



PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL REGIONAL

Guillermo Díaz de la Vega

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA DEL HRGDV

VOLUMEN 06

Semana Epidemiológica
(Del 01 al 52 septiembre del 2024)



"Nuestra razón de ser y hacer"

2024

www.hospitalabancaygdv.gob.pe

Av. Daniel A. Carrion S/N
Abancay – Apurímac
Teléfono: 083-321108





CD JOEL BERNARDO PIMENTEL MARIN
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

C.P.C REVELINO MAMANI AYMITUMA
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

C.P.C HENRY ZAMALLOA MATAMOROS
DIRECTOR DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

ABOG. LEONARDO BATALLANOS CERVANTES
DIRECTOR DE LA OFICINA DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

M.C. INGRID PEREIRA SALGADO
JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA
OBST. DARIANA LIZBETH CALVO CHURA
LIC.ENF. MARCELA GUADALUPE ARAUJO PEÑA
OBST. MARLENY GUEVARA PEÑA
LIC ENF. NANCY DIAZ MEJIA

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL
MG. EDDIE FELIPE CAMERO ZUBIZARRETA
LIC. ENF. THOMY YOSHIRA GONZALES CORDILLO
LIC. ENF. RUTH SOTO VARGAS

UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL
M.V.Z. DAVID LOPEZ SALGUERO
M.G PABLO JAVIER RAMIREZ ZEGARRA

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
ING. DE SISTEMAS ELVIS GAMARRA ROMAN

EQUIPO INFORMÁTICO
ING. ELIAS CARRIÓN UMERES
ING JHOLVER OROSCO BAZÁN

RESPONSABLE EN EL PROCESO DE ELABORACION DEL ASISHO
OBST. DARIANA LIZBETH CALVO CHURA.

COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIA (ASISHO) 2024.

- ♣ Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
- ♣ Director de la Oficina de Administración
- ♣ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y Salud Ocupacional
- ♣ Jefe de Oficina Ejecutiva de la Gestión de la Calidad
- ♣ Jefe del Departamento de Cirugía
- ♣ Jefe del Servicio de Cirugía
- ♣ Jefe de Enfermeras del Servicio de Cirugía
- ♣ Jefe de Enfermeras del Servicio de Pediatría
- ♣ Jefe del Servicio de Medicina
- ♣ Jefe de Enfermeras de Medicina
- ♣ Médico Especialista en Infectología
- ♣ Jefe del Departamento de Patología
- ♣ Jefe del Servicio de Patología Clínica
- ♣ Jefe del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre
- ♣ Jefe del Servicio de Anatomía Patológica
- ♣ Jefe del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
- ♣ Jefe de Enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos
- ♣ Jefe del Servicio de Emergencia
- ♣ Jefe de Enfermeros del Servicio de Emergencia
- ♣ Jefe del Departamento de Centro Quirúrgico y URPA
- ♣ Jefe del Servicio de Centro Quirúrgico
- ♣ Jefe de Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico
- ♣ Jefe de Enfermeros del Servicio de Sala de Operaciones
- ♣ Jefe del Departamento de Farmacia
- ♣ Jefe de la Unidad de Salud Ocupacional
- ♣ Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
- ♣ Jefe de Enfermeras de Ginecología
- ♣ Jefe de Obstetras
- ♣ Responsable de la Elaboración del ASISHO
- ♣ Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles
- ♣ Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de IAAS
- ♣ Responsable de enfermedades no transmisibles



DOCUMENTO METODOLÓGICO Y SALUD PÚBLICA



Av. Daniel A. Carrion S/N

Abancay – Apurímac

Teléfono: 083-321108

www.hospitalabancaygdv.gob.pe

Contáctenos (83)32-1006 / (83)32-1008 RUC: 20527004269

*** Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente.*



Página | 3



AGRADECIMIENTO

Agradecemos sinceramente a todos los jefes de departamentos, unidades, áreas y programas estratégicos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega por su valiosa participación, la cual hizo posible la sistematización del Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASIS-HO).

Asimismo, extendemos un especial reconocimiento al equipo profesional de las Unidades de Epidemiología, Salud Ambiental, Salud Ocupacional y Estadística, por sus significativos aportes en la elaboración de este documento de investigación sobre la situación de salud del Hospital.

Este trabajo constituye una herramienta clave para el desarrollo de un planeamiento estratégico adecuado por parte de las diversas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), en beneficio de la salud pública y la mejora continua de la atención hospitalaria.



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

RESOLUCION DIRECTORAL N° 159 -2025-DG-HRGDV A.

Abancay, 06 JUN. 2025

VISTO:

La disposición contenida en el Memorando N° 352-2025-DG-HRGDV-ABANCAY de fecha 22 de mayo de 2025, emitida por el Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, mediante el cual se dispone proyectar Resolución Directoral APROBANDO el PLAN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD - 2025 del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 191 de la Constitución Política del Estado, concordante con el artículo 2 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N°27867, los Gobiernos Regionales son personas jurídicas de derecho público con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, teniendo como finalidad esencial, fomentar el desarrollo integral sostenible.

Que, el Ministerio de Salud, es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de la salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación de la salud de la población.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA, se aprueba "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud. Asimismo señala que el documento técnico es la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él, y que la Autoridad Nacional de Salud considera su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población en general. Se basa en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada y respaldado por las normas vigentes que correspondan;

Que, mediante Resolución Directoral Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos para vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, cuya finalidad es contribuir a la disminución de las infecciones asociadas a las atenciones de Salud (IAAS), en los establecimientos de Salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos, teniendo como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, en los establecimientos de salud del país";

Que, el literal e) del inciso 6.1 del numeral VI del Documento Técnico citado en el acápite precedente, establece el Lineamiento 1: Sistema de Vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la Salud, implementado y articulado en todo el país, teniendo como una de sus estrategias el monitoreo y evaluación de cumplimiento de la normatividad y planes de trabajo en vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud;

Que, mediante INFORME N° 116-2025-OESASO-HRGDVA, de fecha 31 de marzo de 2025, la Jefa de la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional y la Responsable del Proceso de



Av. Daniel Alcides Carrón

083-321006/ 083-321106

HRGDVA direcciongeneral@hospitalabancaygob.pe

APURÍMAC



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

RESOLUCION DIRECTORAL N° 159 -2025-DG-HRGDV A.

