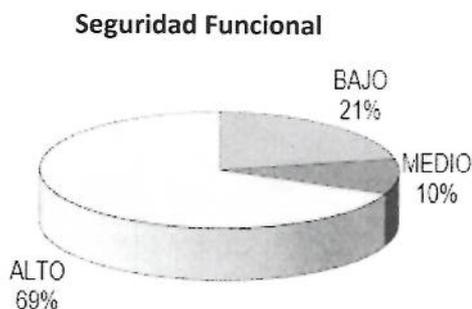


El grafico nos muestra que, en el caso del componente estructural, seguridad alto representa un 0%, el grado medio un 6% y el grado bajo un 94%, lo que conlleva a analizar la problemática existente y poner en práctica las mejoras propuestas a fin de reducir este indicador y disminuir la vulnerabilidad frente a un evento adverso.

Seguridad No Estructural



En el gráfico se observa que el grado de seguridad alto representa un 0%, el grado medio un 5% y el grado bajo un 95% relacionado a la seguridad del componente no-Estructural. Lo que significa que el Hospital se encuentra vulnerable e inseguro ante un evento adverso. Se requieren medidas urgentes para mitigar los problemas encontrados en la evaluación.



La capacidad operativa del Hospital durante y después de un desastre se estima también en función de la organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones adversas que se puedan presentar. Esto refleja que, en la evaluación del componente funcional, la seguridad del establecimiento de salud se encuentra en un nivel alto en 69%, Medio con 10% y Bajo en 21% y con respecto al conocimiento y actitud del personal que labora en la institución.

6.4. Antecedentes del traslado

Con Oficio N° 038-2020-MDA/GDE-SGGRD del 16 de octubre de 2020, la Municipalidad Distrital de Ate remite el Informe N° 006-2020-JBHL-EAPC-EFMM-SGGRD-GDE/MDA, que “concluye que desde el punto de vista de la Gestión del Riesgo de Desastres su organización en estudio, a nivel estructural, luego de la Inspección de riesgo es calificada como **RIESGO MUY ALTO PARA INCENDIO TOTAL Y COLAPSO INMINENTE, toda vez que el local se convertiría en una trampa mortal tanto para el personal médico como pacientes internados y ambulatorios.**”

Esta inspección motivo acciones de mantenimiento y correcciones. El área de Servicios Generales realizó el informe de la carga en la infraestructura según el Informe Técnico N° 12 el cual se encuentra en el numeral 6.2 de estado situacional, generando el traslado del área de archivo hacia otros ambientes que no generen mayor afectación a la infraestructura.

Por último, mediante Oficio N° 1154-2021-DGOS/MINSA, adjunta el Informe N° 179-2021-UFM-DIEM-DGOS/MINSA, que hace referencia al Oficio N° D003446-2021-PCM-SC en donde requieren información relacionada al riesgo de incendio y colapso en el Hospital Vitarte.

El informe N° 179-2021-UFM-DIEM-DGOS/MINSA, comunica que luego de la inspección ocular y describir el estado situacional de la arquitectura y las instalaciones eléctricas encontradas, concluye lo siguiente:

3.1. El Hospital en coordinación con la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, deberá realizar el estudio de vulnerabilidad y/o prueba de diamantina para determinar el estado del sistema estructural y determinar la posible solución por los órganos correspondientes, sea éste reforzar o demoler.



3.2. Se recomienda al hospital ejecutar actividades de mantenimiento de la infraestructura, para garantizar la salud del personal asistencial, personal de limpieza y pacientes en tanto se realicen las actividades que correspondan.

3.3. Asimismo, siempre que primero se descarte el riesgo de colapso estructural del Hospital, el riesgo eléctrico puede atenderse con actividades de mantenimiento.

Es por esta razón que mediante Informe N° 210-2021-UFGRED-HV, se requiere a la Dirección el Servicio de ensayo de laboratorio para extracción de testigos de diamantina.

La ejecución del servicio de laboratorio para analizar los testigos de diamantina extraídos en el mes de agosto, dividió la infraestructura del hospital en 04 módulos según la siguiente imagen

Imagen N° 17. Distribución por Módulos el Área del Hospital Vitarte – Prueba de Diamantina



Imagen 18. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina y Esclerometría

4. RESULTADOS DE ENSAYO

4.1. Resistencia a la compresión

MÓDULO 1			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm ²)
1836-00-21	D-1	COLUMNA	118.3
1837-00-21	D-2	COLUMNA	128.1
1838-00-21	D-3	COLUMNA	132.1
1839-00-21	D-4	COLUMNA	137.9
1840-00-21	D-5	COLUMNA	140.1
1841-00-21	D-6	COLUMNA	142.1
1842-00-21	D-7	COLUMNA	139.1
1849-00-21	V-1	VIGA	187.0

MÓDULO 2			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm ²)
1843-00-21	C-1	COLUMNA	136.8
1844-00-21	C-2	COLUMNA	138.0
1845-00-21	C-3	COLUMNA	157.8
1846-00-21	C-4	COLUMNA	101.4
1847-00-21	C-5	COLUMNA	44.4
1848-00-21	C-6	COLUMNA	65.0
1850-00-21	V-2	VIGA	189.9

MÓDULO 3			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm ²)
1852-00-21	C-1	COLUMNA	161.9
1853-00-21	C-2	COLUMNA	132.2
1854-00-21	C-3	COLUMNA	108.6
1855-00-21	C-4	COLUMNA	125.4

[Handwritten Signature]
 INGENIERA LYDIE
 INGENIERA CIVIL
 C.O.P. Nº 121234



Imagen 19. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina y Esclerometría

MÓDULO 4			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm)
1851-00-21	V-3	VIGA	99.6
1856-00-21	C-1	COLUMNA	72.5
1857-00-21	C-2	COLUMNA	56.1
1858-00-21	C-3	COLUMNA	102.1
1859-00-21	C-4	COLUMNA	118.6

4.2. Esclerometría

MÓDULO 1			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm)
1836-00-21	D-1	COLUMNA	136.4
1840-00-21	D-5	COLUMNA	136.4
-	P-1	VIGA	126.6
-	P-22	VIGA	130.3
-	P-23	VIGA	132.7
-	P-24	VIGA	131.6

MÓDULO 2			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm)
1843-00-21	C-1	COLUMNA	132.7
1844-00-21	C-2	COLUMNA	134.0
1845-00-21	C-3	COLUMNA	132.6
-	P-12	VIGA	133.1
-	P-13	VIGA	132.1
-	P-14	VIGA	136.6
-	P-15	VIGA	133.5

[Firma]
 IRMA
 COADJUNTA LAYME
 INGENIERA CIVIL
 C. O. Nº 121204

Imagen 20. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina, Esclerometría y Carbonatación.

MÓDULO 3			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm)
1852-CO-21	C-1	COLUMNA	133.5
1853-CO-21	C-2	COLUMNA	133.1
-	P-16	VIGA	134.4
-	P-17	VIGA	134.7
-	P-21	VIGA	131.3

MÓDULO 4			
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO (Kg/cm)
1851-CO-21	V-3	VIGA	130.5
1855-CO-21	C-3	COLUMNA	129.3
1859-CO-21	C-4	COLUMNA	131.5
-	P-18	VIGA	135.6
-	P-19	VIGA	135.0
-	P-20	VIGA	132.5

[Firma]
 JERIMA
 C. CALDERA LAYME
 INGENIERA CIVIL
 C. P. E. N. N. 121204

4.3. Carbonatación

MÓDULO 1					
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACION	ELEMENTO	RESULTADO		VALORACIÓN
			PROFUNDIDAD PROMEDIO (DK) (mm)	VELOCIDAD CARBONATACION	
1836-CO-21	D-1	COLUMNA	16.1	2.229	Resistencia Alta
1837-CO-21	D-2	COLUMNA	22.4	3.111	Resistencia Mediana
1838-CO-21	D-3	COLUMNA	59.2	8.211	Resistencia Baja
1839-CO-21	D-4	COLUMNA	66.4	9.490	Resistencia Baja
1840-CO-21	D-5	COLUMNA	82.2	11.399	Resistencia Baja
1841-CO-21	D-6	COLUMNA	44.7	6.205	Resistencia Baja
1842-CO-21	D-7	COLUMNA	50.0	6.925	Resistencia Baja

Imagen 21. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina, Esclerometría y Carbonatación.

