HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD HOSPITALARIO 2015
I. ÁREA DE INFLUENCIA
1.1. Mapa geopolítico de ubicación del HNNU - 2015
1.2. Antecedente de cobertura general
II. ANÁLISIS DEMOGRAFICO Y SOCIOECONOMICO
2.1. Análisis Demográfico
2.1.1. Población
Estructura Poblacional en el Área de Influencia
Pirámide Poblacional proyectada al 2025
Dinámica Poblacional
III. ANÁLISIS DE DEMANDA Y DE OFERTA DE SALUD
3.1. Análisis de la Demanda
3.1.1. Características de la demanda
A. Consulta Externa
A.1. Perfil Epidemiológico
A.1.1. Morbilidad en Consulta Externa
B. HOSPITALIZACIÓN
B.1. Morbilidad en Hospitalización
B.1.1. Diez primeras causas de Hospitalizaciòn
C. MORBILIDAD EN EMERGENCIA
D. MORTALIDAD
D.1. Mortalidad en Hospitalización
Tabla N° 36. MUERTES REGISTRADAS según SEXO Y SERVICIO DE OCURRENCIA - 2013
Tabla N° 39. MORTALIDAD según CAUSA, SEXO - HOSPITALIZACION MEDICINA - 2013
Tabla N° 40. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION OBSTETRICA Y GINECOLOGIA - 2013
Tabla N° 41. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION PEDIATRIA - 2014
Tabla N° 42. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION CIRUGIA ESPECIALIDADES - 2014
Tabla N° 43. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION NEUMOLOGIA - 2014
Tabla N° 44. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION CIRUGIA DE TORAX Y CV - 2014
Tabla N° 45. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION CIRUGIA GENERAL - 2014
Tabla N° 46. MORTALIDAD según CAUSA - HOSPITALIZACION NEONATOLOGIA - 2014
Tabla N° 47. MORTALIDAD según CAUSA - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA - 2014
D.2. Mortalidad en Servicio de Emergencia
Tabla N° 48. MORTALIDAD según TOPICO DE ATENCION - EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 49. MORTALIDAD según CICLOS DE VIDA - EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 50. MORTALIDAD según CAUSA - EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 51. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE CIRUGIA - EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 52. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE GINECOLOGIA- EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 53. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE MEDICINA- EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 54. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE PEDIATRIA- EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 55. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE NEUROCIRUGIA- EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 56. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE TRAUMA-SHOCK- EMERGENCIA - 2014
Tabla N° 57. MORTALIDAD según CAUSA - TOPICO DE TRAUMATOLOGIA- EMERGENCIA - 2014
4.- ACCESIBILIDAD
5.- ANÁLISIS DE LA OFERTA
6.- PRODUCTIVIDAD
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
8.- MATERIAL Y EQUIPOS
9.- FINANZAS
10.- INFRAESTRUCTURA
13.- PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS
Jerarquización
Lista de Problemas Priorizados
DE INTERVENCIÓN Sanitaria
AREA DE INTERVENCIÓN DE Gestión
AREA DE INTERVENCIÓN de Inversión
I. ÁREA DE INFLUENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unánue (HNHU) se encuentra ubicado en la avenida César Vallejo Nº 1390, en el distrito de El Agustino; el mismo que se ubica en la provincia y departamento de Lima - Perú; entre las coordenadas 12° 4’ 0″ S, 77° 1’ 0″ W (en decimal -12.06666, -77.016667°) con UTM 8665267 280480 18L.

Es un hospital de referencia nacional, cuya área de influencia directa está circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima-Este (DISA IV LE), la que comprende a los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho, tal como se observa en el siguiente mapa geopolítico.

1.1. MAPA GEOPOLÍTICO DE UBICACIÓN DEL HNHU - 2015

Geográficamente, (Foto 01) el área de influencia del HNHU no es ajena a la compleja ecología de nuestro país, representada por lo menos 2 de ocho pisos altitudinales, que determinan diferentes nichos ecológicos e impactan de forma diferenciada sobre las condiciones de salud de sus habitantes, por cuanto las enfermedades prevalentes emergentes y reemergentes, motivando mayor
énfasis en el sistema de vigilancia activa. Así mismo, por la propia capacidad instalada de nivel III-I, no es ajena a las atenciones de referencia nacionales, especialmente en las enfermedades pulmonares y cardiovasculares, como remonta su historia de creación.

1.2. ANTECEDENTE DE COBERTURA GENERAL

Desde el año 2006 se oficializa al Distrito de San Juan de Lurigancho como jurisdicción de la DISA IV Lima Este, de manera que el Hospital Nacional Hipólito Unánue se ha convertido en su hospital de referencia en el nivel de atención que le corresponde, aunque desde años anteriores, por corredor social, se ha venido brindando atenciones a los pacientes procedentes del mencionado distrito, cuya demanda se ha ido incrementando gradualmente por el aumento de la densidad poblacional, lo que ha venido creando dificultades administrativas con las coberturas del SIS.

Actualmente el área de influencia directa de nuestra institución, alcanza una superficie territorial de 814.25 Km2 (Lima Este).

II. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y SOCIOECONÓMICO

2.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.1. POBLACIÓN

La población en el área de influencia del hospital, corresponde a la proyectada para el año 2015 a la DISA IV Lima Este con 2'622,306 habitantes, de los cuales el 51% (1'330,716) son mujeres y de estas el 28.9% están en edad fértil de 15-49 años; del total de la población el 1.8% (47,202) son menores de un año. (Población proyectada MINSA - 2015).

PIRÁMIDE POBLACIONAL PROYECTADA AL 2025

La Población Peruana, en general, se encuentra en un lento proceso de envejecimiento, este hecho vital no se puede evidenciar año tras año sino que requiere de por lo menos un quinquenio para mensurar los cambios. Datos intercensales 1993/2007 y los estimados al 2025 por el INEI, muestra cambios importantes en todos los grupos de edad de la pirámide poblacional. De una pirámide de base ancha se modificó a una de base reducida con un incremento progresivo en el centro (población económicamente activa) y con un vértice más amplio (adultos mayores); cambios que evidencian una disminución de niños, un
incremento en la población joven y adultos en edad de trabajar. Asimismo existe un incremento progresivo de adultos mayores, quienes por su edad son económicamente dependientes y es el que más requiere de la atención médica y frecuentemente exige hospitalización con más intensidad a medida que avanza en edad; situación que evidencia nuevas necesidades de salud en la población que debe ser resueltas en los servicios de salud. Cambios que se relacionarían a la disminución de la natalidad, incremento de la esperanza de vida; así como al descenso de la mortalidad y fecundidad en el país.

Al 2015, la población total de la DISA IV LE es 2'622,306 hab. distribuido en ocho distritos. La composición por sexo, muestra que la proporción entre hombre y mujer es similar con 49% (1'291,590) y 51% (1'330,716) respectivamente.

Al comparar la pirámide poblacional de 1993/2007/2015, 2020 y 2025, de una base ancha en 1993 pasó a una más estrecha (25%) el 2015 y será mayor el 2025, edades que comprende los grupos de edad de 0-14 años de edad.

El centro de la población está constituido por población económicamente activa (15 a 59 años) que incrementó de manera progresiva y al 2015 concentra el 66% (1'729,205 personas) del total de la población. En este grupo de edad los tres primeros quinquenios (15-29 años) concentra el 29% (766,670 personas).

El vértice muestra una tendencia al envejecimiento debido al incremento progresivo de personas mayores de 60 años de edad, al 2015 representa el 8.6% (226062 personas) del total de la población.

Del total de la población dependiente, el 18%(148,285) es mayor de 65 años y 82%(667039) menores de 0-14 años.

Una manera sintética de expresar la variación de la estructura de edades de la población es a través de la edad mediana. Esta señala que en 1950, la mitad de la población tenía menos de 19.1
años; en 1995 esa edad ha aumentado a 21.6. En el año 2025 la edad mediana será de 31.7 años, como se aprecia en el Gráfico 2.

**DINÁMICA POBLACIONAL**

El comportamiento de la natalidad, la mortalidad y las migraciones en su conjunto, determinan el crecimiento de la población, el principal factor del crecimiento de la población (nacional y regional) es el balance entre nacimientos y muertes.

Sin embargo el crecimiento poblacional urbano es mucho más rápido que el rural; a nivel nacional, de 1940 al 2014 la población urbana ha crecido cerca de más de 13 veces, mientras que la población rural apenas 2 veces. El factor principal de alto crecimiento de la población urbana es sin duda la migración rural - urbana.

El crecimiento de la población (Gráfico 6) fue acelerado hasta la década del 70, pasando de 7 millones en el año 1940 a 13.2 millones en el año 1970. A partir del año 1972, empieza a disminuir la tasa de crecimiento por efecto del descenso del nivel de la fecundidad, que inicialmente se da dentro de un proceso de modernización y luego por acciones de política de población alcanzando un valor promedio de 2.86% para el quinquenio 2000 - 2011 y de 1.43% al 2011 con grandes variaciones regionales, siendo para Lima de 1.9 hijos por mujer (Gráfico 3).

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en el Perú (Gráfico 5) al 2005 es de 5.2 muertes por mil habitantes y para el 2011 es de cerca de 6.0; la Tasa de Mortalidad Infantil es de 33.4 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos al 2005 y para el 2011 de 18.5 evidenciándose una reducción de 44.6%. La esperanza de vida al nacer nacional (Tabla 3) es de 73.1 años para el quinquenio 2005-2010, Lima 76.3 y para Lima Este está en 75.5.

Según datos oficiales de INEI, para los últimos quinquenios no hay variación actualizada, por cuanto para nuestro análisis oficial, son consideradas los datos según fuente anterior. Por cuanto la Tasa de Natalidad promedio nacional al 2005 es de 15.6 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil reduciéndose a 14.5 para el 2011. (Gráfico 5). En el área de influencia del
HNHU - ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD HOSPITALARIA - 2015

HNHU dicha tasa es comparable con la estimada para Lima, es decir 14.6 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

La esperanza de vida al nacer (Tabla 3), como es una estimación del promedio de años que vivirían un grupo de personas nacidas el mismo año. Es uno de los indicadores de calidad de vida más comunes. Para el quinquenio 2005 a 2010 la esperanza de vida al nacer del departamento de Lima es de 76,3 años y es diferencial por sexo, 74 años para los varones y 78,8 años para las mujeres, aunque podría sufrir alteraciones por la fuerte influencia de la calidad de vida por el acelerado desarrollo del país que sufre en estos últimos decenios.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabla 3: Esperanza de vida al nacer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2005 - 2010</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2015 - 2020</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>INICIAL</td>
</tr>
<tr>
<td>HOMBRES</td>
</tr>
<tr>
<td>MUJERES</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Fuente: INEI

Basados en el indicador Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), clasificó a los 1,793 distritos existentes en 1993, en cinco estratos de pobreza, el primero con 40% o menos de hogares con al menos una NBI; el segundo estrato, con 40.1 % a 60% de hogares con al menos una NBI; el tercer estrato, con 60.1% a 80% de hogares con al menos una NBI; el cuarto estrato, con 80.1% a 90% de hogares con al menos una NBI; el quinto estrato que incluye a los distritos más pobres del país, con el 90.1% al 100% de hogares con al menos una NBI.

Los estratos, (Gráfico 7 y 8) así definidos, poseen características diferentes, teniendo los más pobres menor acceso a servicios básico como agua potable, desagüe y luz eléctrica, siendo además predominantemente rurales, de población dispersa con altos niveles de analfabetismo, desnutrición infantil y mayores tasas de mortalidad infantil.