Abancay, 06 JUN. 2025

Elaboración del ASISHO, remiten el Plan Anual del Comité Técnico de Elaboración del Análisis de la Situación de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para su aprobación mediante acto resolutivo.

Con INFORME N° 013-2025-SDG-HRGDV-AB, de fecha 16 de mayo de 2025, la sub Directora General (e) remite informe al Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega y concluye "(...) El proyecto de Plan Anual del Comité Técnico de Elaboración del Análisis de la Situación de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2025, cumple con los criterios mínimos necesarios para su aprobación mediante acto resolutivo (...)".

Que, mediante MEMORANDO N° 352-2025-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 22 de mayo de 2025, el Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, dispone proyectar resolución directoral APROBANDO el PLAN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACION DE SALUD - 2025.

Contando con la visación de la Dirección de la Oficina Administración, Dirección de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Gestión de Recursos Humanos y la Oficina de la Dirección de Asesoría Legal del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 08º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, aprobado por Ordenanza Regional N°005-2020-GR.APURIMAC/CR; Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS; Ley N°28175, Ley Marco del Empleo Público, y la Resolución Directoral N°570-2021-DG-DIRESA-AP.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, el PLAN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD - 2025, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el que adjunta 01 folder manilla con 10 folios y forma parte integrante de la Presente Resolución Directoral

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, al Jefe de la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional y a la Responsable del Proceso de la Elaboración del ASISHO del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega el monitoreo y control de lo establecido en el presente plan.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER, al responsable del Portal Web institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, la publicación del presente acto resolutivo para su conocimiento y fines consiguientes.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

Elaborado por:
D.G.
Archivo
Ofc. Ep. S.A y S.O
Resp. De Imp. ASISHO


GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DIRECCIÓN GENERAL
Mg. GILBERTO PIMENTEL MARÍN
DIRECTOR GENERAL
DGP N° 15039

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
ORGANIZACIÓN Y PLAN DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL ASISHO DEL HRGDV 2024	10
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I.....	14
1.1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	14
1.1.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	14
1.1.4 FINES	17
1.2. CATEGORÍA Y ESPECIALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	17
1.2.1. DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO CIRCUNDANTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO	17
1.2.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA- ABANCAY	18
1.3. ÁREA DE INFLUENCIA DIRECTA O INDIRECTA AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.....	22
1.4. CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO DE LA POBLACIÓN EN APURÍMAC	23
1.6. COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN EN APURÍMAC	24
1.9.3. ANÁLISIS DE INDICADORES DE PRIORIDADES SANITARIAS – APURÍMAC	32
1.11. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	38
1.12. CAPACIDAD HOSPITALARIA	42
1.13. ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA (ISH) CATEGORÍA “C”	46
1.14. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA INSTITUCIÓN	48
1.15. CARTERA DE SERVICIOS	51
CAPÍTULO II.....	62
2.1.1. CATEGORÍA Y ESPECIALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	62
2.2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	63
2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES MEDICOS Y BRECHA DE RECURSOS HUMANOS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.	66
2.2.4. DISTRIBUCIÓN DE CONVENIO DE COOPERACION DE DOCENTE ASISTENCIAL 2022 -2024.	70
2.3.1. GESTIÓN LOGÍSTICA: PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.....	71
2.4. UNIDAD DE SEGUROS HRGDV.....	74
CAPÍTULO III.....	77
ASPECTOS GENERALES DE LA DEMANDA HOSPITALARIA.....	77
3.1. UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	77
3.1.1 CONSULTORIOS EXTERNOS	77
Atendidos y Atenciones en Consulta Externa.....	77
3.1.2. EMERGENCIA	79
Atenciones en Emergencia General por Servicios	79
3.2. EGRESOS HOSPITALARIOS	84
CAPÍTULO IV	92
MORBILIDAD GENERAL DE TODAS LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD(UPSS) CONSULTORIO EXTERNO, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN.	92
4.1. MORBILIDAD EN CONSULTORIO EXTERNO	92
4.2. MORBILIDAD EN UPSS DE EMERGENCIA.....	108



4.3. MORBILIDAD EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN	113
4.5. MORTALIDAD, UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	120
4.5.1. MORTALIDAD, UPSS DE EMERGENCIA.....	120
4.5.2. MORTALIDAD, UPSS DE HOSPITALIZACIÓN	121
4.5.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL	127
4.5.4. MORTALIDAD MATERNA APURÍMAC 2012 – 2024.....	143
4.6. SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS.....	150
4.7. INDICADORES HOSPITALARIOS	156
4.7.2. PRINCIPALES INDICADORES EN UPSS CENTRO QUIRURGICO.....	160
4.9.1. INDICADORES DE PATOLOGÍA CLÍNICA.....	164
4.9.2. INDICADORES ANATOMÍA PATOLÓGICA	168
4.9.3. INDICADORES BANCO DE SANGRE.	168
4.10. INDICADORES HOSPITALARIOS, EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES.....	170
PRODUCTORAS DE SERVICIOS (UPSS).....	170
4.10.1. INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA.....	171
4.10.3. INDICADORES LAS UPSS: UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.	177
4.10.4. INDICADORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	181
4.10.5. INDICADORES EN UPSS GINECO-OBSTETRICIA	185
CAPÍTULO V VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA	187
5.1.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD 2024.....	187
5.1.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	194
5.1.4. SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	197
5.1.7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) HRGDV 2022 –2024.....	209
5.2. VIGILANCIA, GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	215
5.3. SITUACION DE LA UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO HRGDV – 2024.....	218
5.4. AUTOEVALUACION HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY 2024-	221
RECOMENDACIONES:	234
6.1. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS RIESGOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y DE ESTRUCTURA FÍSICA INSTITUCIONAL.....	236
6.2. CONCLUSIONES	239



PRESENTACIÓN

El presente Análisis Situacional de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega constituye una herramienta estratégica fundamental orientada a fortalecer la gestión institucional en el marco de la mejora continua de los servicios de salud que brindamos a la población de la región Apurímac.