1843-CO-21	V-1	VIGA	93.4	12.955	Resistencia Baja
------------	-----	------	------	--------	------------------

MÓDULO 2					
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACIÓN	ELEMENTO	RESULTADO		VALORACIÓN
			PROFUNDIDAD PROMEDIO (Dk) (mm)	VELOCIDAD CARBONATACIÓN	
1843-CO-21	C-1	COLUMNA	34.1	4.735	Resistencia Mediana
1844-CO-21	C-2	COLUMNA	47.3	6.555	Resistencia Baja
1845-CO-21	C-3	COLUMNA	29.1	4.041	Resistencia Mediana
1846-CO-21	C-4	COLUMNA	1.2	0.166	Resistencia Alta
1847-CO-21	C-5	COLUMNA	1.8	0.247	Resistencia Alta
1848-CO-21	C-6	COLUMNA	1.7	0.235	Resistencia Alta
1850-CO-21	V-2	VIGA	1.7	0.230	Resistencia Alta

MÓDULO 3					
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACIÓN	ELEMENTO	RESULTADO		VALORACIÓN
			PROFUNDIDAD PROMEDIO (Dk) (mm)	VELOCIDAD CARBONATACIÓN	
1852-CO-21	C-1	COLUMNA	45.6	6.329	Resistencia Baja
1853-CO-21	C-2	COLUMNA	59.5	8.252	Resistencia Baja
1854-CO-21	C-3	COLUMNA	1.7	0.234	Resistencia Alta
1855-CO-21	C-4	COLUMNA	1.9	0.259	Resistencia Alta

MÓDULO 4					
CÓDIGO DE MUESTRA	IDENTIFICACIÓN	ELEMENTO	RESULTADO		VALORACIÓN
			PROFUNDIDAD PROMEDIO (Dk) (mm)	VELOCIDAD CARBONATACIÓN	
1851-CO-21	V-3	VIGA	29.4	4.090	Resistencia Mediana
1856-CO-21	C-1	COLUMNA	1.6	0.255	Resistencia Alta

CADURA LAYMI
 INGENIERA CIVIL
 N.º 171236

Imagen 22. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina, Esclerometría y Carbonatación.

1857-CO-21	C-2	COLUMNA	1.9	0.263	Resistencia Alta
1858-CO-21	C-3	COLUMNA	1.8	0.248	Resistencia Alta
1859-CO-21	C-4	COLUMNA	1.9	0.257	Resistencia Alta

Resumen de los Resultados

Teniendo en cuenta que, de acuerdo a lo descrito por el Reglamento Nacional de Edificaciones, Norma E060 CONCRETO ARMADO, suponiendo que los recubrimientos de acero de refuerzo son de 40mm, por lo tanto, todos los elementos de concreto armado con profundidades de Carbonatación (Dk) mayor a 40mm ya están expuestas al fenómeno de corrosión del acero.

Actualmente de acuerdo con los resultados obtenidos:

- **Módulo 1** el 75% de la estructura ya se encuentra comprometido por efecto de carbonatación
- **Módulo 2** el 42% de la estructura ya se encuentra comprometido por efecto de carbonatación.
- **Módulo 3** el 50% de la estructura ya se encuentra comprometido por efecto de carbonatación
- **Módulo 4** el 20% de la estructura ya se encuentra comprometido por efecto de carbonatación.

Respecto a los resultados de compresión obtenidos de las extracciones diamantinas y esclerómetro día se evidencia el siguiente cuadro de resumen

Imagen 23. Resultados de los Ensayos de la Prueba de la Diamantina, Esclerometría y Carbonatación.

Resultado	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4
Numero Ensayos	14	13	9	11
Maximo	197	160	162	136
Minimo	118	44	109	73
Promedio	138	125	133	116
Desviacion Estandar	18.2	31.2	13.7	22.2

Por el resultado obtenido en las pruebas de diamantina realizado en el primer piso de la infraestructura hospitalaria que sostienen los pisos 2 y 3, es que se ha concluido en la necesidad de realizar acciones inmediatas a fin de salvaguardar la vida y la salud de los ocupantes de la institución, por lo cual se plantea la siguiente redistribución de la ocupación de la torre de consulta externa y el siguiente cronograma de acciones a fin de iniciar el traslado de las UPSS del Hospital Vitarte a la infraestructura del Hospital Emergencia Ate Vitarte.



7. PLANIFICACIÓN DEL TRASLADO

El diseño de este plan se inicia con la conformación de un grupo de trabajo el cual ha sido aprobado mediante Resolución Directoral N° 240 -2021-HV-D, el cual recogerá las necesidades de las UPSS y Unidades administrativas en cuanto a ambientes prestacionales y ambientes para el desarrollo de las actividades administrativas del Hospital Vitarte.

La sub área de Patrimonio conjuntamente con Servicios Generales verificará cuales son los equipos y/o mobiliario que se trasladará a la nueva sede. En caso de considerarse que faltan equipos o mobiliarios, oficializar esto a través de un documento dirigido a DIRIS, especificando el equipo a necesitar.

El traslado de estos equipos y mobiliarios se realizará mediante un vehículo de carga de mercancía alquilado por el Hospital Vitarte.

El traslado de pacientes se realizará gradualmente según el cronograma. El traslado se realizará paciente por paciente en las ambulancias del Hospital.

Ejecución del Traslado

El traslado se efectuará en 2 fases de una semana cada una de ellas.

- **En la primera fase**, se trasladarán las UPSS de Pediatría, Gineco – Obstetricia, Centro Obstétrico, se trasladarán en la tercera y cuarta semana de diciembre y Central de Esterilización, Apoyo al Diagnóstico, Apoyo al Tratamiento y Centro Quirúrgico. Este último se realizará entre la cuarta semana de diciembre 2021 y la segunda semana de enero 2021.
- **En la Segunda Fase**, se trasladarán las UPSS de Cirugía en 2 semanas y SIS – SOAT. Además, se trasladará la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo de Emergencias y Desastres, áreas de Asesoría Legal, Comunicaciones, Calidad, Telesalud, REFCON, Estadística e Informática, Epidemiología y Saneamiento Ambiental, Docencia e Investigación, Administración, Planeamiento Estratégico y Control Interno.

8. CRONOGRAMA

El cronograma que se plantea será ejecutado según el cuadro adjunto en la siguiente página.

9. PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR REFERENCIAL
Alquiler de camioneta de transporte de mercancía por 01 mes	S/ 11,000.00



Tabla N° 08. CRONOGRAMA DE TRASLADO DE UPSS DE UE 050 A UE 148

ACTIVIDADES	2da Sem. Dic 2021	3ra Sem. Dic 2021	4ta Sem. Dic 2021	1era Sem. Enero 2022	2da Sem. Enero 2022
Adecuación de ambientes	X				
Traslado de UPSS Pediatría		X	X		
Traslado de UPSS Gineco – Obstetricia		X	X		
Traslado de UPSS Centro Obstétrico		X	X		
Traslado de UPSS Central de Esterilización			X	X	X
Traslado de UPSS Centro Quirúrgico			X	X	X
Traslado de UPSS Cirugía				X	X
Traslado de UPSS Medicina				X	X
Traslado de UPSS Emergencia				X	X
Traslado de UPSS Enfermería				X	X
Traslado de UPSS Odontología				X	X
Traslado de UPSS Apoyo al Diagnóstico			X	X	X
Traslado de UPSS Apoyo al Tratamiento			X	X	X
Traslado de UPS UFGRED				X	X
Traslado de UPSS SIS – SOAT				X	X
Traslado de Área de Asesoría Legal				X	X
Traslado de Oficina de Control Interno				X	X
Traslado de Área de Comunicaciones				X	X
Traslado de Área de Calidad				X	X
Traslado de Área Telesalud				X	X
Traslado de REFCON				X	X
Traslado de UPS Estadística e Informática				X	X
Traslado de UPS Epidemiología y Saneamiento Ambiental				X	X
Traslado de UPS Docencia e Investigación				X	X
Traslado de UPS Administración				X	X
Traslado de UPS Planeamiento Estratégico				X	X



10. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y la ejecución del Plan, estará a cargo de la Unidad de Planeamiento Estratégico.

11. ANEXOS

- Anexo 1. Equipo de Traslado del Hospital Vitarte.

EQUIPO DE TRASLADO HOSPITAL VITARTE	
INTEGRANTE	CARGO
Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez	Presidente

TITULARES	CARGO	SUPLENTES
M.C. Danny Ángel Vergel Moncada	Miembro	M.C. Johan Eduardo Medrano Álvarez
M.C. Alex Moisés Rosas Prieto	Miembro	M.C. Luis Angel Torres Palomino
M.C. Josefina Emperatriz Mimbela Otiniano	Miembro	Lic. Enfer. Juan Carlos Hidalgo Villanes
Abg. Raúl Chuquivilca De la Cruz	Miembro	Bach. Cristian Alexander Oscanoa Huamán
M.C. Donatila Concepción Ávila Chávez	Miembro	Lic. Ketty Gabriela Almeida Paredes.
M.C. Aldo Benel Chamaya	Miembro	M.C. Pedro Arango Ochante
Sr Marino Flores Lujan	Miembro	Sr. Edison Oscar Paredes Malpartida
M.C. Julio Miguel Flores Retuerto	Miembro	M.C. Aurelio Carranza Baca
M.C. Juan Luber Meza Ponte	Miembro	M.C. Elías Faustino Sánchez
M.C. María Rudy Huertas Vera	Miembro	Lic. Enfer. Tatiana Magali Lázaro Rojas.
M.C. Juan De Dios Rojas La Torre	Miembro	Q.F. Zaragoza Silvia Alegría Huamán
M.C. Sheila Guisela Fabián Ortiz de Mateo	Miembro	M.C. Elena Ernestina Checa Chávez
Mg. Enfer. Sonia Del Carmen Ordoñez Coronado	Miembro	Lic. Enfer. Carlos Guzmán Huaraca Carhuaricra
M.C. José Luis Marimón Alvarez	Miembro	M.C. Rocio Jimena Machaca Zevallos
M.C. Edwin Alberto Vargas Reynoso	Miembro	M.C. Radamez Ostap Ayala De Las Casas
M.C. Carolina Lau Chong De Lam	Miembro	Lic. Ronal Ayala Semino
M.C. Luis Angel Torres Palomino	Miembro	Lic. Enfer. Dora Colonia De La Cruz