Gráfico 6: Población censada (miles) y tasa de crecimiento promedio anual - Lima

Fuente: INEI

Lima Este se encuentra en el estrato II de pobreza, es decir, tiene entre 40.1% y 60% de hogares con al menos una NBI. Los bajos recursos económicos de los que dispone la población en el área de influencia de nuestro hospital, y particularmente de la población usuaria de nuestros servicios es una barrera a la accesibilidad y obliga a una política de subsidios, que se refleja en exoneraciones de las atenciones de salud.

Gráfico 7: incidencia de pobreza total, según provincia, 2007 - Lima

Fuente: INEI

Gráfico 8: incidencia de pobreza total. Lima 2004 - 2009
III. ANÁLISIS DE DEMANDA Y DE OFERTA DE SALUD

3.1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

A. CONSULTA EXTERNA

El HNHU es un hospital de categoría III-1 de referencia nacional, es establecimiento de mayor complejidad de toda la jurisdicción de Lima Este, de donde proviene la mayor carga de su demanda. En el Gráfico 9 y Tabla 4, se evidencia el comportamiento de la demanda de consulta externa desde el año 2003 hasta el 2014, observándose que la tendencia, tanto de atendidos y atenciones ha sido ascendente desde el año 2004 hasta el año 2013, con un incremento de 79.6%, respecto a los atendidos del 2003; con una mayor proporción de atendidos en los años 2012 y 2013; en el 2014 hay una variación de atendidos de -13%; sin embargo hay un incremento de 4% en las atenciones respecto al 2013.

La distribución de la demanda de consulta externa en el HNHU para el año 2014, según los Gráficos 10 y 11, evidencia que está mayormente concentrada en la etapa adulto (38.8% de 30 a 59 años) seguida por pacientes de la etapa adulto mayor con 21.7% del total de atendidos y en el Gráfico 12 se muestra que la mayor demanda es de sexo femenino (60.6%).

Se puede observar una tendencia general ascendente, con un aumento exponencial de atenciones en los últimos 10 años. Explicándose por la mejoras en la implementación logística y aumento de la capacidad resolutiva de los servicios en el Hospital (que incluiría aumento de personal y equipamiento).

Las atenciones en C.E. para el 2014 se concentran en 38.8% en grupo adulto, seguido con 21.7% en grupo adulto mayor; ambos grupos forman el grueso de de la demanda con 60.5%.

Así mismo se observa la diferencia con otros nosocomios de mismo nivel. El género de mayor demanda en consulta externa es el femenino con 60.6%, tal como se aprecia en el Gráfico 12.
En la Tabla 5 se observa la distribución de las atenciones para el año 2014 según etapas del ciclo de vida del modelo de atención integral, predominando las atenciones del género femenino frente al masculino en el grupo joven y adulto, y en el total con una razón de 13 a 10.

En la Tabla 6 se muestra la distribución de las atenciones por meses, destacándose que el 83% de las atenciones ocurren de los meses de enero a septiembre, oscilando entre 7,0 a 9,0% de atenciones, por lo general manteniendo el promedio de 8,3% durante todo el año; tal como se observa en la Tabla 6 y el Gráfico 13, donde el 50,4% ya se atendió para el mes de junio. Igual tendencia se observa cuando se analiza según sexo.

Este comportamiento se mantiene desde hace 2 años atrás, similarmente sucede con la demanda de emergencia, sin embargo el acumulado a junio llega a un 52% de las consultas atendidas en el año.

En la tabla Nº 7 y Gráfico 14 se muestra la distribución de la demanda según procedencia, destacándose que el 83% de las atenciones proceden de los cuatro distritos aledaños a la jurisdicción: El Agustino, SJL, Ate y Santa Anita. Siendo el distrito de El Agustino con la mayor frecuencia de atenciones (42%).
Según el análisis de la demanda general de consulta externa, como hospital nivel III-1 de referencia nacional, de las 413,113 atenciones realizadas durante el año 2014, el 91,0% son usuarios de Lima y el 6,9% son de usuarios procedentes de otros departamentos.

La diversidad de procedencia, quizá este atribuida a bajas coberturas de atención de otras DISAS vinculado a prevención, preparación y empoderamiento poblacional; que repercuta en la población el uso correcto de establecimiento de salud más cercano a su jurisdicción, y como efecto disminuiría alrededor del 9% de actual frecuencia de consultas de otras procedencias, que no son del distrito sede y de complejidad baja (Gráfico 15)

De las 413,113 consultas externas realizadas durante el año 2014, se atendieron 1445 categorías diagnósticas y por primera vez en la historia hospitalaria, la enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) sin otra especificación, forma parte de las diez primeras causas de atención, desplazando a las enfermedades crónicas de la primera causa, como sucedía en años anteriores que formaban parte de la cadena laboral médica; sin embargo, las enfermedades no transmisibles, entre ellas las metabólicas y crónicas, siguen formando parte de las diez primeras causas de atención.

Para la toma de decisiones es importante tener en cuenta que estas 10 primeras causas de atención sólo representan menos de un tercio (30,9%), del total de categorías diagnósticas atendidas, tal como se aprecia en el análisis de Pareto de la Tabla 7, donde el 80,1% de la demanda corresponde a 126 categorías de las 1445 que se atendieron en nuestro hospital y sobre las cuales debemos reenfocar las decisiones orientadas a la gestión hospitalaria y de las próximas intervenciones sanitarias.

Las pirámides de la demanda en nuestro hospital muestran un perfil similar en las tres áreas de atención (Consulta externa, Emergencia y Hospitalización), donde se observa que la mayor demanda corresponde a la etapa adulta; en la etapa niño es mayor en el sexo masculino; pero las etapas adolescente, adulto y adulto mayor es preponderante de sexo femenino.

**A.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

El perfil de morbilidad y mortalidad en el área de influencia del HNU está dado principalmente por enfermedades transmisibles (20.5%) y no transmisibles como las neoplasias (21%), crónico-degenerativas (18%) y accidentes (11%). De la morbilidad atendida durante el año 2014 se deduce que corresponde principalmente a prestaciones de capa simple y los servicios hospitalarios ofrecidos por el HNU deben ser atenciones de capa compleja, por ello el interés de orientarse hacia atenciones más especializadas.

### A.1.1. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

<table>
<thead>
<tr>
<th>N° DxCat</th>
<th>f</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2860</td>
<td>5.9%</td>
<td>5.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>13631</td>
<td>3.3%</td>
<td>16.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>5943</td>
<td>3.7%</td>
<td>9.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>13941</td>
<td>3.3%</td>
<td>24.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>11197</td>
<td>3.4%</td>
<td>11.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>11787</td>
<td>2.7%</td>
<td>24.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>10330</td>
<td>2.5%</td>
<td>27.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>7375</td>
<td>1.8%</td>
<td>29.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>7027</td>
<td>1.6%</td>
<td>30.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>1098</td>
<td>0.1%</td>
<td>80.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>62260</td>
<td>19.9%</td>
<td>100.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>413113</td>
<td>100.0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FUENTE:** OESA-HNU 2014
Este orden, inverso al reportado por la DISA IV, demuestra el grado de especialización en la atención de salud alcanzado por nuestro hospital, de modo tal que la gran mayoría de las afecciones infecciosas agudas están siendo tratadas en el primer nivel de atención. Cabe destacar que las diez primeras causas de morbilidad equivalen al 30.3% del total de patologías reportadas. Ello evidencia un gran abanico de diagnósticos que, si bien individualmente no tendrían mayor significado estadístico (menos del 1%), en conjunto representan un volumen alto de afecciones que deben ser consideradas en el proceso de planificación operativa.

En la Tabla 9 observamos que entre las atenciones en menores de 12 años, el 42.2% de las consultas corresponden al grupo de 5-11 años, seguido del grupo 1-4 de años con 37.6% y el 20.2% en el grupo <1 año, predominando las atenciones en el sexo masculino en los tres grupos etáreos de la etapa infantil.

En la demanda del grupo niño predominan las atenciones de sexo masculino predominan con 55.8%. Esta distribución porcentual de la morbilidad atendida varía en relación a cada grupo atareo atendido. Así, en niños predominan las rinofaringitis agudas; pero dentro de las 10 primeras causas ya se manifiestan enfermedades neoplásicas y la tuberculosis respiratoria (Tabla 9). Las enfermedades sujeto a vigilancia y de baja complejidad aún persisten como primeras causas de morbilidad en menores de 12 años.
En el grupo etáreo <1 año (Tabla 10), entre las diez primeras causas predominan las atenciones de consultas de capa simple (54%), indicando una clara desorientación de la población para utilizar establecimiento de primer nivel de atención, aunque más del 46% de las 345 categorías diagnósticas forma el piso de atención a la especialidad. En el Gráfico 17 se visualiza, que el 58% de total de atenciones corresponden al sexo masculino.

Tabla 11: Diez Primeras Causas de Morbilidad Etapa Niño de 1-4 Años Consulta Externa - HNNU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Categoría Diagnóstica</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>T</th>
<th>D</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Carcinoma in situ de otros órganos digestivos y de los no especificados</td>
<td>312</td>
<td>446</td>
<td>758</td>
<td>7%</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Rinofaringitis aguda (resfriado común) Catarro nasal, agudo Carotis (aguja Rinofaringe:</td>
<td>337</td>
<td>433</td>
<td>770</td>
<td>6%</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Asma</td>
<td>330</td>
<td>430</td>
<td>760</td>
<td>6%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Otros enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</td>
<td>307</td>
<td>450</td>
<td>757</td>
<td>6%</td>
<td>26%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Bronquitis aguda</td>
<td>284</td>
<td>380</td>
<td>664</td>
<td>6%</td>
<td>26%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Otros cánceres y mastectomía de presunto origen infeccioso</td>
<td>281</td>
<td>337</td>
<td>618</td>
<td>3%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Carcinoma in situ del sistema respiratorio y del oído medio</td>
<td>185</td>
<td>416</td>
<td>586</td>
<td>3%</td>
<td>34%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Cáncer del hueso del oído medio</td>
<td>177</td>
<td>217</td>
<td>394</td>
<td>3%</td>
<td>37%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Nefritis</td>
<td>164</td>
<td>161</td>
<td>325</td>
<td>2%</td>
<td>38%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Lupus</td>
<td>127</td>
<td>164</td>
<td>291</td>
<td>2%</td>
<td>42%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>111</td>
<td>23</td>
<td>134</td>
<td>0%</td>
<td>80.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Todas las demás</td>
<td>596</td>
<td>665</td>
<td>1261</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNNU 2014

la gestión a fin de garantizar todos los recursos estructurales y de proceso para garantizar una atención de calidad. El otro 19.5% que incluye a todas las demás, corresponde a casos que no superan 30 atenciones por año.

En las atenciones del grupo de 5 a 11 años de edad (Tabla 12) durante el año 2014 se realizaron 14022 atenciones, por 571 categorías diagnósticas, de las cuales el 55% fueron del género masculino (Gráfico 19) y las diez primeras categorías diagnósticas sólo representan el 32% de la demanda atendida. Especial atención hay que tener con el Carcinoma in situ, el asma, la Tuberculosis respiratoria, el VIH/SIDA y el síndrome de maltrato infantil.