Como hospital de mayor complejidad en la región, nuestra institución cumple un rol clave en la atención de los principales problemas de salud que afectan a la población. Por ello, contar con información actualizada, objetiva y contextualizada sobre el proceso salud-enfermedad, los factores determinantes y las tendencias epidemiológicas resulta esencial para la adecuada planificación, asignación de recursos y toma de decisiones.

Este documento no solo presenta un análisis detallado del perfil epidemiológico de nuestra población usuaria, sino que también identifica las brechas existentes entre la oferta y la demanda de servicios hospitalarios, evidenciando los desafíos que enfrentamos en términos de cobertura, calidad y accesibilidad. Asimismo, se incluyen propuestas y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad resolutive del hospital, a través de acciones estratégicas y sostenibles.

El análisis situacional aquí expuesto ha sido elaborado con rigurosidad técnica, sobre la base de datos internos, fuentes oficiales y la participación activa de los equipos profesionales del hospital. Su contenido permitirá guiar la elaboración de planes de mejora, el fortalecimiento del clima organizacional, la capacitación del personal y, en general, una gestión más eficiente y centrada en las necesidades reales de la población.

Convencidos de que el conocimiento de nuestra realidad institucional es el primer paso hacia la transformación, ponemos a disposición este documento, confiando en que será una valiosa herramienta para la planificación estratégica, la rendición de cuentas y el compromiso con la salud pública regional.



ORGANIZACIÓN Y PLAN DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL ASISHO DEL HRGDV 2024

La metodología propuesta en el proceso de elaboración del ASISHO utilizará los métodos: Epidemiológico, salubrista ambiental y sociológico.

El proceso de construcción del ASISHO se realizará siguiendo la Directiva Sanitaria N° 001-DISA.V.LC/OEPO-V.01_2011 que aprueba los criterios para la “Elaboración del análisis de la situación de salud hospitalaria (ASISHO)” adaptándose a la realidad local; cabe recalcar que, en base a esta misma directiva se emitió una propuesta de trabajo para la aprobación a nivel regional.

1. PRE ANÁLISIS

1.1. Composición del Equipo de Elaboración del ASISHO Hospitalario:

En primera instancia se conformó un Comité Técnico para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO) del periodo 2025 – 2026 del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, cuya formalización se dio a través de la Resolución Directoral Para la construcción del ASISHO se considera los siguientes momentos:

Momento 1: Análisis de los determinantes y del estado de salud a nivel hospitalario.

Incluye el análisis de los determinantes geográficos, demográficos, socioeconómicos, ambientales, políticos, estructurales y organizacionales del sistema hospitalario, asimismo se realizará el análisis de los estados de salud o resultados sanitarios hospitalarios (análisis de morbilidad y mortalidad).

Momento 2: Identificación y análisis de vulnerabilidades de las áreas en riesgo. Aquí, se describen las características y vulnerabilidades por deterioro del área, accidentes, desastres o contaminación de la infraestructura física del hospital; además se detalla el levantamiento de las observaciones de los daños ocurridos en la estructura física del área.

Momento 3: Determinación y priorización de los problemas sanitarios y organizacionales.

En este momento, se describe el listado de problemas sanitarios y organizacionales del hospital basado en el análisis de los indicadores hospitalarios priorizados, considerando la matriz de priorización de problemas.

Momento 4:

Análisis causal de la situación encontrada: se describe el análisis causal (espina de Ishikawa, árbol de problemas) de los problemas priorizados en el hospital.



Momento 5:

Determinación y priorización de las intervenciones sanitarias y organizacionales: se describen los resultados de las reuniones con las áreas del hospital donde se señalan las intervenciones sanitarias y organizacionales de las áreas responsables.

Momento 6:

Vinculación del análisis de situación de salud a los planes institucionales y la toma de decisiones: comprometer a las áreas involucradas a utilizar el ASISHO como herramienta para la elaboración de los planes institucionales.

1.2. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO: El equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología lideró el proceso de formulación, procesamiento y elaboración del ASISHO, proponiendo el Plan de Trabajo para la Elaboración del ASISHO, discutido y aprobado por el Comité con RD N°121-2023-DG-HRGDV-A.

La Unidad de Epidemiología solicitó la información requerida teniendo como referente la Directiva sanitaria N.º001-DISA.V.LC/OEPO-V.01_2011, que aprueba los criterios de "Elaboración del análisis de situación de salud Hospitalario (ASISHO)", la que fue requerida mediante documentos oficiales a las Jefaturas de los Departamentos y Servicios quienes entregaron la información solicitada.

Se realizó el análisis y la validación de la información por el Director del Hospital, de jefes de Departamento, Servicios, Unidades y áreas de atención hospitalaria en reuniones periódicas.

2. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó mediante la recolección selectiva de información usando como fuentes los documentos de gestión del Hospital, tales como el Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Anual, ASISHO anteriores, ASIS Regional e información poblacional de Encuestas Nacionales ENDES, ENAHO. Se consideró como Unidad de análisis las UPSS y Servicios, y la evaluación a través de indicadores seleccionados por criterios de comparabilidad, costo-eficiencia, relevancia y funcionalidad.