- Anexo 2. Flujograma Descriptivo de la Atención de la UPSS Pediatría No COVID

PRIORIDAD I:

1. Paciente acude por puerta 4 solicitando atención médica de pediatría o neonatología, el personal que identifica la "Prioridad I" traslada, sin realizar ningún trámite administrativo, a la paciente al área designada en EMG (Prioridad I de Pediatría ó Trauma Shock). El personal técnico coordina con familiar u acompañante para que se acerque al área de admisión, seguros y caja (en el caso de pagante) para hacer el trámite respectivo; de no haber familiar o acompañante el personal técnico va avanzando con el trámite a la vez que comunica a Servicio Social para que apoye con los tramites y ubique a los familiares.
2. Es conducido inmediatamente en camilla al área de Trauma – Shock, donde es evaluado por el pediatra de guardia, el mismo que decidirá sobre el manejo inmediato.
3. En el área de Prioridad I de Pediatría – Trauma Shock, se realiza la evaluación inicial del paciente a cargo del pediatra de turno acompañado de la licenciada de enfermería, registrando todo ello en la historia clínica, se solicitan los exámenes de ayuda diagnóstica necesarios. En este ambiente se procederá a tomar análisis de rutina más urgentes como son: Hemograma, PCR, glicemia, examen de orina, prueba COVID y estudios de imágenes. Se pueden cursar también las interconsultas que sean necesarias para las otras especialidades; o si la condición del paciente lo permite y el caso lo amerita se puede gestionar la referencia a otro establecimiento de salud de mayor complejidad.
4. Paralelamente se le coloca una vía intravenosa para hidratación con cristaloides. Si el caso amerita, se le puede colocar una vía Central y/ o punción ósea.
5. Una vez estabilizado el paciente será trasladado al tópic de emergencia pediátrica para continuar con el tratamiento y cuidados que amerite la patología.
6. En el caso de que el paciente requiera terapia intensiva será transferido de tópic de emergencia pediátrica a una institución de mayor complejidad, quedando todo lo descrito anteriormente registrado en la historia clínica. Para el caso de laboratorio el personal de esta área deberá apersonarse a lugar donde esté el paciente para la toma de muestra respectiva. En el caso de diagnóstico por imágenes se realizará la **ecografía** en esta área o en algún área cercana para que se pueda trasladar de ser necesario. Si se solicitaran placas radiográficas se deben tomar con el equipo portátil. Si el paciente requiere tomografía deberá estabilizarse para poder ser conducido al servicio respectivo.
7. Se genera la receta respectiva para los medicamentos e insumos utilizados en la atención del paciente, ya que este ambiente debe contar con un stock para la atención inicial de la prioridad I, el cual debe reponerse luego de la atención inicial, el personal técnico o el familiar tramita la receta en farmacia de emergencia, de ser pagante el familiar debe hacer el pago en caja de emergencia y traer el comprobante para que el personal técnico recoja los medicamentos e insumos en farmacia de emergencia, de no haber familiar o no poder realizar el pago se coordina con Servicio Social para el apoyo respectivo.
8. Terminada la atención o cuando el paciente se estabilice y el personal de limpieza realizará su función respectiva en este ambiente.



9. Una vez que el paciente se encuentre con signos vitales estables y despierto, pasará a:
 - 9.1 Referencia a otro Establecimiento de mayor complejidad.
 - 9.2 Observación pediátrica.
 - 9.3 Hospitalización de pediatría (4to piso).

PRIORIDAD II:

1. El paciente ingresa por la puerta 4 solicitando atención de emergencia pediátrica (Prioridad II), siendo recibida por el personal de emergencia (Médico de Triage o licenciado de enfermería), para inmediatamente pasar al Área de Admisión, Seguros o Caja (pagante), para retornar al Área del Triage.
2. En el Triage, el licenciado de enfermería le toma las funciones vitales y el médico realiza una breve anamnesis para luego pasarlo al tópic de emergencia pediátrica.
3. Luego es conducido en silla de ruedas al tópic de pediatría, donde es evaluado por el pediatra de Guardia, el mismo que decidirá sobre su manejo inmediato.
4. En el tópic, se procede a tomarle los análisis de rutina más urgentes como son Hemograma, PCR, Examen de Orina y otros análisis de acuerdo al diagnóstico establecido.
5. Paralelamente se le coloca una vía intravenosa para efectivizar la terapéutica indicada según el caso.
6. Evaluación de análisis y otros estudios auxiliares (Rayos X, ecografías, etc.) y se queda en observación 12 horas como máximo.
7. Posterior al periodo de observación, se evaluará para posible alta u hospitalización en el 4to piso.
8. La permanencia en hospitalización (4to Piso) será hasta el momento de su alta respectiva.
9. Alta (se cierra historia clínica de emergencia, se entregan indicaciones, receta (si así lo amerita) y/o citas para controles del paciente)
10. Para los pacientes de prioridad III y IV, se procederá de forma similar, hasta su alta en la emergencia pediátrica.

- Anexo 3. Flujograma descriptivo de atención de la UPSS Gineco – Obstetricia No COVID

PRIORIDAD I

1. El paciente acude por puerta 4 solicitando atención medica de gineco-obstetricia, el personal que identifica la "Prioridad I" traslada, sin realizar ningún trámite administrativo, a la paciente al área designada en EMG (Prioridad I de GO – Trauma Shock). El personal técnico coordina con familiar u acompañante para que se acerque al área de admisión, seguros y caja (en el caso de pagantes) para hacer el trámite respectivo; de no haber familiar o acompañante el personal técnico va avanzando con el trámite a la vez que comunica a Servicio Social para que apoye con los tramites y ubique a los familiares.
2. En el área de Prioridad I de GO – Trauma Shock, se realiza la evaluación inicial de la paciente a cargo del ginecólogo de turno acompañado de la licenciada de obstetricia, registrando todo ello en la historia clínica, se solicitan los exámenes de ayuda diagnostica necesarios, ya sea de laboratorio, banco de sangre o diagnóstico por





imágenes; se pueden cursar también las interconsultas que sean necesarias para las otras especialidades; también si la condición de la paciente lo permite y el caso lo amerita se puede gestionar la referencia a otro establecimiento de salud. Luego de esta primera evaluación la paciente puede permanecer en este lugar hasta estabilizarla o pasar a:

- a) Tópico de Ginecología y Obstetricia (si se corrobora que no es prioridad I), es trasladada por el personal técnico del área en compañía de la licenciada en obstetricia y/o el médico ginecólogo de turno.
- b) Centro Obstétrico (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros). Se comunica telefónicamente al personal de centro obstétrico el ingreso de la paciente, así como las condiciones en las que se encuentra.
- c) Sala de Operaciones (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros), además se realiza la programación de la intervención que se realizará, la cual debe contar el consentimiento informado para la misma (firmado por el paciente y en el caso de menor de edad o si el paciente no puede firmar será firmado por el familiar directo). Este consentimiento es llevado a sala de operaciones junto con la historia clínica por el personal técnico del área, en caso de suma urgencia se coordina a través del anexo el ingreso de la paciente a sala de operaciones y en paralelo se van realizando el trámite administrativo de la programación.
- d) Referencia a otro establecimiento

Quedando todo lo descrito anteriormente registrado en la historia clínica. Para el caso de laboratorio y banco de sangre el personal de esta área deberá apersonarse a lugar donde esté la paciente para la toma de muestra respectiva. En el caso de diagnóstico por imágenes se realizará la ecografía en esta área o en algún área cercana para que se pueda trasladar de ser necesario. Si se solicitaran placas radiográficas se deben tomar con el equipo portátil. Si la paciente requiere tomografía deberá estabilizarse para poder ser llevada al servicio respectivo.

Se genera la receta respectiva para los medicamentos e insumos utilizados en la atención de la paciente, ya que este ambiente debe contar con un stock para la atención inicial de la prioridad I, el cual debe reponerse luego de la atención inicial, el personal técnico o el familiar tramita la receta en farmacia de emergencia, de ser pagante el familiar debe hacer el pago en caja de emergencia y traer el comprobante para que el personal técnico recoja los medicamentos e insumos en farmacia de emergencia, de no haber familiar o no poder realizar el pago se coordina con Servicio Social para el apoyo respectivo.

Terminada la atención o cuando el paciente se estabilice y el personal de limpieza realizará su función respectiva en este ambiente.