Tabla 12: Diez Primeras Causas de Morbilidad Etapa Niño de 5-11 Años Consulta Externa - HNNU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Categoría Diagnóstica</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>T</th>
<th>D</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Carcinoma in situ de otros órganos digestivos y de los no especificados</td>
<td>346</td>
<td>367</td>
<td>713</td>
<td>5%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Asma</td>
<td>251</td>
<td>300</td>
<td>551</td>
<td>4%</td>
<td>9%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Rinofaringitis aguda (resfriado común) Catarro nasal, agudo Carotis (aguja Rinofaringe:</td>
<td>233</td>
<td>353</td>
<td>586</td>
<td>4%</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente</td>
<td>200</td>
<td>268</td>
<td>468</td>
<td>3%</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Carcinoma in situ del sistema respiratorio y del oído medio</td>
<td>215</td>
<td>246</td>
<td>461</td>
<td>3%</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</td>
<td>275</td>
<td>184</td>
<td>459</td>
<td>3%</td>
<td>23%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Enfermedades de la piel y de los tejidos periféricos</td>
<td>176</td>
<td>205</td>
<td>381</td>
<td>3%</td>
<td>26%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Enfermedades de la acromegalia y de la fosfatasa</td>
<td>186</td>
<td>184</td>
<td>370</td>
<td>2%</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Eritema</td>
<td>115</td>
<td>177</td>
<td>292</td>
<td>2%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Nefritis</td>
<td>168</td>
<td>127</td>
<td>295</td>
<td>2%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>121</td>
<td>150</td>
<td>271</td>
<td>0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Todas las demás</td>
<td>692</td>
<td>710</td>
<td>1402</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNNU 2014

Dentro de las diez primeras causas de atención en la consulta externa en la población adolescente nos preocupa los Asma, Síndromes de maltrato, TB, Cánceroma y VIH./Ver Tabla 13). En este grupo etáreo se atendieron 669 categorías diagnósticas; siendo del sexo femenino 55% (Gráfico 20), de las cuales 117 han generado el 80% de las atenciones y las diez primeras causas sólo representan el 31% de la demanda atendida.

Es preocupante ver a este grupo de población por el inicio temprano en la actividad sexual, cifra muy alta en
comparación con los datos nacionales e internacionales, cual responsabilidad recae sobre las autoridades y la propia familia, por una deficiente promoción de planificación familiar y una baja calidad educativa desde los hogares.

Los adolescentes por su vio - genoma inmadura sobre adiccion riesgo a la gestación. En este grupo casi todos los partos son distócicos y siempre será reto para nuestro hospital estar preparadas en cuanto a la capacidad resolutiva.

| Tabla 13: Diez Primera Causas de Atención de Morbilidad del Adolescente Consulta Externa - HNNU - Año 2014 |
|---|---|---|---|---|---|
| N° | Di C AT | F | M | % | % |
| 1 | Anomalías dentofaciales [incluso la maloclusión] | 480 | 181 | 661 | 5% | 5% |
| 2 | Síndromes del maltrato Use código adicional si desea especificar el traumatismo presente | 405 | 190 | 595 | 3% | 10% |
| 3 | Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente | 235 | 289 | 524 | 4% | 14% |
| 4 | Carcinoma in situ de otros órganos digestivos y de los no especificados | 217 | 265 | 482 | 4% | 18% |
| 5 | Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación Complejo relacionado con el SIDA | 138 | 212 | 350 | 3% | 21% |
| 6 | Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y no especificado | 310 | 0 | 310 | 2% | 25% |
| 7 | Acne | 88 | 184 | 272 | 2% | 25% |
| 8 | Síndromes de la anormalidad y de la retracción | 105 | 172 | 277 | 2% | 25% |
| 9 | Urológica | 137 | 89 | 226 | 2% | 29% |
| 10 | Diabetes melito | 122 | 89 | 211 | 2% | 31% |
| 11 | Todas las demás causas | 1266 | 1226 | 2506 | 16% | 70% |
| 12 | Total general | 6956 | 5684 | 12640 | 100% | 100% |

FUENTE: OESA-HNNU 2014

En la etapa adulto (Tabla 15), el VIH ocupa la primera causa de atención de C.E con 14% (16290 atenciones). Las enfermedades crónicas persisten en este grupo de edad, entre ellas: La Diabetes Mellitus, Poliartrrosis, Dorsalgia, Hipertensión Arterial esencial; pero el VIH/SIDA, la TB y el carcinoma digestivo siguen siendo preocupantes en esta etapa de vida. El total de atenciones correspondió a 1119 categorías diagnósticas, de las cuales sólo 120 generaron el 80% de la demanda y las 10 primeras causas de atención de C.E. sólo representan el 33% de dicha demanda atendida. En el Gráfico 22 se observa que del total de las atenciones el 64% (76359) corresponde al sexo femenino.

| Tabla 14: Diez Primera Causas de Atención de Morbilidad del Joven Consulta Externa - HNNU - Año 2014 |
|---|---|---|---|---|---|
| N° | Di C AT | F | M | % | % |
| 1 | Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación Complejo relacionado con el SIDA (CRS) SAI | 5104 | 3937 | 9041 | 20% | 100% |
| 2 | Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente | 1234 | 1196 | 2430 | 3% | 19% |
| 3 | Necesidad de inmunización contra combinaciones de enfermedades infecciosas | 966 | 433 | 1399 | 3% | 22% |
| 4 | Examen y contactos para fines administrativos | 868 | 425 | 1293 | 2% | 20% |
| 5 | Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y no especificado | 974 | 313 | 1287 | 3% | 26% |
| 6 | Atención para la anticoncepción | 1205 | 97 | 1302 | 2% | 31% |
| 7 | Sindrome in situ de otros órganos digestivos y de los no especificados | 654 | 335 | 989 | 2% | 33% |
| 8 | Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica o histológicamente | 318 | 436 | 754 | 2% | 34% |
| 9 | Anomalías dentofaciales [incluso la maloclusión] | 93 | 213 | 326 | 2% | 25% |
| 10 | Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] VIH positivo SAI | 282 | 446 | 728 | 2% | 40% |
| 11 | Todas las demás | 875 | 879 | 1754 | 5% | 60% |
| 12 | Total general | 6956 | 5684 | 12640 | 100% | 100% |

FUENTE: OESA-HNNU 2014
En la etapa de adulto mayor (Tabla 16) predominan las enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus tipo II con 8% (5564 atenciones) seguido de la Hipertensión Esencial 6% (4023 atenciones), también se encuentran Hipertrofia de Próstata en tercer lugar y la TB en cuarto lugar; además de Poliartritis, enfermedades renales, dorsalgias y enfermedad cardíaca hipertensiva dentro de la etapa de vida el total de la demanda correspondió a 919 los 10 causas en el año 2014. En esta categorías diagnósticas de las cuales 107 generaron el 80% de la demanda y las 10 primeras causas de atención en 107 generaron el 80% de la demanda y las 10 primeras causas de atención en el género femenino con 60%.

### Tabla 15: Diez Primera Causas de Atención de Morbilidad del Adulto Consulta Externa - HNHU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>TOTAL</th>
<th>h</th>
<th>M</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Diabetes mellitus no insulinodependiente</td>
<td>3976</td>
<td>1588</td>
<td>5564</td>
<td>6%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Hipertensión esencial (primaria)</td>
<td>2873</td>
<td>712</td>
<td>3585</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>2411</td>
<td>542</td>
<td>2953</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, sin otra especificación compleja</td>
<td>2011</td>
<td>1370</td>
<td>3381</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Linfocitos o linfoide, no confirmado</td>
<td>905</td>
<td>190</td>
<td>1095</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos</td>
<td>895</td>
<td>190</td>
<td>1085</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>830</td>
<td>190</td>
<td>1000</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>712</td>
<td>190</td>
<td>902</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>665</td>
<td>190</td>
<td>855</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>655</td>
<td>190</td>
<td>845</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabla 16: Diez Primera Causas de Atención de Morbilidad del Adulto Mayor Consulta Externa - HNHU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>TOTAL</th>
<th>h</th>
<th>M</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Diabetes mellitus no insulinodependiente</td>
<td>3976</td>
<td>1588</td>
<td>5564</td>
<td>6%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Hipertensión esencial (primaria)</td>
<td>2873</td>
<td>712</td>
<td>3585</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>2411</td>
<td>542</td>
<td>2953</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, sin otra especificación compleja</td>
<td>2011</td>
<td>1370</td>
<td>3381</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Linfocitos o linfoide, no confirmado</td>
<td>905</td>
<td>190</td>
<td>1095</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos</td>
<td>895</td>
<td>190</td>
<td>1085</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>830</td>
<td>190</td>
<td>1000</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>712</td>
<td>190</td>
<td>902</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>665</td>
<td>190</td>
<td>855</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana</td>
<td>655</td>
<td>190</td>
<td>845</td>
<td>3%</td>
<td>2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
B. HOSPITALIZACIÓN

En cuanto a la demanda de hospitalización en el HNHU (Gráfico 24), podemos observar que del 2009 al 2011 hubo un descenso; sin embargo del 2012 al 2014 la tendencia es ascendente. Para el año 2014 hubieron 22882 egresos hospitalarios de los cuales, según servicios 44% de los egresos se concentra en B1 y B2 (Gineco-Obstetricia), mientras otros servicios han mantenido mismas frecuencias en comparación a los años pasados.

Tabla 17: Egresos x Servicio HNHU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicio de Egreso</th>
<th>N° Egresos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B-2</td>
<td>7690</td>
</tr>
<tr>
<td>B-3</td>
<td>3300</td>
</tr>
<tr>
<td>E-2</td>
<td>2400</td>
</tr>
<tr>
<td>B-1</td>
<td>2251</td>
</tr>
<tr>
<td>NEO</td>
<td>2078</td>
</tr>
<tr>
<td>C-1</td>
<td>1725</td>
</tr>
<tr>
<td>C-2</td>
<td>1706</td>
</tr>
<tr>
<td>D-1</td>
<td>729</td>
</tr>
<tr>
<td>D-2</td>
<td>551</td>
</tr>
<tr>
<td>F-2</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>UTI</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>SOP</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Total general</td>
<td>22882</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gráfico 25: Egresos hospitalarios según etapas del ciclo de vida y sexo – HNHU 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etapa</th>
<th>Total</th>
<th>ADULTO</th>
<th>JOVEN</th>
<th>ADOLESCENTE</th>
<th>NIÑO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADULTO</td>
<td>8.8%</td>
<td>7.1%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JOVEN</td>
<td>9.0%</td>
<td>23.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADOLESCENTE</td>
<td>4.2%</td>
<td>27.8%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NIÑO</td>
<td>8.0%</td>
<td>7.4%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNHU 2014

B.1. MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

En la Tabla 18 se presentan las diez primeras causas de morbilidad general en los servicios de hospitalización, destacando como causa principal el aborto no especificado (8,9%), apendicitis aguda (6,7%), colecistitis 3.4%, parto único por cesárea (3,1%). El predominio del sexo femenino (69.3% Gráfico 26) entre los egresos hospitalarios, especialmente en los jóvenes (27,8%) y adultos (23,8%) se evidencia en el gráfico 25.

Según el Gráfico 25, el 32.8% de egresos corresponde grupo adulto seguido del grupo joven 32%, los niños 15.4%, adulto mayor 13.9% y adolescente 4.4%. Con un claro predominio del sexo femenino 69.3% frente a 30.7% de varones. Se explica por el grupo joven donde 86.9% corresponde al sexo femenino vs 13.1% al masculino siendo la principal causa de egreso de origen gestacional.