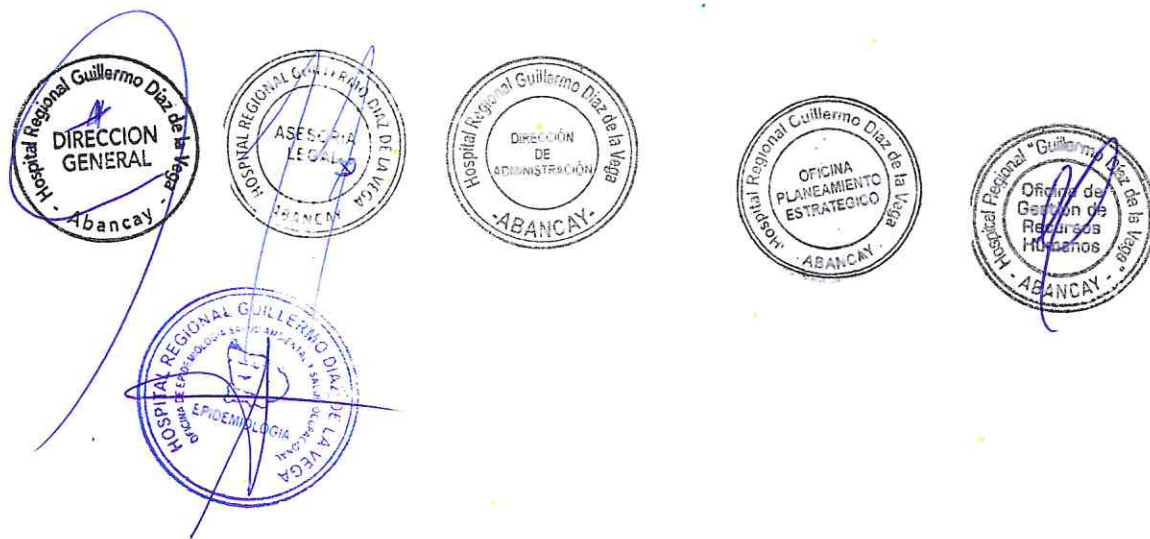
3. ANÁLISIS DE BRECHAS DE LA OFERTA Y DEMANDA HOSPITALARIA

Análisis y establecimiento de brechas entre Demanda y Oferta en Servicios, Infraestructura, Recursos Humanos, número de camas y Brecha de indicadores clínicos según categoría.



4. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA OFERTA DE SERVICIOS CONTINUAR DEL PLAN

Articulación de líneas de intervención con base al análisis de brechas y problemas identificados y priorizados que vulneran el sistema de salud. varios problemas a la vez. Propuesta trabajada con participación de representantes de UPSS.



INTRODUCCIÓN

El Análisis Situacional de Salud Hospitalaria (ASISHO) es una herramienta estratégica clave para la planificación, gestión y mejora continua de los servicios de salud en los establecimientos hospitalarios. Este proceso permite identificar, evaluar y priorizar los principales problemas que afectan el funcionamiento del hospital, considerando aspectos como la morbilidad, mortalidad, vigilancia epidemiológica, indicadores de gestión, disponibilidad de recursos, infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

El presente documento contiene el Análisis Situacional de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, elaborado con base en información estadística y epidemiológica actualizada al año 2024. Su desarrollo ha sido posible gracias al trabajo articulado entre el equipo de gestión, las jefaturas de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional (OESASO), así como otras áreas clave de la institución.

Esta evaluación busca proporcionar una visión integral y objetiva de la situación actual del hospital, a fin de orientar la toma de decisiones, establecer prioridades institucionales y diseñar estrategias efectivas para fortalecer la calidad de la atención médica. Asimismo, se enmarca en la "Directiva Sanitaria N° 001-DISA V LC/OEPI-V01-2011", que establece los lineamientos técnicos para la elaboración del ASISHO, garantizando así un enfoque metodológico estandarizado y validado.

El análisis aquí presentado constituye una herramienta fundamental para impulsar procesos de mejora continua en los servicios de salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, en beneficio de la población usuaria y del fortalecimiento del sistema hospitalario regional.



CAPÍTULO I

1.1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

1.1.1. RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega tiene una antigüedad de 61 años, al servicio de la población Apurimeña, actualmente está categorizado como nivel II-2; inicia su construcción por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social en Ejecución del Plan Hospitalario "Centro de Salud de Abancay", siendo presidente Constitucional de la República el Dr. Manuel Prado Ugarteche.

En noviembre de 1963, se inaugura como Hospital de Apoyo N° II, siendo presidente Constitucional de la República el Arquitecto Fernando Belaunde Terry y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Dr. Javier Arias Stella.

Posteriormente el 11 de noviembre del año 2008 según Resolución Directoral N° 615-2008-DG-DEGDRH-DIRESA y en reconocimiento a la labor social del Médico cusqueño Guillermo Díaz De La Vega, el hospital toma el nombre de este altruista galeno, quien nació en el Cusco un 29 de Setiembre de 1906; cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Ciencias del Cusco, sus estudios superiores los inició en la Universidad San Agustín de Arequipa, fue becado por el gobierno a la Universidad de la Sorbona de París en 1924, donde permaneció hasta 1934. Realizó un viaje de estudios y conferencias a la Argentina, volviendo después de varios meses; desde entonces se quedó en su patria. Después de un tiempo inició su labor de médico en Acomayo, Chalhuanca, Antabamba, Andahuaylas y en el Hospital Obrero de Lima.

En 1935, inicia su tarea de Médico en la ciudad de Abancay, en el antiguo Hospital de Apurímac, pasando a ser Médico Asistente del nuevo Hospital, asumiendo la Dirección de este nosocomio entre los años 1967 hasta 1971, fecha en que se retira definitivamente de sus labores oficiales como médico.