3. Si la paciente es pasada a tópico de Ginecología y Obstetricia, es evaluada en este ambiente por ginecólogo de turno acompañado de la licenciada de obstetricia, registrando todo ello en la historia clínica, se solicitan los exámenes de ayuda diagnóstica necesarios, ya sea de laboratorio, banco de sangre o diagnóstico por imágenes, entregando la orden al paciente y/o al familiar; si la condición del paciente





lo permite acudir al área de toma de muestra de emergencia para laboratorio o a diagnóstico por imágenes para ecografía o radiografía donde se realizará los exámenes solicitados. Esta área cuenta con un equipo de ecografía con el cual el médico de turno puede realizar las ecografías de la especialidad indicadas en emergencia. Se pueden cursar también las interconsultas que sean necesarias para las otras especialidades. Se genera la receta respectiva para insumos o medicamentos que requiera el paciente, la cual puede ser tramitada por el familiar (si está presente) o por el personal técnico del área, en la farmacia de emergencia, de ser pagante el familiar deberá acudir a caja de emergencia para realizar el pago respectivo y luego ir a farmacia a recoger el pedido, de no poder realizar el pago se deriva al familiar a Servicio Social para el apoyo respectivo, en el caso de un paciente pagante sin familiar presentes se coordina con Servicio Social para que se apersona al área y realice las gestiones respectivas. Terminada la evaluación la paciente puede ser derivada a:

- e) Centro Obstétrico (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros). Se comunica telefónicamente al personal de centro obstétrico el ingreso de la paciente, así como las condiciones en las que se encuentra.
- f) Sala de Operaciones (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros), además se realiza la programación de la intervención que se realizará, la cual debe contar el consentimiento informado para la misma (firmado por el paciente y en el caso de menor de edad o si el paciente no puede firmar será firmado por el familiar directo). Este consentimiento es llevado a sala de operaciones junto con la historia clínica por el personal técnico del área, en caso de suma urgencia se coordina a través del anexo el ingreso de la paciente a sala de operaciones y en paralelo se van realizando el trámite administrativo de la programación.
- g) Área para AMEU (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros). La paciente se trasladada al área de AMEU por el personal técnico en compañía de la licenciada en obstetricia para que se realice el procedimiento respectivo, luego del cual permanece en el área de observación post AMEU por 2 horas para luego ser dada de alta u hospitalizada según evaluación del médico ginecólogo de turno. Si la paciente es dada de alta el personal técnico del área realiza el trámite respectivo en farmacia, seguros y admisión, luego de lo cual la paciente se retira en compañía de un familiar.
- h) Observación por no más de 6 horas, a cargo de la licenciada en obstetricia del área, luego de ello la paciente se hospitaliza, se refiere o sale de alta.
- i) Reevaluación según criterio de medico ginecólogo obstetra, la paciente debe retornar para ser reevaluada en el tiempo o con los resultados que el médico le hubiese indicado.
- j) Hospitalización (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros), licenciada en obstetricia coordina ingreso de paciente con personal de hospitalización, luego de se traslada al paciente (personal técnico y licenciada en obstetricia), reportando y entregando a la paciente en hospitalización al personal de turno.
- k) Alta (se cierra historia clínica de emergencia, se entregan indicaciones, receta (si así lo amerita) y/o citas para controles del paciente).



4. Si la paciente fue derivada a Centro Obstétrico, ya debe haber sido hospitalizada previamente en emergencia. Es trasladada por el personal técnico de emergencia y si el caso, lo amerita pueden acompañar su traslado el medico ginecólogo de turno y/o la licenciada en obstetricia. En Centro Obstétrico es recibida por la licenciada en obstetricia del área y/o el médico ginecólogo del área. De acuerdo al diagnóstico de la paciente, puede ser ubicada en:
 - a. Sala de Dilatación: donde estará monitorizada por la licenciada en Obstetricia del área quien informará continuamente el estado y evolución de la paciente al médico ginecólogo programado en el área, además de seguir las indicaciones de este. La estadía en esta área es temporal, pudiendo luego ser trasladada a sala de partos o a hospitalización. En esta área se pueden generar órdenes para laboratorio (el personal de laboratorio deberá acudir al área), diagnóstico por imágenes (la paciente será trasladada al área donde se le realizará el examen) o interconsultas (el medico interconsultado se apersonará al área para evaluar a la paciente. También se pueden generar recetas de medicinas o insumos médicos, las cuales serán tramitadas y recogidas por el personal técnico del área en farmacia de hospitalización. También se puede solicitar la dieta de la paciente la cual será comunicada-enviada al Servicio de nutrición para su atención (deberá ser llevada a sala de dilatación para que la paciente la pueda consumir)
 - b. Sala de Partos: La paciente ingresa directamente a sala de partos para la atención del parto, en cuyo caso acude a este lugar el médico pediatra (o neonatología), licenciada de neonatología, el medico ginecólogo, la licenciada de obstetricia y el personal técnico del área; luego de la atención del parto se realiza la atención inmediata del recién nacido por el personal de neonatología, así como la identificación del mismo y la emisión del certificado de nacido vivo en línea (lo realiza el personal de ginecología y obstetricia) para ser entregado a la madre del recién nacido. El recién nacido queda a cargo de pediatría (neonatología) para seguir su proceso de atención, la madre luego de la atención del parto es trasladada por el personal técnico en compañía de la licenciada de obstetricia al área de puerperio inmediato, donde queda a cargo de la licenciada en obstetricia para su monitoreo durante 2 horas, siguiendo las indicaciones del médico gineco-obstetra del área, a quien también reportará cualquier eventualidad. Se generan las ordenes de laboratorio o diagnóstico por imágenes que se puedan requerir, así como también las recetas de medinas o insumos que se necesiten. Pasadas las 2 horas de puerperio se la licenciada en obstetricia coordina el pase de la paciente al área de hospitalización de ginecología y obstetricia, siendo trasladada por el personal técnico en compañía de la licencia de obstetricia, entregando y reportando la paciente al personal de hospitalización.
 - c. La paciente también puede ingresar directamente a sala de partos para otros procedimientos, por ejemplo, extracción de placenta (alumbramiento), revisión de cavidad o canal del parto, sutura de desgarros, entre otros, en cuyo caso no será necesaria la intervención del equipo de neonatología. El pase a esta área será determinado por el medico ginecólogo. Luego de la atención que requiera la paciente es trasladada la sala de puerperio por el personal técnico del área en compañía de la licenciada en obstetricia.
 - d. Sala de puerperio: en el caso que el parto se hubiese producido en emergencia o de forma extra hospitalaria y la paciente no requiera ya pasar a sala de partos la paciente ingresa directamente a puerperio, donde es recibida por la licenciada en



obstetricia del área quien la monitorizara y evaluara, siguiendo las indicaciones del médico ginecólogo del área. Pasadas las 2 horas de puerperio se la licenciada en obstetricia coordina el pase de la paciente al área de hospitalización de ginecología y obstetricia, siendo trasladada por el personal técnico en compañía de la licenciada de obstetricia, entregando y reportando la paciente al personal de hospitalización.

- e. Sala de monitoreo: La paciente puede ser derivada para monitoreo electrónico fetal del área de hospitalización o de consulta externa. La licenciada en obstetricia recibe a la paciente y junto con el personal técnico del área traslada a la paciente a la sala de monitoreo donde realiza el mismo, entregando el resultado al médico ginecólogo del área para ser interpretado e informado; si la paciente es derivada de consulta externa se entrega el resultado a la paciente y esta se retira, si la paciente es derivada de hospitalización, con el resultado se determina si la paciente regresa a hospitalización o se indica alguna otra prueba adicional.

5. Si la paciente fue derivada a Sala de operaciones, es traída por el personal técnico de emergencia, en compañía de la licenciada en obstetricia y/o medico ginecólogo de emergencia, siendo reportada y entregada a la enfermera de sala de operaciones, quien a su vez reporta al paciente al anesthesiologo de turno, para su ingreso y traslado al quirófano correspondiente. En el caso de las cesáreas, al momento de trasladar a la paciente de emergencia a sala de operaciones se comunicó a pediatría (neonatología) que va a ingresar una paciente a sala de operaciones para cesárea, trasladándose el equipo de pediatría (neonatología) a sala de operaciones para la recepción y atención inmediata del recién nacido.

Terminada la cirugía el ginecólogo responsable de la cirugía acompaña el traslado de la paciente a recuperación, realiza su reporte operatorio y deja las indicaciones post operatorias, quedando la paciente a cargo del área de recuperación post anestésica, si se presentará alguna eventualidad en esta área, será comunicada de forma inmediata al ginecólogo que realizó la cirugía para su evaluación, en caso ya no estuviera de turno se comunicara al médico de centro obstétrico. Una vez completado el proceso de recuperación post anestésica, el cual fue supervisado por el anesthesiologo del área, se coordina el traslado de la paciente al área de hospitalización, el personal de hospitalización de ginecología y obstetricia (licenciada de obstetricia o enfermería según sea el caso), acude en compañía de su personal técnico a sala de operaciones para recoger a la paciente, la cual es reportada y entregada por la licenciada en enfermería del área de recuperación, siendo traslada la paciente a hospitalización.