Contrariamente al comportamiento de morbilidad que según susceptibilidad que más propenso a hospitalización estaría concentrado en grupos extremos (adulto mayor y niños), pero se evidencia...

Tabla 18: Diez Primera Causas de Morbilidad en Hospitalización - HNHU 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>Grado</th>
<th>M</th>
<th>H</th>
<th>Total</th>
<th>% M</th>
<th>% H</th>
<th>% Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aborto no especificado</td>
<td>E06</td>
<td>1715</td>
<td>3</td>
<td>1718</td>
<td>8.9%</td>
<td>8.9%</td>
<td>8.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Apendicitis aguda</td>
<td>K35</td>
<td>829</td>
<td>4</td>
<td>833</td>
<td>3.8%</td>
<td>3.8%</td>
<td>3.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Afecciones por cesárea</td>
<td>O82</td>
<td>343</td>
<td>1</td>
<td>344</td>
<td>1.6%</td>
<td>1.6%</td>
<td>1.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Traumatismos relacionados con el embarazo y con bajo peso al nacer</td>
<td>M32</td>
<td>225</td>
<td>2</td>
<td>227</td>
<td>1.0%</td>
<td>1.0%</td>
<td>1.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Trastornos relacionados con la gestación y con bajo peso al nacer</td>
<td>P07</td>
<td>443</td>
<td>2</td>
<td>445</td>
<td>2.0%</td>
<td>2.0%</td>
<td>2.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Afecciones por diabetes mellitus diabetica</td>
<td>M30</td>
<td>386</td>
<td>0</td>
<td>386</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Afecciones por diabetes mellitus diabetica</td>
<td>M30</td>
<td>386</td>
<td>0</td>
<td>386</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Trastornos relacionados con el enfriamiento en el nacimiento y con bajo peso al nacer</td>
<td>P05</td>
<td>380</td>
<td>0</td>
<td>380</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Enfermedades por vacunas y antígenos</td>
<td>P04</td>
<td>382</td>
<td>0</td>
<td>382</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Enfermedades por vacunas y antígenos</td>
<td>P04</td>
<td>382</td>
<td>0</td>
<td>382</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
<td>1.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Cuerpo extraño extraño</td>
<td>M20</td>
<td>28</td>
<td>1</td>
<td>29</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Cuerpo extraño extraño</td>
<td>M20</td>
<td>28</td>
<td>1</td>
<td>29</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.1%</td>
<td>0.1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNHU 2014

Gráfico 26: Egresos hospitalarios según genero HNHU - Año 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Genero</th>
<th>Total</th>
<th>Femenino</th>
<th>Masculino</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADULTO</td>
<td>6.8%</td>
<td>7.1%</td>
<td>23.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>JOVEN</td>
<td>4.2%</td>
<td>27.8%</td>
<td>1.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>ADOLESCENTE</td>
<td>1.3%</td>
<td>3.1%</td>
<td>8.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>NIÑO</td>
<td>8.0%</td>
<td>7.4%</td>
<td>23.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNHU 2014
que los menos propensos son los que utilizan más el servicio (joven y adulto). Este hecho se justifica por alto índice de atención a la gestación, parto y puerperio.

Los egresos de hospitalización según sexo, predominantemente un 69.3% corresponde a sexo femenino y 30.7% al sexo masculino. En el Gráfico 27 se observa que para el 2014, del total de 22,882 egresos, el 23.7% proceden de San Juan de Lurigancho, 21.5% del Distrito de El Agustino, 13.4% del Distrito de Santa Anita, 12.2% de Ate; y en conjunto estos 4 distritos constituyen como distritos usuarios con 70.8% de las hospitalizaciones; mientras otros distritos incluidas de referencia nacionales suman un 29.2%. El total de egresos hospitalarios, proceden de 671 distritos; sin embargo el 84.9% de los egresos proceden de los 10 primeros distritos, como se puede observar en el Gráfico 27.

**B.1.1. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION**

En cuanto a los egresos hospitalarios (Tabla 19), se observa una clara inclinación por sexo femenino. Dentro de las 10 primeras categorías diagnósticas de egresos el 27.4% corresponden a problemas obstétricos de la mujer, seguidas de displacitis aguda 5.6% y colelitiasis 2.9%, los problemas del recién nacido representan el 5.8% y la TB respiratoria el 1.5%; generando en total el 43.2% de la demanda de hospitalización. Sin embargo 84 categorías diagnósticas han sido causa del 80% de las hospitalizaciones de un total de 818.

Según análisis de resultados de la Tabla 20, se aprecia 3888 egresos que corresponden a la etapa de vida niño (0 a 11 años), donde la prevalencia de la sepsis bacteriana del recién nacido con 13.6%. Sin embargo dentro de la diez primeras causas están problemas relacionados con bajo peso al nacer, transplantados relacionados al feto por el embarazo prolongado, ictericia neonatal, asma y epoc. La demanda de hospitalización en este grupo de edad fue por 295 categorías diagnósticas, de las cuales 34 han generado el 80.3% de los egresos y las 10 primeras causas representan el 62% de las causas de hospitalización.

Los adolescentes por ser un grupo especial, no solo por su característica física si no por otras senso motoras que muchas de ellos están en proceso de maduración, necesitan una atención especializada, y cada morbilidad debería analizarse por separado. En la Tabla 21 se observa que el
19.9% de egresos fue atendida por parto espontáneo, correspondiendo casi a la quinta parte del total de esta población atendida.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Dx CAT</th>
<th>12 a 17 A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>F</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Parto único espontáneo</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Aborto no especificado</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Apendicitis aguda</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Diabetes mellitus no insulinodependiente</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Enfermedad por VIH/SIDA, sin otra especificación</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Infección por VIH/SIDA</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Otros trastornos del sistema urinario</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Neumonía, organismo no especificado</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Síndrome nefrítico crónico</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Hernia inguinal</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Todas las demás causas</td>
<td>214</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNU 2014

Si bien la gestación ocupa mayor tiempo en el uso de los servicios, se debe analizar causa de la gestación; a esta edad, mayoría de ellas no han procreado hijos previa planificación, tal como reporta mucho estudios, que la gestación en los adolescentes es producto de la "improvisación sexual", como resultado, apreciándose en nuestro análisis, el "aborto no especificado" (6.5%) como la tercera causa, como segunda causa se tiene aborto aguda (18.5%), efecto tóxico de placuigidas (11%), tuberculosis respiratoria (2.1%), causas relacionadas por complicaciones de gestación no planificada. En gran parte, es responsabilidad de los establecimientos de salud de primer nivel, quienes deben procurar mejorar estrategias de prevención; de manera disminuir la creciente demanda. En tanto en nuestro nivel, los servicios encargados de esta área, deben estar preparados para ofrecer mejor las respuestas de atención por ser un grupo especial y una demanda creciente.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Dx CAT</th>
<th>18 a 29 A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>F</td>
<td>M</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aborto no especificado</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Parto único espontáneo</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Apendicitis aguda</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Diabetes mellitus no insulinodependiente</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Enfermedad por VIH/SIDA</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Infección por VIH/SIDA</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Síndrome nefrítico crónico</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Neumonía, organismo no especificado</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Otros trastornos del sistema urinario</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Hernia inguinal</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Todas las demás causas</td>
<td>109</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FUENTE: OESA-HNU 2014

Entre los problemas más frecuentes de la etapa joven (Tabla 22), está el aborto no especificado y el parto único como las primeras dos causas priorizadas que suman el 22.5%, como tercera causa la appendicitis aguda 6.3%, las restantes causas priorizadas corresponden a parto único por cesárea y patologías durante el embarazo, lo que estaría relacionado por edad reproductiva de la población, siendo considerado normal en el proceso salud enfermedad, sin embargo los abortos es un indicador negativo persistente en comparación con el año anterior.

En los adultos (Tabla 23), también se tiene que el parto único espontáneo y el aborto constituyen las primeras causas de hospitalización (25.2%). Entre las otras causas se tiene appendicitis aguda, coleiitis, parto único por cesárea, VIH/SIDA, tuberculosis respiratoria, Síndrome nefrótico crónico. El gran grueso de patologías de especialidad se concentran en 514 categorías
diagnósticas de las cuales las 10 primeras causas sólo representan el 45.6%. Sin embargo para una adecuada toma de decisiones es necesario intervenir 74 categorías diagnósticas que representan el 80% de la demanda de hospitalización atendida durante el año 2014.

En el grupo adulto mayor (Tabla 24), a diferencia del año pasado predomina la coletilitiasis y la neumonía con 11.3%, seguida de enfermedades crónico degenerativas y metabólicas. La neumonía es la causa más importante de la hospitalización, en su mayoría adquirida intra-hospitalaria, cual indica un bajo control de los factores adyacentes preventivos de las IIH, al igual que el año anterior.

C. MORBILIDAD EN EMERGENCIA

En el Gráfico 28 se observa que la demanda de emergencia del 2014, ha disminuido discretamente en relación al año anterior.

En la Tabla 25, se muestra la distribución de atenciones según etapas de vida atendidas en el servicio de emergencia, el 31% de estas atenciones corresponde a la etapa de vida Adulto (30-59 años) con 22534 atenciones, en segundo con 27.6% la etapa de vida Joven con 20037 atenciones y en tercer lugar la etapa niño (0-11 años) con 16537 atenciones que corresponde al 22.8% del total de las atenciones, lo mismo se puede observar en el Gráfico 29.

El Gráfico 29 se representa el porcentaje de atenciones en cada etapa de vida y sexo, se muestra que las etapas de vida con mayor número de atenciones es la etapa de Adulto, Joven y niño, la proporción según género hay predominio del femenino característica similar a la presentada entre los atendidos en los servicios de hospitalización.

La distribución por género de los atendidos en emergencia se muestra en el Gráfico 30. Es claro el predominio del sexo femenino (58.7%), especialmente entre los adultos y jóvenes, característica similar a la presentada entre los atendidos en los servicios de hospitalización.

En el Gráfico 31 se aprecia que en el 2014, la población total atendida en el servicio de emergencia fue 72653, el 85% de estas atenciones se distribuye en diez distritos, el 23% de estas corresponden a pacientes procedentes del Agustino, en segundo lugar Santa Anita 19% y San Juan de Lurigancho con 17%, seguido de Ate, San Martín de Porres, Villa María del Triunfo, Pachacamac, Lima, Lurigancho y La Molina.

El dolor abdominal y pélvico, así como las anormalidades de la dinámica del trabajo de
En dicho servicio, las gastroenteritis y los traumatismos se presentan también como causas significativas. (Tabla 26)

En la Tabla 27, se evidencia la morbilidad de la etapa niño atendida en el servicio de emergencia, donde las primeras causas suman el 56% de las atenciones, teniendo en primer lugar la fiebre de origen desconocido con 14%, seguida de la rinofaríngitis aguda con 8% y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 8%. Cabe destacar que el 80% de las atenciones corresponden a 36 de un total de 422 categorías diagnósticas que se registraron.