ZONA REGISTRAL N° X - SEDE CUSCO
OFICINA REGISTRAL DE ABANCAY

CERTIFICADO LITERAL
DEL
REGISTRO DE PREDIOS



Código de verificación

09616752

Publicidad Nro. 2020-2410661

12/08/2020 12:40:17

PARTIDA REGISTRAL N° 02008221



ZONA REGISTRAL N° X - SEDE CUSCO
OFICINA REGISTRAL ABANCAY
N° Partida: 02008221

INSCRIPCION DE PROPIEDAD INMUEBLE
LOTE DE TERRENO URBANO I-J-K-L-T DE LA LOTIZACION PATIBAMBA
DISTRITO Y PROVINCIA DE ABANCAY

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA DE ABANCAY

REGISTRO DE PREDIOS

RUBRO: REGISTRO PERSONAL
F00002

AS. 02.- CAMBIO DE DENOMINACIÓN.- De conformidad con los artículos 76 y 85 del TUO del RGPR, se procede al cambio de denominación del predio materia de la partida, de propiedad del ESTADO - MINISTERIO DE SALUD, con el siguiente detalle:

"HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA DE ABANCAY"

Así consta de la Resolución Directoral N° 615-2008-OG-DEGRH-OTRESA de fecha 20/11/2008 expedida por la Dirección Regional de Salud de Apurímac, presentada en copia fedatada por Fedatario Orlando Valenzuela Palacios en fecha 21/11/2008.

El título fue presentado el 04/03/2015 a las 01:10:46 PM horas, bajo el N° 2015-00001892 del Tomo Diario 0030. Derechos cobrados S/41.00 nuevos soles con Recibo(s) Número(s) 00003359-04.- ABANCAY, 05 de Marzo de 2015.

Rubén Ochoa Cruz
Registrador Público (e)
Zona Registral N° X - Sede Cusco

Resolución del Superintendente Nacional de los Registros Públicos N° 124-97-SUNARP

Página Número 1



Página 15

1.1.2 CONCEPTOS FILOSÓFICOS

MISION DEL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

"Promover el desarrollo integral sostenible en la región Apurímac de forma participativa, transparente, inclusiva y eficiente"

VISION DE GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

"Apurímac es una región agroecológica y minera con paz social, producción diversificada, ambientalmente sostenible, que está erradicando la desnutrición crónica infantil y la violencia de género, mejorando la calidad de vida de sus habitantes"

1.1.3 DECÁLOGO DE VALORES

1. **Ética:** Nuestro trabajo se basa en los principios que en la actualidad hacen las veces de leyes morales de la ética médica y que fueron productos, con carácter general, por el filósofo Davis Ross: autonomía, beneficencia-no maleficencia y justicia.
2. **Equidad:** Garantizamos la oportunidad justa de acceder a nuestros servicios de atención de acuerdo a una distribución de recursos en función de las necesidades de la población.
3. **Calidad en el servicio:** Alcanzada en la totalidad de nuestras funciones, características y comportamientos que son capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios.
4. **Respeto:** Valor supremo de la sociedad, síntesis equilibrada del ejercicio de derechos y del cumplimiento del deber.
5. **Integridad:** Eficiencia y honradez en el cumplimiento del servicio.
6. **Responsabilidad:** Cumplimiento estricto de las obligaciones y prudencia en el ejercicio de los derechos.
7. **Eficiencia:** Máximo rendimiento con un nivel dado de recursos.
8. **Proactividad:** Iniciativa y actitud positiva, solución creativa de problemas.
9. **Vocación de servicio:** Entrega al trabajo, más allá de la responsabilidad contractual.
10. **Objetividad:** Veracidad, transparencia e imparcialidad en el tratamiento de la información y la toma de decisiones.



11. Cordialidad: Trato amable a los usuarios del sistema, en un clima de amistad y ayuda mutua en el personal de la institución.

12. Identidad: Sentido de pertenencia a la institución y orgullo legítimo por la alta función desempeñada.

1.1.4 FINES

- ✓ Lograr la recuperación de la salud de la persona; neonato, niño, adolescente, adulto, las condiciones de calidad, oportunidad, equidad, trato humano y plena accesibilidad en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- ✓ Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- ✓ Mejorar continuamente la calidad del adulto mayor y población en general, y lograr la rehabilitación de nuestros pacientes, considerando productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- ✓ Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

1.2. CATEGORÍA Y ESPECIALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega, es un hospital de mediana complejidad de segundo nivel de atención, con categoría II-2, según **RD N°357-2014-DG-DIRESA-AP**. Unidad Ejecutora 1037 - **REGION APURÍMAC - HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY** viene brindando servicios de salud a nivel Regional.

1.2.1. DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO CIRCUNDANTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, situado dentro de la zona urbana. El ingreso principal es por el lado sur que corresponde a la Av. Pachacútec; y el lado oeste correspondiente a la Av. Daniel Alcides Carrión, en la localidad de Patibamba Alta. El HRGDV se encuentra ubicado hacia el lado sur de la ciudad de Abancay, provincia Abancay del departamento de Apurímac.

El acceso a la ciudad de Abancay y mediante vías nacionales:



Desde la ciudad de Lima usando la vía nacional PE-30 la cual pasa por el distrito de Chalhuanca provincia de Aymaraes hasta la ciudad de Abancay.

Desde la ciudad del Cusco por la vía nacional **PE- 3S** pasando por el distrito de Curahuasi –Abancay hasta llegar a la ciudad capital.

Desde la ciudad de Ayacucho por la carretera nacional PE-3SE, continuando por el distrito y provincia de Andahuaylas.