6. Si se indica la referencia de la paciente, se realiza la coordinación de la misma a través de la oficina de referencias y contra referencias, una vez aceptada la referencia la paciente es trasladada al establecimiento de destino en compañía del personal técnico de referencias, una licenciada de obstetricia o enfermería (según corresponda) y si el caso así lo amerita el medico ginecólogo obstetra de turno.

PRIORIDAD II

1. Paciente acude por puerta 4 solicitando atención medica de gineco-obstetricia, el personal que identifica la "Prioridad II", la paciente es derivada a admisión, seguros o caja (si es pagante) para el registro respectivo y luego es derivada al área de triaje de ginecología y obstetricia.





2. En triaje de ginecología y obstetricia, siendo recibida por la licenciada en obstetricia del área, realizando el tamizaje de COVID y toma de funciones vitales. La licenciada en obstetricia va atendiendo a las pacientes por prioridad (no por orden de llegada). Luego de esta primera evaluación la paciente es derivada a tópicos de ginecología para ser evaluada por el médico de turno o si se tratara de una paciente COVID positiva será derivada al área COVID.

3. En tópicos de Ginecología y Obstetricia, es evaluada en este ambiente por ginecólogo de turno acompañado de la licenciada de obstetricia, registrando todo ello en la historia clínica, se solicitan los exámenes de ayuda diagnóstica necesarios, ya sea de laboratorio, banco de sangre o diagnóstico por imágenes, entregando la orden al paciente y/o al familiar; si la condición del paciente lo permite acudirá al área de toma de muestra de emergencia para laboratorio o a diagnóstico por imágenes para ecografía o radiografía donde se realizará los exámenes solicitados. Esta área cuenta con un equipo ecográfico con el cual el médico de turno puede realizar las ecografías de la especialidad indicadas en emergencia. Se pueden cursar también las interconsultas que sean necesarias para las otras especialidades. Se genera la receta respectiva para insumos o medicamentos que requiera el paciente, la cual puede ser tramitada por el familiar (si está presente) o por el personal técnico del área, en la farmacia de emergencia, de ser pagante el familiar deberá acudir a caja de emergencia para realizar el pago respectivo y luego ir a farmacia a recoger el pedido, de no poder realizar el pago se deriva al familiar a Servicio Social para el apoyo respectivo, en el caso de un paciente pagante sin familiar presentes se coordina con Servicio Social para que se apersona al área y realice las gestiones respectivas. Terminada la evaluación la paciente puede ser derivada a:
 - a) Centro Obstétrico (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros). Se comunica telefónicamente al personal de centro obstétrico el ingreso de la paciente, así como las condiciones en las que se encuentra.
 - b) Sala de Operaciones (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros), además se realiza la programación de la intervención que se realizará, la cual debe contar con el consentimiento informado para la misma (firmado por el paciente y en el caso de menor de edad o si el paciente no puede firmar será firmado por el familiar directo). Este consentimiento es llevado a sala de operaciones junto con la historia clínica por el personal técnico del área, en caso de suma urgencia se coordina a través del anexo el ingreso de la paciente a sala de operaciones y en paralelo se van realizando el trámite administrativo de la programación.
 - c) Área para AMEU (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros). La paciente es trasladada al área de AMEU por el personal técnico en compañía de la licenciada en obstetricia para que se realice el procedimiento respectivo, luego del cual permanece en el área de observación post AMEU por 2 horas para luego ser dada de alta u hospitalizada según evaluación del médico ginecólogo de turno. Si la paciente es dada de alta el personal técnico del área realiza el trámite respectivo en farmacia, seguros y admisión, luego de lo cual la paciente se retira en compañía de un familiar.





- d) Observación por no más de 6 horas, a cargo de la licenciada en obstetricia del área, luego de ello la paciente se hospitaliza, se refiere o sale de alta.
- e) Reevaluación según criterio de medico ginecólogo obstetra, la paciente debe retornar para ser reevaluada en el tiempo o con los resultados que el médico le hubiese indicado.
- f) Hospitalización (paciente es hospitalizada, personal técnico del área registra hospitalización en admisión y seguros), licenciada en obstetricia coordina ingreso de paciente con personal de hospitalización, luego de se traslada al paciente (personal técnico y licenciada en obstetricia), reportando y entregando a la paciente en hospitalización al personal de turno.
- g) Referencia, Si se indica la referencia de la paciente, se realiza la coordinación de la misma a través de la oficina de referencias y contrarreferencias, una vez aceptada la referencia la paciente es trasladada al establecimiento de destino en compañía del personal técnico de referencias, una licenciada de obstetricia o enfermería (según corresponda) y si el caso así lo amerita el medico ginecólogo obstetra de turno.
- h) Alta (se cierra historia clínica de emergencia, se entregan indicaciones, receta (si así lo amerita) y/o citas para controles del paciente).

4. Si la paciente fue derivada a Centro Obstétrico, ya debe haber sido hospitalizada previamente en emergencia. Es trasladada por el personal técnico de emergencia y si el caso, lo amerita pueden acompañar su traslado el medico ginecólogo de turno y/o la licenciada en obstetricia. En Centro Obstétrico es recibida por la licenciada en obstetricia del área y/o el médico ginecólogo del área. De acuerdo al diagnóstico de la paciente, puede ser ubicada en:

- a) Sala de Dilatación: donde estará monitorizada por la licenciada en Obstetricia del área quien informará continuamente el estado y evolución de la paciente al médico ginecólogo programado en el área, además de seguir las indicaciones de este. La estadía en esta área es temporal, pudiendo luego ser trasladada a sala de partos o a hospitalización. En esta área se pueden generar órdenes para laboratorio (el personal de laboratorio deberá acudir al área), diagnóstico por imágenes (la paciente será trasladada al área donde se le realizará el examen) o interconsultas (el medico interconsultado se apersonará al área para evaluar a la paciente. También se pueden generar recetas de medicinas o insumos médicos, las cuales serán tramitadas y recogidas por el personal técnico del área en farmacia de hospitalización. También se puede solicitar la dieta de la paciente la cual será comunicada-enviada al Servicio de nutrición para su atención (deberá ser llevada a sala de dilatación para que la paciente la pueda consumir)
- b) Sala de Partos: La paciente ingresa directamente a sala de partos para la atención del parto, en cuyo caso acude a este lugar el médico pediatra (o neonatología), licenciada de neonatología, el medico ginecólogo, la licenciada de obstetricia y el personal técnico del área; luego de la atención del parto se realiza la atención inmediata del recién nacido por el personal de neonatología, así como la identificación del mismo y la emisión del certificado de nacido vivo en línea (lo realiza el personal de ginecología y obstetricia) para ser entregado a la madre del recién nacido. El recién nacido queda a cargo de pediatría (neonatología) para





seguir su proceso de atención, la madre luego de la atención del parto es trasladada por el personal técnico en compañía de la licenciada de obstetricia al área de puerperio inmediato, donde queda a cargo de la licenciada en obstetricia para su monitoreo durante 2 horas, siguiendo las indicaciones del médico gineco obstetra del área, a quien también reportará cualquier eventualidad. Se generan las ordenes de laboratorio o diagnóstico por imágenes que se puedan requerir, así como también las recetas de medinas o insumos que se necesiten. Pasadas las 2 horas de puerperio se la licenciada en obstetricia coordina el pase de la paciente al área de hospitalización de ginecología y obstetricia, siendo trasladada por el personal técnico en compañía de la licencia de obstetricia, entregando y reportando la paciente al personal de hospitalización.

La paciente también puede ingresar directamente a sala de partos para otros procedimientos, por ejemplo, extracción de placenta (alumbramiento), revisión de cavidad o cabal del parto, sutura de desgarros, entre otros, en cuyo caso no será necesaria la intervención del equipo de neonatología. El pase a esta área será determinado por el medico ginecólogo. Luego de la atención que requiera la paciente es trasladada la sala de puerperio por el personal técnico del área en compañía de la licenciada en obstetricia.

- c) Sala de puerperio: en el caso que el parto se hubiese producido en emergencia o de forma extrahospitalaria y la paciente no requiera ya pasar a sala de partos la paciente ingresa directamente a puerperio, donde es recibida por la licenciada en obstetricia del área quien la monitorizara y evaluara, siguiendo las indicaciones del médico ginecólogo del área. Pasadas las 2 horas de puerperio se la licenciada en obstetricia coordina el pase de la paciente al área de hospitalización de ginecología y obstetricia, siendo trasladada por el personal técnico en compañía de la licencia de obstetricia, entregando y reportando la paciente al personal de hospitalización.
 - d) Sala de monitoreo: La paciente puede ser derivada para monitoreo electrónico fetal del área de hospitalización o de consulta externa. La licenciada en obstetricia recibe a la paciente y junto con el personal técnico del área traslada a la paciente a la sala de monitoreo donde realiza el mismo, entregando el resultado al médico ginecólogo del área para ser interpretado e informado; si la paciente es derivada de consulta externa se entrega el resultado a la paciente y esta se retira, si la paciente es derivada de hospitalización, con el resultado se determina si la paciente regresa a hospitalización o se indica alguna otra prueba adicional.
5. Si la paciente fue derivada a Sala de operaciones, es traída por el personal técnico de emergencia, en compañía de la licenciada en obstetricia y/o medico ginecólogo de emergencia, siendo reportada y entregada a la enfermera de sala de operaciones, quien a su vez reporta al paciente al anesthesiólogo de turno, para su ingreso y traslado al quirófano correspondiente. En el caso de las cesáreas, al momento de trasladar a la paciente de emergencia a sala de operaciones se comunicó a pediatría (neonatología) que va a ingresar una paciente a sala de operaciones para cesárea, trasladándose el equipo de pediatría (neonatología) a sala de operaciones para la recepción y atención inmediata del recién nacido.