Tabla 27: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DEL NIÑO EN EMERGENCIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Dx CAT</th>
<th>&lt;1 A</th>
<th>1-4 A</th>
<th>5-11 A</th>
<th>0-11 A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F</td>
<td>M</td>
<td>H</td>
<td>F</td>
<td>M</td>
<td>H</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Fiebre de origen desconocido</td>
<td>326 388 714</td>
<td>562 584 1146</td>
<td>211 205 416</td>
<td>1096 1177 2276</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Rinofaríngitis aguda (resfriado común)</td>
<td>243 312 556</td>
<td>265 343 608</td>
<td>79 113 192</td>
<td>587 769 1356</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</td>
<td>185 232 417</td>
<td>310 386 696</td>
<td>86 101 187</td>
<td>581 719 1300</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Faringitis aguda</td>
<td>66 85 151</td>
<td>186 276 462</td>
<td>105 118 223</td>
<td>357 477 834</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>50 72 122</td>
<td>106 105 211</td>
<td>181 224 405</td>
<td>349 401 750</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Herida de la cabeza</td>
<td>12 93 104</td>
<td>228 305 533</td>
<td>52 176 228</td>
<td>196 414 513</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Bronquiolitis aguda</td>
<td>113 176 289</td>
<td>110 148 258</td>
<td>18 35 53</td>
<td>241 381 602</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Traumatismo intracraneal</td>
<td>51 55 106</td>
<td>149 180 329</td>
<td>59 87 146</td>
<td>259 322 581</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Apenas</td>
<td>14 25 39</td>
<td>87 113 180</td>
<td>132 208 340</td>
<td>213 346 559</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo</td>
<td>15 18 33</td>
<td>55 111 166</td>
<td>62 91 153</td>
<td>132 220 352</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Traumatismos múltiples, no especificados</td>
<td>6 8 12</td>
<td>7 22 29</td>
<td>19 25 44</td>
<td>32 55 85</td>
</tr>
<tr>
<td>422</td>
<td>TOTAL</td>
<td>1885 2375 4260</td>
<td>3219 4028 7247</td>
<td>2109 2917 4204</td>
<td>7213 9220 16533</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 28: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADOLESCENTES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Dx CAT</th>
<th>0-17 A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F</td>
<td>M</td>
<td>H</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>345 120 464</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto</td>
<td>369 7 139</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Fiebre de origen desconocido</td>
<td>14 99 113</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Rinofaríngitis aguda</td>
<td>69 171 240</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo</td>
<td>52 88 140</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Herida de la cabeza</td>
<td>12 174 286</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Traumatismos múltiples, no especificados</td>
<td>7 14 21</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Apenas</td>
<td>7 7 14</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Todas las demás</td>
<td>509 425 934</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En la etapa de vida Adolescente (Tabla 28), como primera causa de morbilidad se encuentra Dolor abdominal y pélvico con 10% (468 atenciones), en segundo (8%) las anormalidades de la dinámica del trabajo de parto y tercer lugar (3%) fiebre de origen. Las diez causas de morbilidad representan...
el 40% de las atenciones; mientras que 60 categorías diagnósticas de las 346 registradas generan el 80% de la demanda atendida en esta etapa de vida.

Entre las atenciones de emergencia en la etapa de vida joven (Tabla 29), la primera causa de morbilidad corresponde a las anomalidades de la dinámica del trabajo de parto con 16% (3327 atenciones); otros diagnósticos de importancia incluyen dolor abdominal y pélvico y daños traumáticos. En la etapa adulta como se observa en la Tabla 30, la primera causa de morbilidad es Dolor Abdominal y pélvico con 10%, seguido por anomalidades de la dinámica del trabajo de parto y lesiones traumáticas. En esta etapa, las diez primeras causas de morbilidad de emergencia corresponde a 37% de las atenciones; y 69 categorías diagnósticas de 667 registradas, generan el 80% de la demanda. En la etapa de vida Adulto Mayor (Tabla 31), el dolor abdominal y pélvico ocupa el primer lugar con 8%, pero en segundo lugar está la

### Tabla 29: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DEL JUNIO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>TOT_AL</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto</td>
<td>352</td>
<td>0</td>
<td>352</td>
<td>18%</td>
<td>18%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>1056</td>
<td>443</td>
<td>1499</td>
<td>7%</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Hemorragia precoz del embarazo</td>
<td>1292</td>
<td>0</td>
<td>1292</td>
<td>6%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Falso trabajo de parto</td>
<td>1018</td>
<td>2</td>
<td>1100</td>
<td>5%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Herida de la cabeza</td>
<td>1700</td>
<td>534</td>
<td>2234</td>
<td>3%</td>
<td>39%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Ablación no especificado</td>
<td>543</td>
<td>0</td>
<td>543</td>
<td>3%</td>
<td>41%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo</td>
<td>164</td>
<td>382</td>
<td>546</td>
<td>3%</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Infección de las vías gastrointestinales en el embarazo</td>
<td>412</td>
<td>0</td>
<td>412</td>
<td>3%</td>
<td>46%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo</td>
<td>165</td>
<td>295</td>
<td>460</td>
<td>2%</td>
<td>48%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Herida de la muñeca y de la mano</td>
<td>60</td>
<td>319</td>
<td>379</td>
<td>2%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Otros traumas de ansiedad</td>
<td>9</td>
<td>22</td>
<td>31</td>
<td>0%</td>
<td>80%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Total general: 14257 6942 21299 100%

### Tabla 30: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>TOT_AL</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>1487</td>
<td>863</td>
<td>2350</td>
<td>10%</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto</td>
<td>1516</td>
<td>1516</td>
<td>3032</td>
<td>7%</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Falso trabajo de parto</td>
<td>1441</td>
<td>542</td>
<td>1983</td>
<td>3%</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte</td>
<td>246</td>
<td>261</td>
<td>507</td>
<td>6%</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Hipertensión arterial (primaria) Hipertensión arterial (segunda)</td>
<td>170</td>
<td>94</td>
<td>264</td>
<td>3%</td>
<td>16%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Diabetes melitus, no especificada</td>
<td>164</td>
<td>250</td>
<td>414</td>
<td>3%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo</td>
<td>125</td>
<td>116</td>
<td>241</td>
<td>3%</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Diabetes y gangrenantes de presunto origen infeccioso</td>
<td>100</td>
<td>71</td>
<td>171</td>
<td>2%</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Infectión de orina</td>
<td>121</td>
<td>216</td>
<td>337</td>
<td>2%</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Diabetes intracraneal</td>
<td>120</td>
<td>216</td>
<td>336</td>
<td>2%</td>
<td>25%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Otros enfermedades del sistema digestivo</td>
<td>70</td>
<td>101</td>
<td>171</td>
<td>2%</td>
<td>31%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo</td>
<td>45</td>
<td>96</td>
<td>141</td>
<td>2%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Otros traumatismos(varias categorías)</td>
<td>21</td>
<td>30</td>
<td>51</td>
<td>0%</td>
<td>80%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Total general: 15860 370 16220 100%

### Tabla 31: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADULTO MAYOR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>TOT_AL</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Dolor abdominal y pélvico</td>
<td>450</td>
<td>271</td>
<td>721</td>
<td>8%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte</td>
<td>246</td>
<td>261</td>
<td>507</td>
<td>6%</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Hipertensión arterial (primaria) Hipertensión arterial (segunda)</td>
<td>170</td>
<td>94</td>
<td>264</td>
<td>3%</td>
<td>16%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Diabetes melitus, no especificada</td>
<td>164</td>
<td>250</td>
<td>414</td>
<td>3%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo</td>
<td>125</td>
<td>116</td>
<td>241</td>
<td>3%</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Diabetes y gangrenantes de presunto origen infeccioso</td>
<td>100</td>
<td>71</td>
<td>171</td>
<td>2%</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Infectión de orina</td>
<td>121</td>
<td>216</td>
<td>337</td>
<td>2%</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Diabetes intracraneal</td>
<td>120</td>
<td>216</td>
<td>336</td>
<td>2%</td>
<td>25%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Otros enfermedades del sistema digestivo</td>
<td>70</td>
<td>101</td>
<td>171</td>
<td>2%</td>
<td>31%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo</td>
<td>45</td>
<td>96</td>
<td>141</td>
<td>2%</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Otros traumatismos(varias categorías)</td>
<td>21</td>
<td>30</td>
<td>51</td>
<td>0%</td>
<td>80%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Total general: 472 472 944 100%

### D. MORTALIDAD

#### D.1. MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

Cuando se observa los egresos hospitalarios, la frecuencia de atención predominantemente está concentrada en la etapa dulto y joven, seguida de etapa niño y adulto mayor; mientras que el comportamiento de la mortalidad en hospitalización la etapa con mayor mortalidad es el adulto mayor con una tasa de mortalidad de 12.9%; seguido de...
Todas las demás 28 44 72 20% 100%

Total 175 187 360 100%

FUENTE: OESA-HNU 2014

Todas las demás 76 57 162 19.9% 100%

NEO 79 38 117 33% 100%

TOTAL 233 233 466 100%

Tabla 35. MORTALIDAD SEGÚN CAUSA Y SEXO HOSPITALIZACION MEDICINA - HNU 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>DiCat</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Neumonía, organismo no especificado</td>
<td>32</td>
<td>22</td>
<td>54</td>
<td>15%</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Fibrosis y círculos del hígado</td>
<td>7</td>
<td>22</td>
<td>29</td>
<td>8%</td>
<td>23%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Otras enfermedades cerebrovasculares</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>18</td>
<td>5%</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Tumor maligno del estómago</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>20</td>
<td>4%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Diabetes mellitus no insulinodependiente</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>3%</td>
<td>15%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Insuficiencia renal crónica</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>3%</td>
<td>38%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Tumor maligno de los bronquios y del pulmón</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>3%</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Otras enfermedades pulmonares intersticiales</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>2%</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Tumor maligno del hígado y las vías biliares</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>2%</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1%</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Trastornos fibroblásticos</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>1%</td>
<td>80%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Todas las demás</td>
<td>28</td>
<td>44</td>
<td>72</td>
<td>20%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Total</td>
<td>175</td>
<td>187</td>
<td>360</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
En la Tabla 36 observamos que las diez primeras causas de muerte en el servicio de neonatología, representan el 95% de un total de 14 causas de fallecimiento, siendo la primera causa la Sepsis bacteriana del recién nacido (40%) y la segunda los Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con BPN (15%).

En el servicio de Gineco-óbstétrica (Tabla 37) sólo se han registrado cinco causas de muerte, con cinco fallecidos.

En el servicio de medicina (Tabla 35), si acumulamos las causas crónicas degenerativas serían las de mayor riesgo sin embargo la de mayor riesgo individual es la neumonia con mayor frecuencia en mujeres a pesar que la mayor mortalidad en este servicio está en el sexo masculino.

En el servicio de cirugía de especialidades (Tabla 39), las cuatro primeras causas que acumulan el 40% de la carga de mortalidad, son las sepsis, TEC, insuficiencia cardíaca y tumores malignos de hipoofaringe. En este servicio se registró muertes por 16 categorías diagnósticas de las cuales sólo 12 generan el 80% de las muertes.

La tasa de mortalidad en servicio de neurología para el año 2014 (Tabla 40) fue de 17.6%, mientras que en el 2013 fue de 35.4%. Siendo la TB respiratoria en sus diferentes categorías la que causa el 46% de las muertes en este servicio, donde se registraron 23 categorías diagnósticas como causa de muerte.