1.2.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA- ABANCAY

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, administrado por el Ministerio de Salud Órgano desconcentrado de las Redes Integradas de Salud DIRESA Apurímac; se encuentra ubicado en el territorio del distrito de Abancay siendo uno de los nueve distritos de la provincia de Abancay y una de las siete provincias del departamento de Apurímac está hacia el lado sur de Abancay zona urbana.

El distrito de Abancay tiene una extensión territorial de 313.07 kilómetros cuadrados.

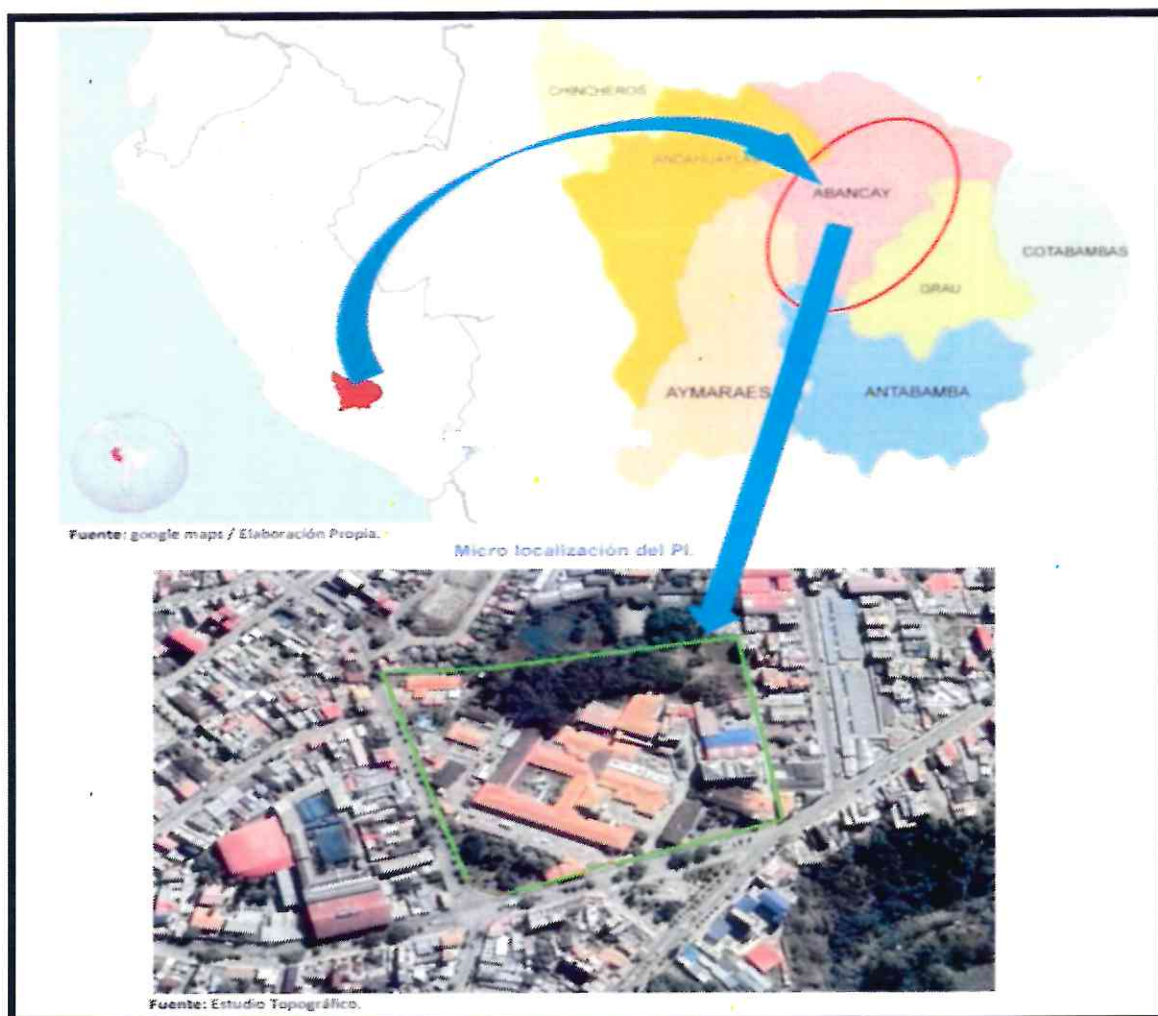
Tabla N° 01: Localización

País	Perú
Departamento	Apurímac
Provincia	Abancay
Distrito	Abancay
UBIGEO	30101
Categoría	II-2
NORTE	-13.64034611
ESTE	-72.8819806
Latitud	-72.8792
Longitud	-13.6367
COTA	2390.3 msnm

Fuente: perfil de proyecto inversión CUI N°2234314



Imagen N° 01: Macro localización Geográfica de Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.



Fuente: perfil de proyecto inversión CUI N°2234314

Accesibilidad

Desde la zona Este: Se llega a través de las siguientes rutas

- Av. Circunvalación hasta la intersección con la Av. Pachacútec.
- Jr. Puno y Jr. Lima hasta la intersección con la Av. Mariño y continua hasta la unión con la Av. Circunvalación.
- Jr. Puno y Jr. Lima hasta la intersección con la Av. Centenario continua por esta avenida hasta la unión con la Av. Circunvalación y luego con la avenida Pachacútec



Página 19



Desde la zona Oeste

- Por la Avenida Abancay hasta la intersección con la Avenida Daniel Alcides Carrión y continua hacia el sur- este hasta la unión con la Avenida Pachacútec.

Desde el Norte

- Por el Jr. Junín hasta la intersección con Avenida Circunvalación y continua hasta la Av. Pachacútec.
- Por la Avenida Centenario hasta Jr. Puno y Jr. Lima hasta la intersección con la Avenida Mariño y continua hasta la unión con la AV. Circunvalación.

Las vías mencionadas están pavimentadas y asfaltadas cuentan con señalización, alumbrado público, etc.