Terminada la cirugía el ginecólogo responsable de la cirugía acompaña el traslado de la paciente a recuperación, realiza su reporte operatorio y deja las indicaciones post operatorias, quedando la paciente a cargo del área de recuperación post anestésica, si se presentará alguna eventualidad en esta área, será comunicada de forma inmediata al ginecólogo que realizó la cirugía para su evaluación, en caso ya no estuviera de turno se comunicara al médico de centro obstétrico. Una vez completado el proceso de recuperación post anestésica, el cual fue supervisado por el anesthesiólogo del área, se coordina el traslado de la paciente al área de hospitalización, el personal de hospitalización de ginecología y obstetricia (licenciada de obstetricia o enfermería según sea el caso), acude en compañía de su personal técnico a sala de operaciones para recoger a la paciente, la cual es reportada y entregada por la licenciada en enfermería del área de recuperación, siendo trasladada la paciente a hospitalización.

PRIORIDAD III y IV

1. Paciente acude por puerta 4 solicitando atención medica de gineco-obstetricia, el personal que identifica la "Prioridad III ó IV", la paciente es derivada a admisión, seguros o caja (si es pagante) para el registro respectivo y luego es derivada al área de triaje de ginecología y obstetricia.
2. En triaje de ginecología y obstetricia, siendo recibida por la licencia en obstetricia del área, realizando el tamizaje de COVID y toma de funciones vitales. La licenciada en obstetricia va atendiendo a las pacientes por prioridad (no por orden de llegada). Luego de esta primera evaluación la paciente es derivada a tópico de ginecología para ser evaluada por el médico de turno o si se tratara de una paciente COVID positiva será derivada al área COVID.
3. En tópico de Ginecología y Obstetricia, es evaluada en este ambiente por ginecólogo de turno acompañado de la licenciada de obstetricia, registrando todo ello en la historia clínica, se indica a paciente que su atención no requiere atención por emergencia y es derivada a consulta externa, se ser necesario se genera la receta respectiva para medicamentos que requiera la paciente, la cual es tramitada por el paciente en farmacia de emergencia, de ser pagante deberá acudir a caja de emergencia para realizar el pago respectivo y luego ir a farmacia a recoger el pedido. Terminada la atención, se indica el alta a la paciente.
** Hay pacientes que pueden ser derivadas de consulta externa o referidas de otro establecimiento de salud, en ese caso serán manejadas como prioridad I ó II, según corresponda en cada caso.



Imagen 24. Flujograma del Binomio Madre Niño

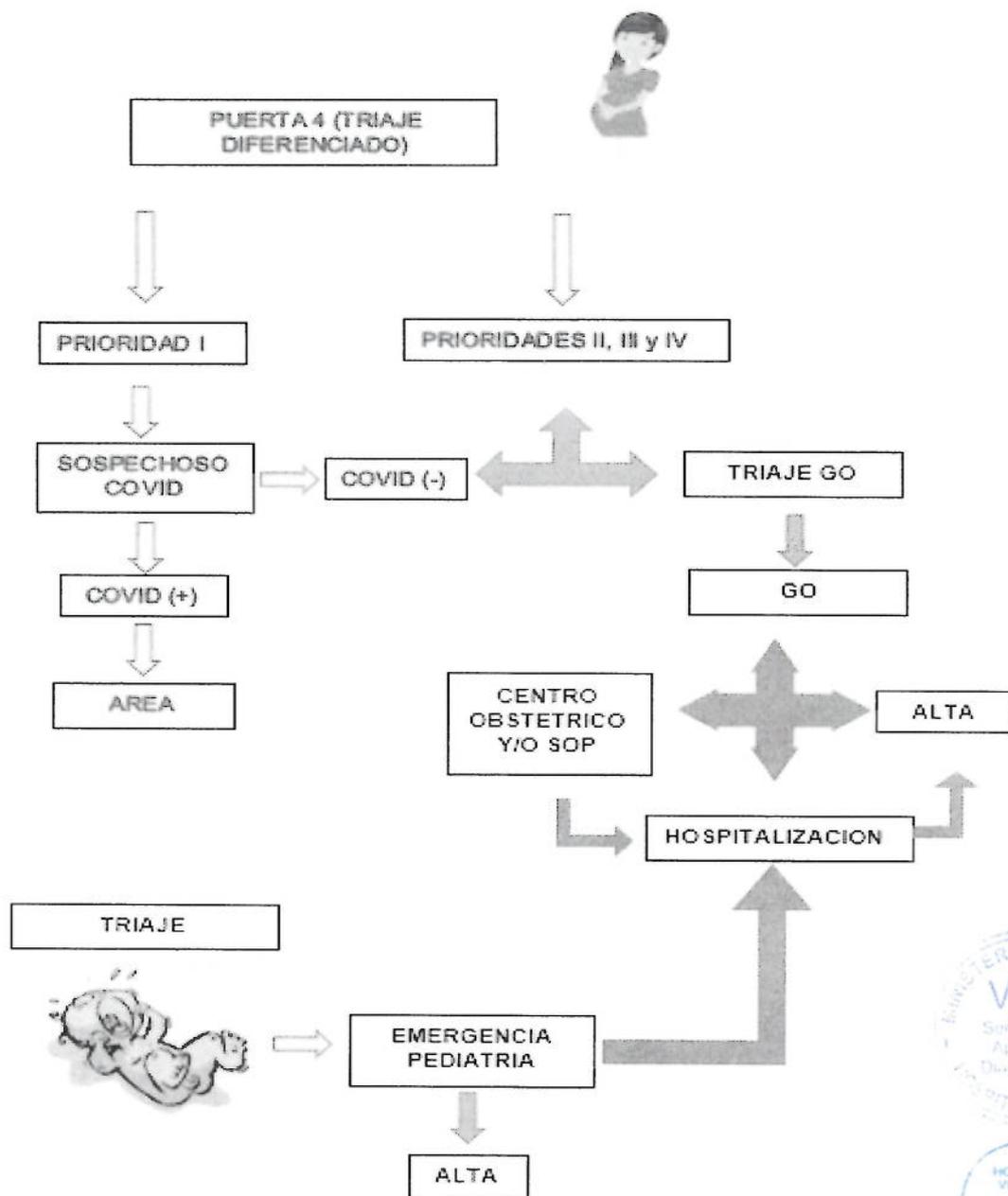


Imagen 25. Flujo de Atención de Prioridad I de la UPSS Pediatría y de la UPSS Gineco – Obstetricia No COVID (Primer Piso HEAV-HV)