La alta mortalidad por TB en nuestro hospital es debido a que somos el establecimiento de salud con la mayor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>DxCat</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total general</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Hemorragia intraencefálica</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1 20% 20%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Tumor maligno del ovario</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1 20% 40%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Eclampsia</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1 20% 60%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Carcinoma in situ del cuello del útero</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1 20% 80%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Paro cardíaco</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1 20% 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>5 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>DxCat</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total general</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Neumonía, organismo no especificado</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3 10% 55%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Traumatismo intracraneal</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1 10% 25%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Edema pulmonar Edema agudo del pulmón Congestión</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 38%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>enfermedad por VIH (SIDA), sin otra especificación</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 43%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 48%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Hemorragia subaracnoidea</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2 10% 10%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Aparato respiratorio obstructivo</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 35%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Broncocele Bronquiectasia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 70%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Tubo de comportamiento incierto o desconocido de los bronquios endoscopia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 50%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Complicaciones consecutivas al aborto</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2 10% 50%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Otras complicaciones al aborto</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 81%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Edema pulmonar Edema agudo del pulmón Congestión</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 91%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Total</td>
<td>13</td>
<td>7</td>
<td>20 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>DxCat</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total general</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Otras septicemias</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3 10% 55%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Traumatismo intracraneal</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1 10% 25%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Insuficiencia cardíaca</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1 10% 35%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Tumor maligno de la hipoofaringe</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 40%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 46%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Complicaciones peculiares de la hemorragia y apneustia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 50%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Hemorragia subaracnoidea</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 55%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Tubo de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo y</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 60%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Otras enfermedades cardíacas y circulatorias</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 65%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Tubo de comportamiento incierto o desconocido de la vena y del no especificados</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 70%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Total</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
<td>14 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>DxCat</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total general</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriología o histológicomente</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>34 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Neumonia, organismo no especificado</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
<td>20 86% 50%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td>4 3% 93%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Secueias de tuberculosis</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>6 10% 56%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Tumor maligno de los bronquios y del pulmón</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>4 10% 74%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Otras enfermedades pulmonares intercorticlas</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>4 10% 73%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Tubercolosis miliar</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2 2% 8%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Tubercolosis respiratoria, confirmada bacteriológica o histológicomente</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3 2% 8%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Otras septicemias</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3 3% 86%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Broncocele Bronquiectasia</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1 5% 81%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Total</td>
<td>23</td>
<td>13</td>
<td>36 100%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.4%, siendo mayor en el sexo femenino.

La mortalidad en servicio de cirugía general (Tabla 42), está generada por 31 categorías diagnósticas, de las cuales 18 han generado el 80% de las muertes y las primeras causas han generado el 62% de dichos fallecimientos. La tasa de mortalidad en este servicio es relativamente baja, de 1.2%, sin diferencias significativas si lo evaluamos según sexo, como se puede observar en la Tabla 34.

Las mayores tasas de mortalidad las tenemos en la unidad de terapia intensiva (UTI), con 81.4% para el 2014. En la Tabla 43 se evidencia que el total de muerte fueron causas por 40 categorías diagnósticas, de las cuales solo 26 generaron el 80% de los fallecimientos y las 10 primeras categorías diagnósticas han generado el 50% de las muertes, de las cuales la primera cuasa fue la neumonía, seguido de las complicaciones del sistema urinario y las enfermedades pulmonares.

D.2. MORTALIDAD EN SERVICIO DE EMERGENCIA

En la Tabla 44, se muestra que la Tasa de mortalidad en Emergencia del HNNU, para el 2014 fue de 0.9% con mayor riesgo de muerte en el género masculino con una tasa de mortalidad de 1.3%; y la mayor tasa se concentra en la etapa de vida adulto mayor con 4% y las menores tasas en la etapa de vida niño y adolescente con 0.2%.
En la Tabla 46 vemos las causas de mortalidad según sexo en Emergencia durante el 2014, donde 115 categorías diagnósticas han causado el 100% de muertes, de las cuales solo 26 han generado el 80% de los fallecimientos y las 10 primeras causas han ocasionado el 62% de las muertes; siendo la primera los diagnósticos de muerte mal definidos, seguido de la insuficiencia respiratoria, otras septicemias, TEC y otras enfermedades cerebrovasculares dentro de las 5 primeras que han generado el 50% de las muertes. Hay que prestar especial atención a las causas mal definidas, que nos indica un mal registro por parte del personal médico tratante del servicio de emergencia.

Si vemos la mortalidad según tópico de atención de Emergencia (Tabla 45), evidenciamos que Trauma Shock, alcanza una tasa de 20.6%, seguida del Tópico de Medicina con una TM de 2%; el tópico con menor TM durante el 2014 fue Gineco-Obstetricia, con 0.01%. Los tópicos de Cirugía, Pediatría y Traumatología registran tasas de mortalidad menores a 1%.

La tasa de mortalidad en el tópico de cirugía de emergencia es relativamente baja alcanzando 0.3%, siendo la primera causa (Tabla 47) el traumatismo intracraneal con el 16% de las muertes de este servicio. 19 de 30 categorías diagnósticas son las que han generado el 80% de los fallecimientos. En la Tabla 48 se evidencia que durante el 2014 se produjeron solo 2 fallecimientos en el tópico de emergencia de Gineco-Obstetricia, con una tasa de mortalidad de 0.01%.

El servicio donde se han producido mayor cantidad de fallecimientos es el tópico de Medicina de Emergencia con 359 defunciones a predominio del sexo masculino con una razón de masculinidad de aproximadamente 2/1; alcanzando una TM de 2% que está por debajo del estándar para el nivel del hospital que debe ser ≤3%. Se registró 74 categorías diagnósticas como causa de muerte, de las cuales solo 22 han generado el 80% de las defunciones; las diez primeras causas han generado el 65% de las muertes en este servicio. Sin embargo es importante considerar que tenemos un alto nivel de mal diagnóstico de causa de muerte porque la primera causa es “otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad” que representa el 21% de los fallecidos en este tópico.
defunciones durante el 2014, a pesar de la gravedad de casos que se atienden.

En la Tabla 52 se muestra las causas de muerte de las defunciones ocurridas en Trauma-Shock de Emergencia, donde durante el 2014 ocurrieron 223 fallecimientos de un total de 1085 egresos atendidos con TM específica de 20.6%, tasa relativamente alta pero que en comparación con otros hospitales de nuestro nivel estamos por debajo del promedio nacional.

Tabla 51.- MORTALIDAD SEGÚN CAUSA y SEXO EN TÓPICO TRAUMATOLOGÍA SERVICIO DE EMERGENCIA - HNNU 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Categoría Dx</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Herida de la cabeza</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>25%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>25%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Fractura del fémur</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>25%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Traumatismo de tendón y músculo a nivel de la cadera y del muslo</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>25%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Total</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 52.- MORTALIDAD SEGÚN CAUSA y SEXO EN TÓPICO TRAUMA-SHOCK SERVICIO DE EMERGENCIA - HNNU 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº</th>
<th>Categoría Dx</th>
<th>F</th>
<th>M</th>
<th>Total</th>
<th>h</th>
<th>H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad</td>
<td>16</td>
<td>27</td>
<td>43</td>
<td>19%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte</td>
<td>13</td>
<td>16</td>
<td>29</td>
<td>13%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Traumatismo intaracraenal</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>23</td>
<td>10%</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Otras septicemias</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
<td>20</td>
<td>9%</td>
<td>52%</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Paro cardíaco</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>6%</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Otras enfermedades cerebrovasculares</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>4%</td>
<td>52%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Insuficiencia renal aguda</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>3%</td>
<td>85%</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Choque, no clasificado en otra parte</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>3%</td>
<td>68%</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Otras síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y endocrino</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>2%</td>
<td>70%</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Neumonía hereditaria e idiopática</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1%</td>
<td>71%</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>hipertensión arterial aguda</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1%</td>
<td>81%</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>hipertensión arterial aguda</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1%</td>
<td>81%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Todas las demás</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>43</td>
<td>19%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Total general</td>
<td>35</td>
<td>152</td>
<td>187</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
IV. ACCESIBILIDAD

El hospital está en una zona estratégica, un centro referencial de los conos y centro metropolitano - zonas de alta densidad poblacional y desarrollo habitacional. Se deduce que la gran accesibilidad geográfica que tiene para todos los distritos de su área de afluencia. Así, la Vía de Evitamiento y Ramiro Priale permiten el acceso de la población residente en los distritos de Santa Anita, Ate, La Molina, Cieneguilla, Lurigancho, Chaclacayo, Matucana y de la provincia de Huarochirí. El acceso es facilitado por el “Puente Nuevo”, entre los distritos de SJL y el Agustino, siendo la población de San Juan de Lurigancho la que transite hacia el Agustino. Así mismo, la Av. Riva Agüero facilita el acceso de los pobladores del Agustino y por la Vía de Evitamiento la población del Cono Sur.

Razones que justifiquen para incremento de las emergencias de accidentes de tránsito por la oportunidad de acceso de nuestro hospital, creando cada vez más brechas asistenciales en los tópicos de emergencia, obligando a ampliar la infraestructura, recursos logísticos y recursos humanos; o de lo contrario en menos de 5 años habría una sobre población y demandas descontentos.

V. ANÁLISIS DE LA OFERTA

5.1. GESTIÓN

La administración ha implementado procesos y procedimientos que han mejorado en eficiencia, se están realizando los procesos para que la documentación se oficialice.

Se han mejorado sustancialmente con proyectos de infraestructura, equipamiento, contratación de recursos humanos, sin embargo todavía tenemos una brecha importante de recursos humanos.

Actualmente se tiene un proyecto importante que es la reconstrucción del Hospital mediante APP; lo cual al concretarse le dará la infraestructura idónea y adecuada para garantizar una atención con la modernidad tecnológica y garantizando procesos de calidad y con alta eficacia y eficiencia.

Capacitación y fortalecimiento de recursos humanos básicamente personal asistencial.

El fortaleciendo de los medios de información gerencial, para el análisis y toma de decisiones, como de información en línea.

5.2. PRODUCTIVIDAD

5.2.1. CONSULTA EXTERNA

Durante el año 2014 en consulta externa, se realizaron 413,113 atenciones y 75,370 atendidos con una concentración de 5.5, y un rendimiento hora médico promedio de 4.4 paciente aceptable según recomendaciones nacionales.

Comparando la producción por servicios en los últimos seis años, los servicios de Medicina, Cirugía y Estrategias Sanitarias (en Infectología y CENEX) atienden más pacientes.

En el año 2014, las atenciones en gineco-obstetricia y Estrategias Sanitarias antes “Programas de Salud” han disminuido en relación con años anteriores. Mientras los servicios de Pediatría,
Neumología y Cirugía de Tórax mantienen niveles de atención casi estables según los años evaluados.

Las oscilaciones temporales que sufre el registro en los servicios de Psicología, Cardiología y Traumatología entre 2012 y 2014, se debe a la ausencia de datos en estos años, lo cual obstaculiza ver la frecuencia de morbilidad a través de los años entre los servicios.

5.2.2. HOSPITALIZACIÓN

Los egresos hospitalarios en el año 2014 alcanzaron una cifra de 22882, ligeramente incremental desde el año 2012. Con promedio de estancia hospitalaria de 7 días/paciente una cifra mayor del estándar nacional (4-5); el porcentaje de ocupación de cama fue de 98%, por encima del estándar recomendado (75-80%); el intervalo de sustitución de camas fue de 1 día, resultado óptimo frente al período pasado (> 1 día).

La evolución de los egresos hospitalarios en los últimos diez años por servicio. Si bien en el servicio de medicina se aprecia un crecimiento sostenido este es leve, siendo más intenso en los servicios pediátricos.

En el caso del servicio de pediatría el crecimiento es más abrupto, especialmente a partir del año 2003, habiendo un incremento de casi más del 50% de egresos hospitalarios en el año 2014 respecto al año 2000.