Límites del Hospital:

- ✓ Este : Dirección Regional de Salud de Apurímac y Cáritas.
- ✓ Oeste : Av. Huáscar.
- ✓ Norte : Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- ✓ Sur : Av. Daniel Alcides Carrión.

Imagen N° 02 satelital; Ubicación de Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay



Se da en afectación de uso el área de 5177.30; a la Dirección Regional de Apurímac (Según RD N°080-2015-DG-HRGDV).

Tabla N° 02: Descripción del Territorio del HRGDV


<i>Año de Inicio de actividad</i>	<i>Año 1963</i>
<i>Años de antigüedad</i>	<i>61 años</i>
<i>Área del terreno</i>	<i>37.420,27 m2</i>
<i>Perímetro total</i>	<i>779.54 ml</i>
<i>construido</i>	<i>10,42686</i>
<i>Área de afectación de uso DIRESA</i>	<i>5177.30 m2</i>
<i>Apurímac</i>	

Fuente: Estudio Topográfico proyecto inversión CUI N°2234314 PRONIS/MINSA.

sunarp
Sistema Nacional de
Registros Públicos
del Perú - Registro Público

ZONA REGISTRAL N° X - SEDE CUSCO
OFICINA REGISTRAL DE ABANCAY

**CERTIFICADO LITERAL
DEL
REGISTRO DE PRECIOS**


Código de verificación:
09616752
Publicidad Nro. 2020-2416881
12/08/2020 13:40:17

PARTIDA REGISTRAL N° 2000221


1. TÍTULOS PENDIENTES Y/O SUSPENDIDOS
NINGUNO.

2. INSCRIPCIONES POR MANDATO JUDICIAL
NINGUNO.

3. INSCRIPCIONES EN EL REGISTRO PERSONAL
NINGUNO.

4. DUPLICIDAD DE PARTIDAS
NINGUNO.

Verificado y expedido por CASTAÑEDA OLACHEA, EÁTHER GENEVEVA, ABOGADO CERTIFICADOR de la Oficina Registral de LIMA a las 04:00:06 pm
horas del día de 12 de agosto del año 2020


EÁTHER GENEVEVA CASTAÑEDA OLACHEA
Abogada - Certificadora
Zona Registral N° IX - Sede Lima

Impresión F parcial de la partida:
El presente documento es una copia impresa de la información registrada en el Registro Público de la Oficina Registral de LIMA, a las 04:00:06 pm, horas del día de 12 de agosto del año 2020. El presente documento es una copia impresa de la información registrada en el Registro Público de la Oficina Registral de LIMA, a las 04:00:06 pm, horas del día de 12 de agosto del año 2020. El presente documento es una copia impresa de la información registrada en el Registro Público de la Oficina Registral de LIMA, a las 04:00:06 pm, horas del día de 12 de agosto del año 2020.



1.3. ÁREA DE INFLUENCIA DIRECTA O INDIRECTA AL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

El área de influencia corresponde a toda la región Apurímac, en mayor proporción a las redes de Salud Abancay, Antabamba, Aymaraes, Grau y en pequeña proporción las redes de salud de Cotabambas, Cocharcas, José María Arguedas, y Sondor.

Detallamos a continuación las siguientes redes como ámbito de influencia:

- **Red de Salud Abancay:** comprende las siguientes microredes como: Microred Huancarama. Microred Centenario, Microred Curahuasi, Microred Lambrama y microred Micaela Bastidas.
- **Red de Salud Antabamba:** Microred Antabamba.
- **Red de Salud Aymaraes:** Microred Chalhuanca y Microred Santa Rosa.
- **Red de Salud Grau:** Microred Chuquibambilla y Microred Vilcabamba.
- **Red Cotabambas:** Microred Tambobamba, Microred Cotabambas, Microred Haquira
- **Red Cocharcas:** Microred Uripa, Microred Huaccana y Microred Ocobamba.
- **Red José María Arguedas:** Microred Talavera, Microred Chicmo, Microred Huancaray, Microred Pampachiri, Microred Huancabamba y Microred Andahuaylas.
- **Red Sondor:** Micro red Andarapa, Microred Kishuara, Microred Pacucha y Microred San Jerónimo.

1.3.1 TIEMPO DE ACCESO DE LAS DIFERENTES PROVINCIAS DE LA REGION APURIMAC AL HOSPITAL

Siendo un Hospital Referencial a nivel Regional, se tiene las vías principales de acceso al Hospital (Tabla N°3) de los establecimientos de salud, ubicados en localidades de zona rural donde las unidades de transporte son escasas y las vías de comunicación no son las más apropiadas para su transporte:

Tabla N° 03: TIEMPO DE ACCESO DE LAS DIFERENTES PROVINCIAS AL HOSPITAL

PROVINCIAS	DISTANCIA	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO
Provincia de Antabamba a Abancay	140 km	3 horas y 30 minutos
Provincia de Aymaraes, Distrito Chalhuanca a Abancay	150 km	2 horas
Provincia de Grau, Distrito Chuquibambilla a Abancay	(120 km	3 horas y 30 minutos.
Provincia de Chincheros a Andahuaylas	82 km	1 hora y 45 minutos.
Provincia Andahuaylas a Abancay	162.5 km	3 horas.



Provincia de Cotabambas, distrito de Challhuahuacho a Progreso – Vilcabamba – Chuquibambilla a Abancay	220 km	9 horas.
Provincia de Cotabambas, distrito de Tambobamba a Cusco	220 km	6 horas.

Fuente: Unidad de epidemiología HRGDV.