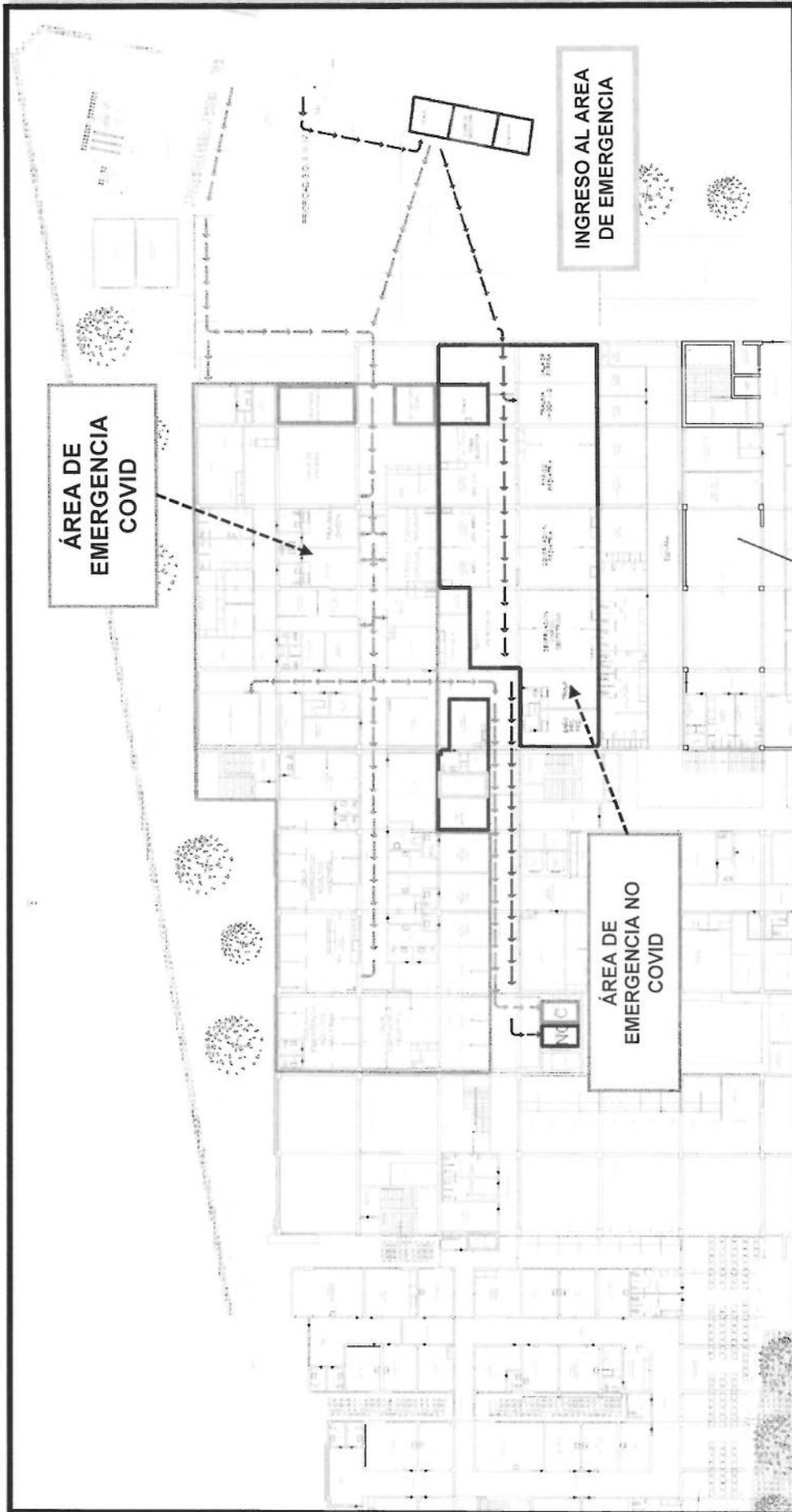


Imagen 26. Flujo de Atención de Emergencia No COVID-19. Prioridad II, III, IV. 1er Piso HEAV-HV

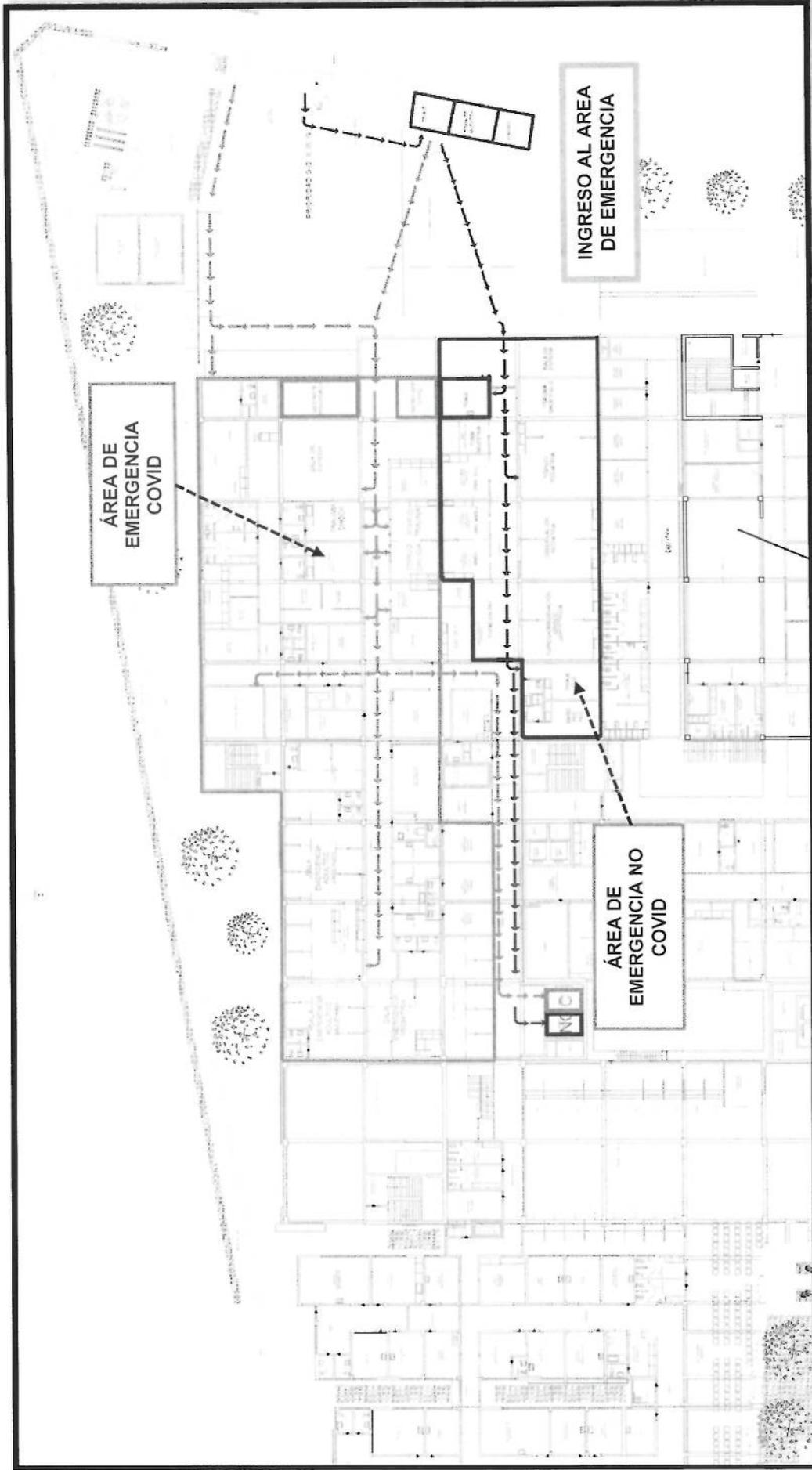


Imagen 27. Plano 1: Flujo de atención de pacientes por emergencia no COVID-19. 2do Piso HEAV-HV