Se observa en para obstetricia estos se han decrecido notoriamente y en cirugía ha sufrido un ligero aumento, no así en otras especialidades que no han sufrido variación, y hasta han decrecido como neumología.

5.2.3. EMERGENCIA

Para el año 2014 las atenciones de emergencia han disminuído discretamente en relación al año 2013; pero muy por encima de lo ocurrido en hasta el año 2006, año en que la jurisdicción de San Juan de Lurigancho pasa a la DISA IV Lima Este; similar comportamiento de la demanda ha sucedido en los tópicos de Cirugía y Gineco-Obstetricia, donde se ha incrementado la demanda con 45,881 atenciones para el año 2005 y 55,247 para el año 2010, y éstas han sufrido una reducción paulatina hasta el año 2011, pero nuevamente hay incremento a partir del 2012. Así mismo se observa el incremento de la demanda de accidentes cubiertos por el SOAT y el SIS.

Estos incrementos tercio de la demanda establecida al inicio de 2005, actualmente crean demanda insatisfecha en la oferta, kondicionando indirectamente necesidad de ampliación en cuanto a equipamiento, infraestructura, recursos humanos, que necesariamente requiere mayor presupuesto para el siguiente año; esperemos que con la viabilidad de la reconstrucción del HNHU con la APP se resuelva esta situación.

5.3. RECURSOS HUMANOS

El hospital tiene al 2014, cerca de 2,356 trabajadores, entre todas las modalidades contractuales, nombradas, contratado plazo fijo y por servicio no personales, de ellos, 604 son profesionales de la salud (292 médicos, 190 enfermeras, 39 tecnólogos médicos, 27 obstetras, 9 cirujanos dentistas, 9 nutricionistas y otros profesionales que suman 42 profesionales de apoyo, 714 técnicos categorizados, 234 auxiliares categorizados y 8 funcionarios y directivos.

A pesar de haber incrementado personal de enfermería este sigue siendo insuficiente, tal como recomienda los estándares internacionales (1 enfermera por 40 pacientes hospitalizados, 1 enfermera por cada 2 camas de trauma-shock y 1 por cada 4 camas de observación en emergencia).

Hay una brecha de más de 40% de personal nombrado, que no está presupuestado en el CAP aprobado para el Hospital, teniendo actualmente aproximadamente un tercio de su personal financiado por CAS y Recursos Directamente Recaudados.
Se ha mejorado la orientación a la capacitación del personal, con mayor presupuesto, pero es insuficiente para el nivel del Hospital III-I, por su naturaleza debe tener recursos humanos capacitados, comprometidos, con plena identificación institucional, motivación, etc tal como exige empresas exitosas. Por ello se está promoviendo una mejorar en la gestión de los recursos humanos, orientadas al logro de los objetivos institucionales y al desarrollo individual y colectivo.

Por ello se está reforzando los programas de las competencias mínimas y un programa de inducción.

5.4. MATERIAL Y EQUIPOS

Se ha mejorado el flujo de recursos físicos, a diferencia de otros años, sin embargo persisten inadecuadas programaciones por parte de los servicios, como de disponer de información de consumos o falta de actualización de los estados de insumos y el adecuado manejo de las existencias algunas son consideradas como críticas, presentando deficiencias en la provisión de servicios. Esto requiere un mejor manejo de almácén y disponer de bienes trazadores medicinas e insumos críticos con informes actualizados, básicamente en cuanto a fortalecimiento de recursos humanos.

Se requiere actualizar el petitorio para mejorar dotación de insumos y medicamentos de acuerdo al uso más frecuente de nuestra especialidad, tomando en cuenta el análisis de pareto, a fin de coberturar oportunamente básicamente para los usuarios del SIS, SOAT y Convenios que forman gran bolsón de potenciales consumidores, para disminuir el actual descontento.

Casi la totalidad de equipos biomédico presentan marcada deficiencia en su funcionamiento, requiriéndose un estudio para el equipamiento de acuerdo al nivel de acreditación esperado y la capacidad resolutiva. Además, no existe programa de mantenimiento preventivo correctivo para dichos equipos, por lo que actualmente se brinda mantenimiento correctivo “a demanda”, según las necesidades presentadas por respectivos unidades, por tanto debe disponerse del número de equipos y su nivel de obsolescencia en el margen de bienes para la cantidad de bienes en calidad de baja.

La capacidad de respuesta del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos se ve limitada debido a la falta de equipos y mobiliario, especialmente en el servicio de Emergencia. La unidad de cuidados intensivos con la propuesta prescrita ha mejorado su estructura y equipamiento, al igual que la Unidad de Cuidado de emergencia.

Del sistema de transporte aún es insuficiente, a la fecha, se cuenta con un nuevo ambulancia de tipo III, aunque todavía se cuenta con las 3 ambulancias antiguas, dos como transporte y una pobrementé equipada, tienen más de 15 años en servicio, estos indicadores hacen notar el grado de incumpliendo con los estándares de ambulancia para la categoría del hospital y, más a las normas de traslados del pacientes (Según NT 2010).

5.5. FINANZAS

Nuestros financiamiento proceden de dos fuentes principales, los Recursos Ordinarios (RO) y los Recursos Directamente Recaudados (RDR). Actualmente, se dispone de un porcentaje del fondo rotatorio del SISMED y SIS, lo que permite cubrir necesidades institucionales, lo cual para el último trimestre del 2015 ha sido muy crítico.

La asignación presupuestal por RO de acuerdo a la caja fiscal sufre modificaciones, por indicación del MEF y el pliego, ello altera la programación de actividades, afectándose partida por bienes y servicios, ello traslada la cobertura de gastos operativos al ingreso por recaudación el cual se reduce por exoneraciones (12% de ingresos proyectados), lo que afecta en gran medida la ejecución de las actividades programadas. Los RDR son reducidos con relación a nuestros costos, ello principalmente debido a las tarifas sociales que aplicamos, además de las exoneraciones.

No se dispone de medidas de contención de costos, que además orientan una optimización de consumo de insumos, como el mejor control del uso de los galénicos y bienes relacionados al
soporte y provisión de servicios: no están implementados los centros de costos y las medidas necesarias para la reducción de gastos de producción de servicios.

5.6. INFRAESTRUCTURA

- La infraestructura hospitalaria tiene una antigüedad de 66 años. Fue construida con el enfoque preventivo-recuperativo para enfermedades como la Tuberculosis. La distribución de los servicios ha sido hecha por la demanda y la especialización ha generado una modificación y remodelaciones que no han seguido un desarrollo planificado como desarrollar de manera planificada, que debe disponerse de un programa de desarrollo y mantenimiento arquitectónico, que favorezca un crecimiento organizado del hospital.

- Hay daños ocasionados por deterioro en la estructuras central, que se aprecia por fisuras en los pisos que se extienden en profundidad hasta sótanos (hecho en actual mantenimiento); el efecto corrosiva de la humedad y salinización en diferentes ambientes hay mayor deterioro. No existe relación físico-functional entre las unidades de atención a pacientes críticos y áreas de apoyo médico en especial como: emergencia, unidad de terapia intensiva, sala de operaciones, sala de partos y central de esterilización. Esto genera relaciones disfunciones de flujos de personal, pacientes y suministros que se extienden en profundidad hasta sótanos (hecho en actual mantenimiento); el efecto corrosivo de la humedad y salinización en diferentes ambientes hay mayor deterioro. No existe relación físico-functional entre las unidades de atención a pacientes críticos y áreas de apoyo médico en especial como: emergencia, unidad de terapia intensiva, sala de operaciones, sala de partos y central de esterilización. Esto genera relaciones disfunciones de flujos de personal, pacientes y suministros más adecuados, afectándose la bioseguridad y la distribución del flujo de pacientes en tal sentido. Los ambientes de sala de operaciones, emergencia materno infantil, UTI pediátrica, cuidados intermedios y el pabellón de Medicina requieren remodelado o rehabilitado, y generar espacios o unidades de terapia intermedia (UCIN) o de sistemas de soporte.

- En el año 2014 se cuenta con 117 consultorios funcionales para la atención ambulatoria en todas las especialidades que brinda el HNHU. Aún queda pendiente su adecuación y ambientación para una atención orientada por ciclo de vida y tipo de servicio brindado (Prevención, Recuperación y rehabilitación). Sin embargo por la naturaleza de las prestaciones, las modificaciones no requieren cambios sustanciales.

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

- EL abastecimiento de agua potable debe ser optimizado, disponer de mayores reservas físicas y proponer un tratamiento de las aguas, para hacer buen uso de este crítico recurso; se necesita una buena red de distribución, especialmente en áreas críticas del hospital. En tal sentido no contamos con cisterna de agua potable que almacene y abastezca adecuadamente nuestra institución. Se suma a esta deficiencia, la escasa calidad del agua a los centros que la requieren (esterilización, cocina, lavandería, etc.) debido principalmente al continuo desperfecto de los calderos de vapor.

- Las deficiencias del sistema informático debidas al ambiente para servidores y central de soporte como la infraestructura de la red, debe ser implementado de modo urgente para permitir el desarrollo de los sistemas integrados y red informática.

- La ausencia de un centro de acopio para almacenar los residuos sólidos hospitalarios, impide desarrollar aspectos de bioseguridad necesarios para el hospital que implica riesgo de incremento de enfermedades intrahospitalarias, respuesta a esta deficiencia, se lleva a cabo el proyecto de “Dispensación final de residuos sólidos”, que en plazo inmediato se pondrá en funcionamiento.

- No se ha desarrollado áreas de soporte para los usuarios, como servicios higiénicos, información, señalización y atención de reclamos y quejas, mobiliario de espera, entre otros, lo cual requiere mayor énfasis y adecuación de ambientes necesarios.
VI. ANÁLISIS INTEGRADO

- El presente Análisis de Situación de Salud Hospitalario 2014, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, como importante documento de gestión, aspira a lograr como resultado final una visión integral y objetiva del trabajo de todas las instancias asistenciales y administrativas, como expresión de nuestra realidad sanitaria; donde resalta el enfoque multidisciplinario y participativo, amplio, que también se refleja en la predisposición a brindar información integral, real y actualizada (Oficina de Estadística e Informática, Oficina de Personal, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental), complementada lógicamente con otras fuentes importantes de información, aspectos que se corresponden y ratifican también con nuestra total predisposición a acoger y tomar sugerencias orientadas a mejorar el presente documento y que indudablemente van a redundar en la calidad de información en salud y en beneficio de la salud de las poblaciones que atendemos.

- Como política de mejoramiento de infraestructura, desde el año 2005, se viene recuperando la capacidad operativa hospitalaria, por cuanto ya se entregaron servicios con nuevo infraestructura, equipos y actualmente remodelación de otras infraestructuras de nuestro Hospital, entre ellas: optimizándose la oferta en los Servicios de Hospitalización, unidad de cuidados intensivos, medicina física, unidad de imagines, centro quirúrgico que se remodelado en su totalidad, cirugía de tórax y cardio vascular, PCT, y ahora servicio de hemodiálisis.

- Por otra parte, debe recalcarse que el Perú, al igual que otros países periféricos en vías de desarrollo, atraviesa por una fase de transición entre las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, a esta se agrega segmentación poblacional de clase A y B y en pobres y extrema pobreza, donde todavía vulnerables las enfermedades infectocontagiosas, pero al mismo tiempo, por contar con mayor acceso y motivación a estilos de vida inadecuados, también resultan víctimas de las enfermedades no transmisibles.

- En relación a las características socio demográficas y de desarrollo del distrito del Agustino, San Juan de Lurigancho, Santa Anita, en conjunto conforman los 3 tercios de población demandante, y de esta población un tercio de la población son jóvenes, que sin bien las necesidades de saneamiento básico están cubiertas en la mayor parte de la población y la oferta de servicios de educación ha mejorado notablemente, llama la atención que tenga los bajos Índices de Desarrollo Humano de la provincia, donde indudablemente el ingreso per cápita y el aspecto educacional, aún con dificultades, tienen un peso importante y esto es factor importante para condicionar embarazos no deseados que terminan en abortos vs complicaciones, como segunda causa de atención por emergencia para el año 2014.

- En cuanto a la morbilidad por capitulos, en el HNHU 2014, en la consulta externa resaltan como primeras causas de atención la enfermedad de VIH/SIDA, seguida las Enfermedades infecciosas agudas y las enfermedades Nutricionales y Metabólicas desplazándose por debajo de quinta causa al igual que las Enfermedades del Sistema Digestivo y las Enfermedades del Sistema Genitourinario, seguidas de las Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo, así como de las Enfermedades del Ojo y sus Anexos y de las Enfermedades Endocrinas.

- Considerando la morbilidad por grupos de edad, en hospitalización del año 2014, en el Período menor de 1 año (0 - 5 Días y 2 a 28 días), los Trastornos Hemorrágicos y Hematológicos del Feto y del Recién Nacido, los Traumatismos del Nacimiento y de las Infecciones Específicas del Período Perinatal; siguen constituyendo más del 80 % de las atenciones resaltando como principales causas de morbilidad.

- En la Infancia, (de 1 – 11 Años), las principales causas de morbilidad fueron las problemas quirúrgicas (appendicitis), seguida por Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores Infecciones Agudas de las Vías Superiores, las y la Enfermedades diarreicas agudas. En conjunto las enfermedades infecciosas 89% ocupan las causas de atención.
En los Adolescentes (11 – 19 a.): gestación, parto y puerperio son las primeras causas con 43% de total de atenciones, seguida por resto de la patologías infecciosas, como: la tuberculosis, las infecciones de vías urinarias, y las enfermedades parasitarias, como novedad dentro de las diez primeras causas, para el presente año se observa que el 61.8% de egresos están concentradas dentro de las diez causas de morbilidad, contrariamente vista el año anterior que estaba representada con 64% entre otras causas.

Entre los jóvenes (19-29 años) el 60.7% de egresos están representadas por causa gestación, parto y puerperio y restantes de los egresos a consecuencia de enfermedades de origen infecciosa.

Entre los adultos (30 – 59 años), en este grupo no existe alguna enfermedad con mayor frecuencia que estadísticamente que difiere con resto de la patologías atendidas, por cuando según el gráfico de Pareto el 54.7% de las enfermedades están dispersas. Y entre las 45.3% de enfermedades de atención más común que conforman las primeras consultas fueron los causa gestación, parto y puerperio, apendicitis aguda, colédoco litiasis, leiomioma de útero, la diabetes mellitus no insulinodependiente, traumatismos intracraneales, etc.

En el Adulto Mayor, las primeras causas morbilidad para el 2014 fueron las neumonías seguida por colelitiasis y otras enfermedades vasculares, en general 74.4% de enfermedades están dispersos propias de especialidad, como: insuficiencia renal, fibrosis y cirrosis de hígado, Tumor maligno del esófago, Ceguera y disminución de la agudeza visual, Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central, Otras enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares.

En cuanto a la Morbilidad en Emergencia para el año 2014, el grupo etáreo de mayor demanda es el adulto, luego joven y niño, sin embargo hay un incremento importante del adulto mayor; en general el 58.7% de las tenciones de emergencia son de sexo femenino. El dolor abdominal y pélvico es la primera causa, pero dentro de las diez primeras causas están problemas del embarazo y parto, y daños traumáticos. 71 categorías diagnósticas de las 994 registradas son las que genran el 80 de la demanda.

En cuanto a la Morbilidad en Hospitalización, consideramos que la información para el 2014, debe ser analizada teniendo en cuenta las nuevas instalaciones, de allí el corto periodo de análisis. Así, en el Servicio de Medicina, las enfermedades infecciosas ocupan la primera causa, entre ellas: Neumonía, de órganos sin especificar, septicemias, enfermedades cerebro vascular, tuberculosis respiratoria y los tumores.

En el Servicio de Cirugía, contrariamente del año anterior donde las enfermedades quirúrgicas agudas ocupaban primeras causas, para el presente año pasa como la tercera causa, siendo la enfermedad de tipo tumor de estómago y de colon ocupan la primera causa, así mismo se observa hospitalización a causa de lilio paralítico, malformaciones congénitas del intestino, síndrome de colon, tumor de páncreas, encefalitis; en conjunto formando 63.6% de morbilidad del servicio, con franca dispersión del año 2014 donde las 10 primeras causas de atención concentraba 80.2% de las atenciones.

En Hospitalización del Servicio de Ginecología, no se cuenta con datos de registro de la especialidad, solo aparece junto con resto de las especialidades, cual impide extrapolzar resultados del año 2014; por esta debilidad, para el análisis del presente ASIS continuaremos considerando los resultados del 2013, donde las principales causas de hospitalización fueron: las cesáreas, las complicaciones de partos, Excepto del Cuello, los Trastomos No Inflamatorios del Ovario, de la Trompa de Falopio y del Útero.

En Hospitalización de Pediatría, en el Año 2014, el apendicitis, el asma, la Neumonía, Organismo No Especificado fue la primera causa de morbilidad, seguida de fractura de hombro y brazo, diarrea y gastroenteritis, traumatismo intracraneal y las fracturas, que en conjunto hace un 52.9% de egresos del servicio.
Asimismo, en cuanto a las Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica, en el año 2014, se ratifican con los mayores reportes, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las Neumonías y los casos de SOBA - Asma; aunque con una ligera disminución de los casos de EDA y Neumonías en relación al Año 2013. En relación a la vigilancia centinela de febriles, se continúa vigilando alguna presencia de Influenza A H1N1 y Dengue. En relación al Dengue, aunque jurisdiccionalmente nuestro población de acceso tiene relación geográfica los indicadores de riesgos para este fin no fueron valorados como tal, no se tiene vectores, sin embargo se continuara implementada nuestra capacidad de ofrecer resolución en caso de tener algún brote del dengue.

También, en el año 2014, es preocupante el incremento notorio de los accidentes de tránsito en relación a los 2 últimos años, donde los atropellos y los choques son los principales tipos de accidentes y las avenidas los lugares donde principalmente ocurren estos. Debemos mencionar que problema más complejo en este sentido es la calidad de registro; ya que un elevado número de fichas son de mala calidad, lo cual no permite una adecuada consolidación de la información y, por ende, un buen análisis, siendo un aspecto que necesariamente debe mejorar y de manera urgente.

VII. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

7.1. JERARQUIZACIÓN

Para la Priorización de los problemas se viene utilizando hace algunos años atrás la metodología de ponderación de problemas, utilizando como criterios la Magnitud, Trascendencia o Gravedad, Vulnerabilidad y Factibilidad, estratificando los problemas por 3 áreas de intervención (1) Sanitaria, (2) de Gestión y (3) de Inversión.

7.2. LISTA DE PROBLEMAS PRIORIZADOS

De acuerdo con los criterios propuestos para la priorización de problemas se presenta a continuación la relación de problemas identificados en orden decreciente de prioridad, estratificados por áreas de intervención:

(1) Sanitaria,
(2) de Gestión y
(3) de Inversión.

Como el escenario epidemiológico no ha variado en forma sustancial hace 5 años, y como es necesario dar solución a los problemas sanitarios identificados, viendo la imposibilidad de lograrlo en corto plazo, se ha decidido plantear resultados parciales de ejecución anual para cada problema. Esto con la finalidad de abordar en forma integral la problemática institucional.

En tal sentido, la priorización de los problemas permitirá direccionar nuestros esfuerzos y recursos de manera efectiva.

7.2.1. DE INTERVENCIÓN SANITARIA:

1°. La tasa de morbi-mortalidad hospitalaria neonatal aún se encuentra sobre el estándar nacional, como se ha estado observando en años anteriores, debido a sepsis neonatal y prematuridad. El servicio de Neonatología tiene el 12% del total de aislamientos de agentes bacterianos en el 2014.

2°. Aún persiste la deficiente estructura de los anillos de contención (establecimientos de salud periféricos al HNHU), condicionando el escenario de elevada demanda de atención de partos eutócicos y espontáneos, desvirtuando el perfil de la demanda de un hospital de categoría III-1.

3°. Alta incidencia (número de casos nuevos) de abortos incompletos y de gestantes sin control prenatal adecuado (deficiente estructura de los anillos de contención), derivados tardíamente o de ingreso espontáneo al hospital.
4º. Alta incidencia (número de casos nuevos) de VIH/SIDA en consultorios externos incrementándose hasta ocupar la primera causa de consulta en grupo de niños y adolescentes (1 a 11 y 12 19 años).

5º. Elevada demanda de atención en emergencia por daños de causas externas, especialmente accidentes de tránsito y violencia (por la característica de la zona distrital).

6º. La hospitalización con alta tasa de morbi-mortalidad debida a Tuberculosis MDR y XDR y de HIV, en los Grupos Objetivos Joven (18 a 29 años) y Adulto (de 30 a 59 años).

7º. Presencia de casos de TBC y TBC MDR dentro de la población de trabajadores del HNHU.

8º. Patologías de orden crónicas en incremento en grupos adultos y adultos mayores, que condicionan altas tasas de atención en consultorios externos.

7.2.2. **AREA DE INTERVENCIÓN DE GESTIÓN:**

1º. Fortalecimiento progresivo de los procesos de gestión administrativa y asistencial.

2º. Direccionamiento de la Organización Funcional, con progresiva capacitación en los niveles jerárquicos de las normas y responsabilidades en los cargos asignados.

3º. Disminución de la congestión y flujos en la consulta externa y de apoyo diagnóstico. Actualización del sistema de admisión y de programación de citas.

4º. Coordinación en la gestión de RR.HH con la Oficina de Calidad y el área de desarrollo y bienestar del personal para evitar desmotivación y clima laboral inadecuado.

5º. Procedimientos normativos en proceso de elaboración para su oficialización, en permanente progreso.

7.2.3. **AREA DE INTERVENCIÓN DE INVERSIÓN:**

1º. Los servicios intermedios y finales están actualizando sus equipos y se tiene en elaboración el plan de mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición del HNHU.

2º. Se está actualizando las tarifas de cobranza, de acuerdo a los criterios normativo administrativos.

3º. Se han evaluado los daños estructurales, tanto de la edificación hospitalaria como de las instalaciones básicas, y se están planteando los proyectos respectivos a través de la APP, para la reconstrucción del HNHU.

4º. Se ha finalizado la construcción de la Planta de Tratamiento de Residuos Sólidos Hospitalarios (RRSSHH), que desde inicios del 2014 viene tratando los residuos biocontaminados del hospital, generando un ahorro de aproximadamente medio millón de soles al año, que se gastaba en el traslado de nuestros residuos al relleno sanitario autorizado; así mismo nos permite reducir riesgos a la salud pública, por irresponsabilidades que pudieran suceder con las EPS transportadoras de residuos biocontaminados.

____________________ & ___________________