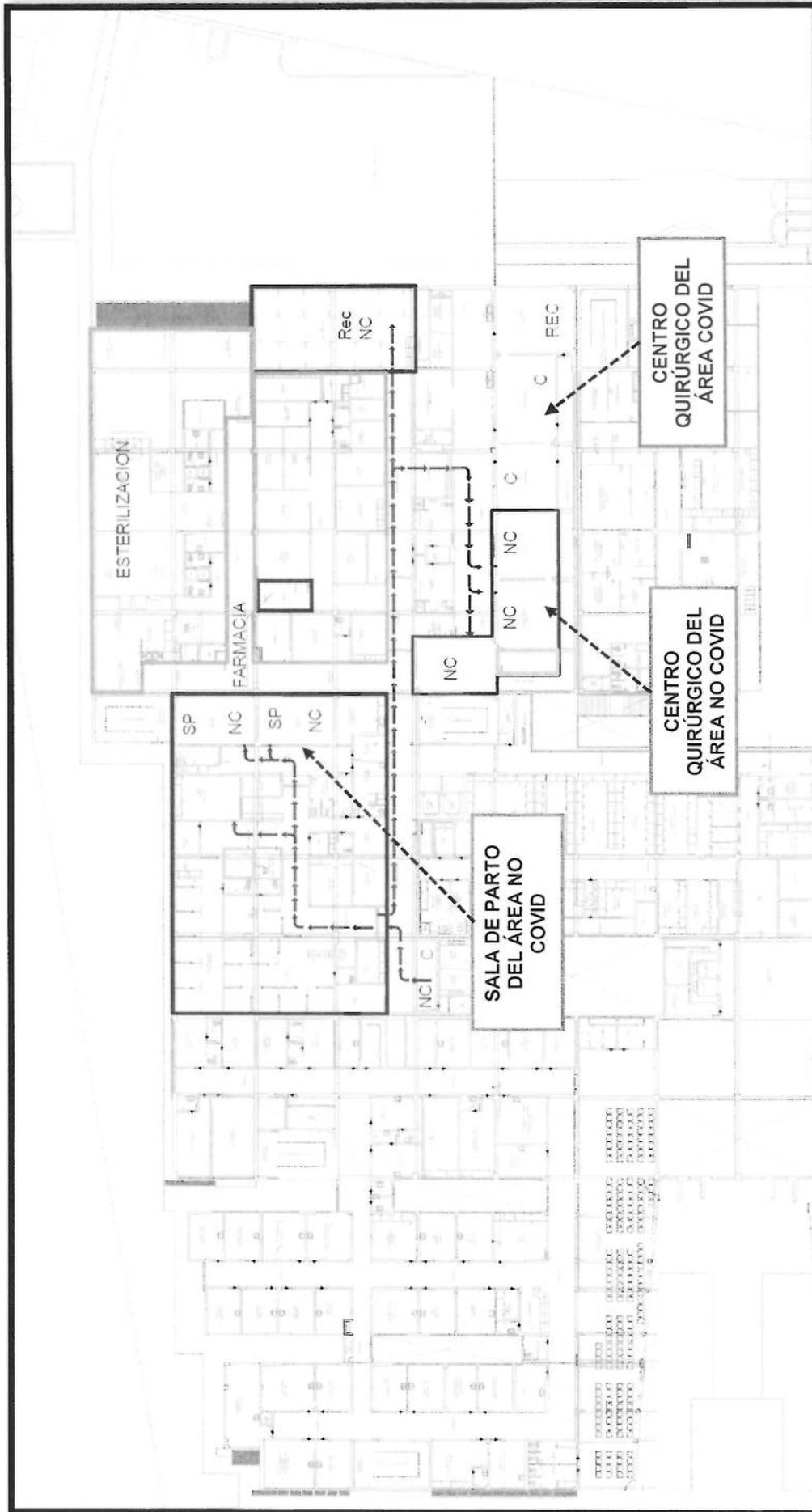
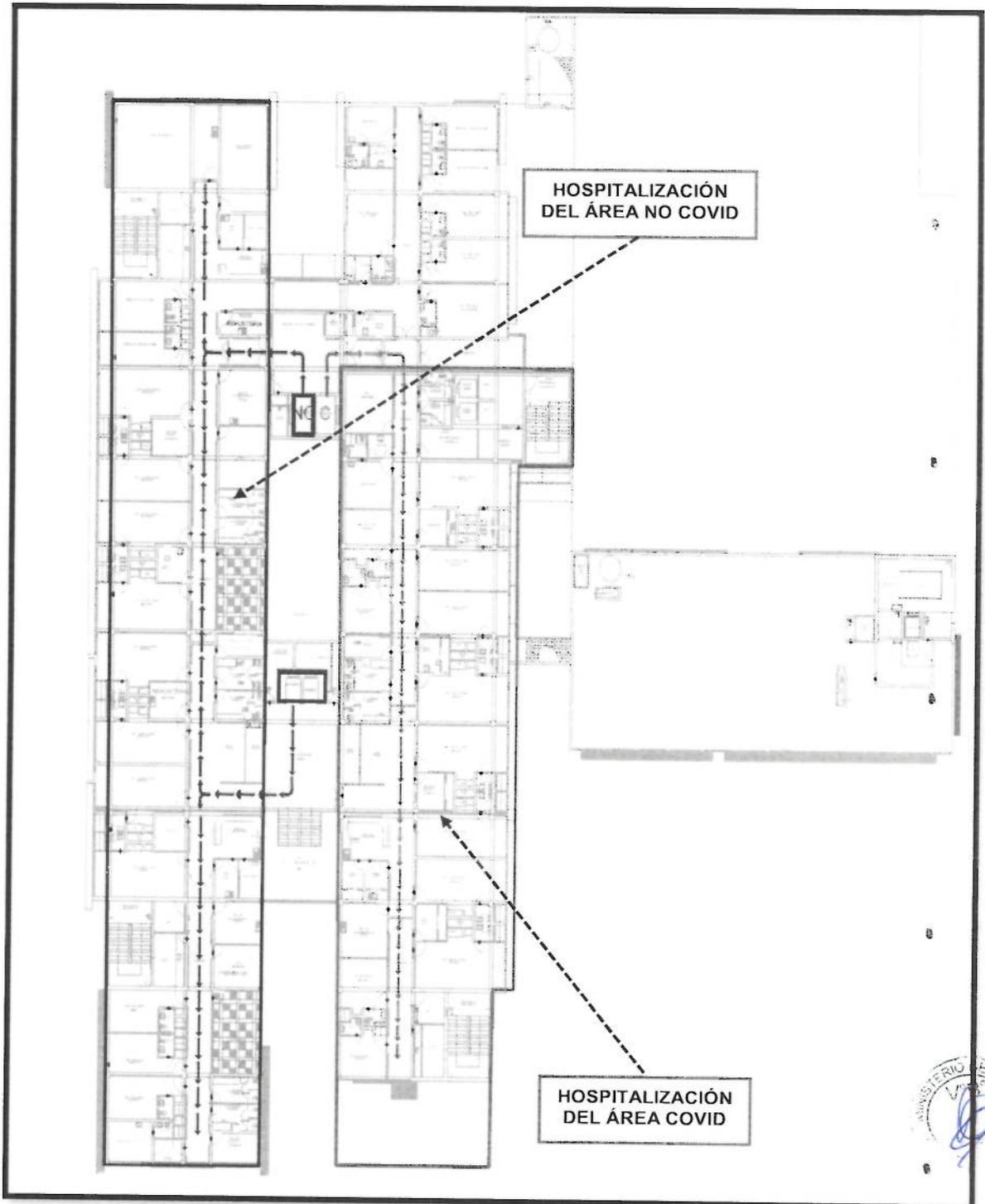


Imagen 28. Flujo de atención de pacientes no COVID-19. 4to Piso HEAV-HV

El traslado a las instalaciones del Hospital Emergencia Ate Vitarte comprende dos fases:

Primera fase: Área de Hospitalización de Gineco Obstetricia y Pediatría.

Segunda fase: Área de Hospitalización de Medicina y Cirugía.

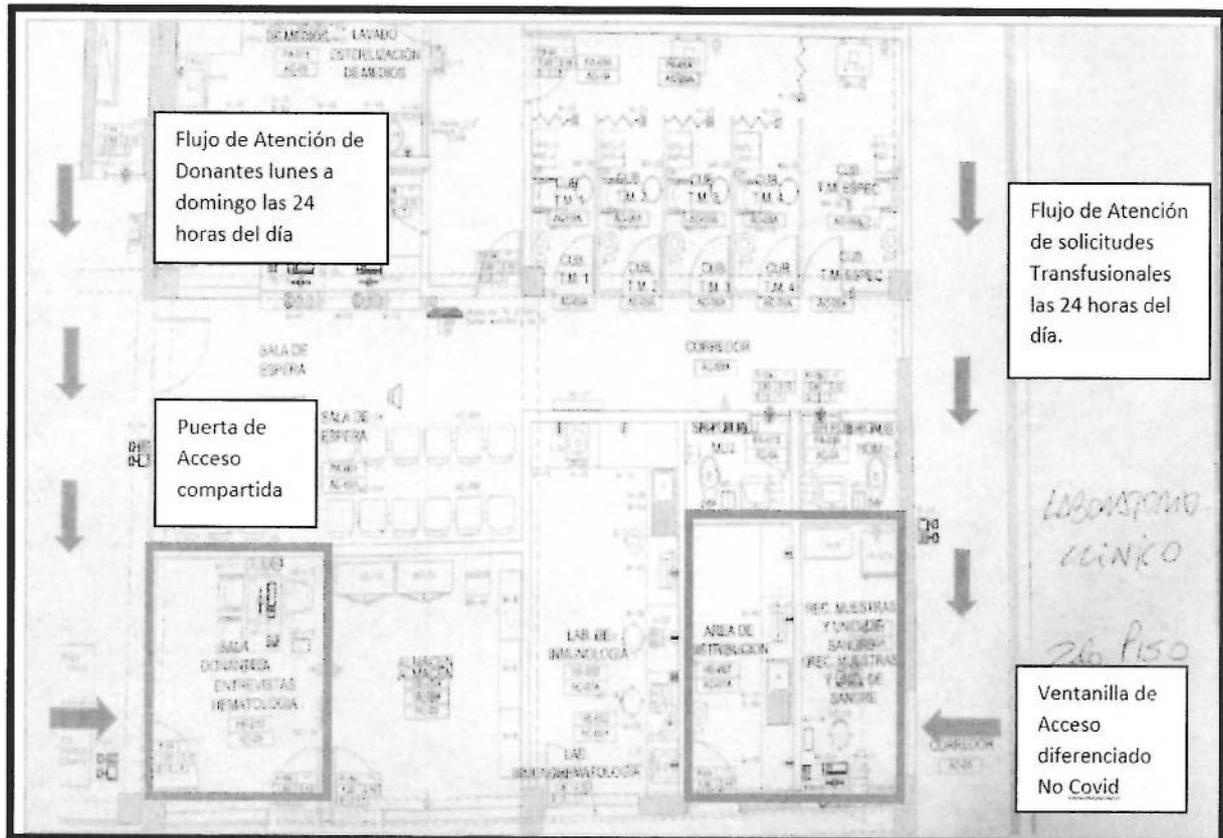


Se atendería por una ventanilla diferenciada las 24 horas del día, las solicitudes transfusionales provenientes de emergencia, sala, hospitalización y UCI en el área de recepción de muestras y unidades según el mapa, así como la utilización del Área de distribución para realizar las pruebas de compatibilidad y tipificación de sangre.

c. Flujo de atención de donantes:

Se atendería por una la puerta de acceso al banco de sangre al costado de sala de espera del laboratorio, específicamente en la sala de donantes y entrevista según el grafico, el horario de atención sería lunes a viernes las 24 horas.

Imagen 30. Flujo Banco de Sangre



d. Flujo Rayos X:

- Atención de pacientes No COVID: área de recepción ⇨ sala de radiología 1 ⇨ sala de ecografía 1 (para atención de pacientes citados de consultorio externo).
- Limpieza y desinfección: Coordinación con área de Saneamiento ambiental.
- Pacientes sospechosos: Limpieza con Luz UV, atención en horario diferenciado.