1.4. CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO DE LA POBLACIÓN EN APURÍMAC

El departamento de Apurímac, cuyo nombre etimológicamente proviene de dos vocablos quechuas: Apu: dios y Rímac: Hablador o el que habla, en clara referencia al rugido que producen las aguas del cañón del Apurímac, creado en 1873 durante el gobierno de Manuel

Pardo. La región Apurímac está ubicada en las estribaciones de la faja sub-andina de la Cordillera Oriental denominada la Cordillera del Vilcabamba, que determina una topografía accidentada y abrupta, con rasgos que van desde altas cumbres, colinas onduladas, quebradas y valles profundos que acondicionan una diversidad de microclimas y pisos ecológicos con imponentes paisajes naturales, es una de las regiones más accidentadas del país. Está conformado por 7 provincias y 85 distritos, y alberga aproximadamente el 1,3% de la población nacional.

Su geografía es compleja, con presencia de cañones, mesetas, valles y ríos profundos, lo que genera una gran diversidad climática: desde zonas tropicales en los valles bajos hasta climas templados en las altiplanicies. Abancay, su capital, tiene un clima templado, con una temperatura media anual máxima de 23,8 °C y mínima de 11,7 °C.

1.5. ORGANIZACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTO DE APURÍMAC

El departamento de Apurímac se encuentra ubicado en el Sur-Este de los Andes centrales del Perú. está dividido políticamente en 7 provincias y 84 distritos, distribuidos de la siguiente manera: Abancay (09 distritos), Andahuaylas (20 distritos), Antabamba (07 distritos), Aymaraes (17 distritos), Cotabambas (06 distritos), Chincheros (11 distritos) y Grau (14 distritos). La ciudad capital es Abancay y las provincias de Andahuaylas, Aymaraes y Grau son las que políticamente se encuentran divididas en el mayor número de distritos.

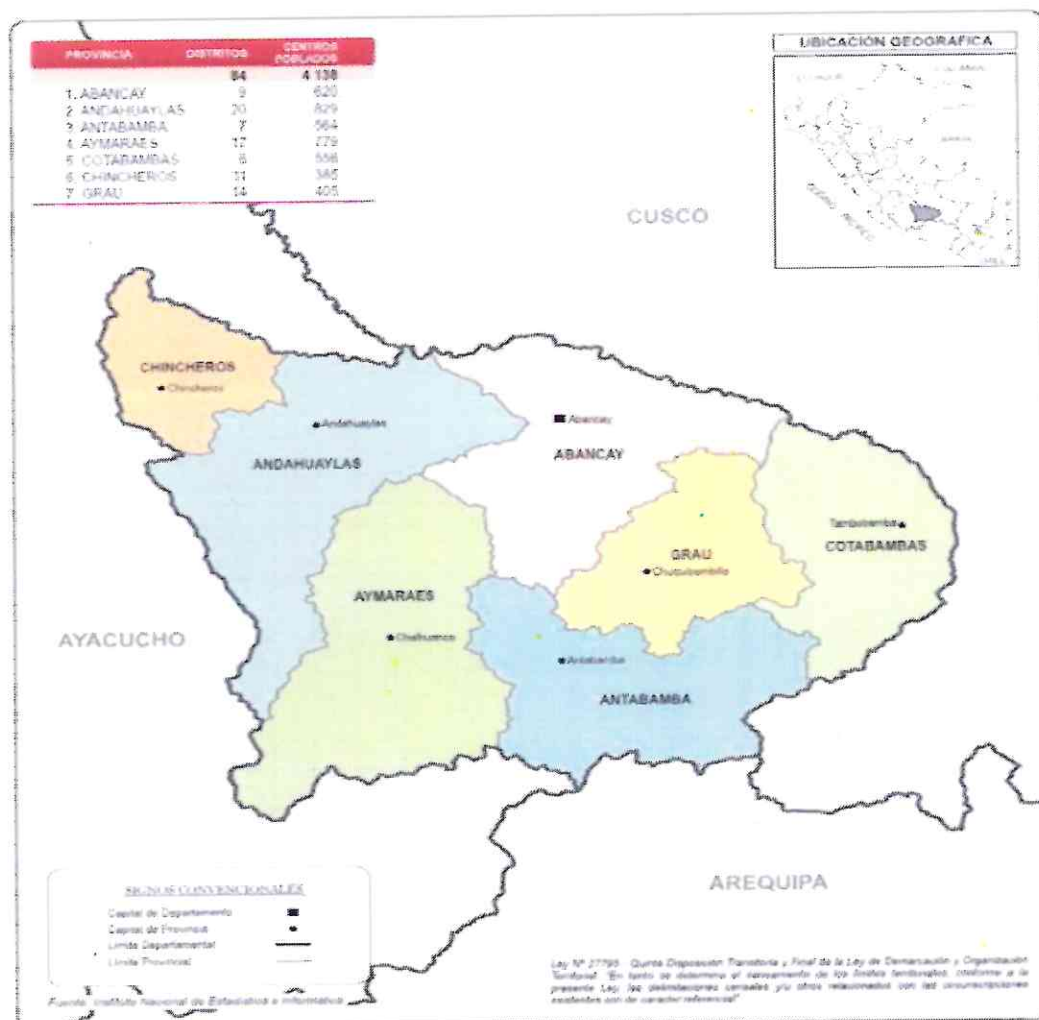
Límites

Sus límites interdepartamentales son:



Limita por el norte con los departamentos de Ayacucho y Cusco, por el Nor-Oeste, Oeste y el Sur-Oeste con el departamento de Ayacucho, por el Nor-Este, Este y Sur-Este con el departamento de Cusco y por el Sur con Arequipa.

Imagen N° 03: Ubicación del Departamento de Apurímac



1.6. COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN EN APURÍMAC

**Tabla N°04: Superficie, Población Estimada y Densidad Poblacional
Departamento de Apurímac – Perú, 2024**

Departamento	Superficie (Km2)	Población Estimada 2024	Densidad Poblacional Hab/Km2
PERÚ TOTAL	1,280,085.9	34,038,457	26
Apurímac	20,895.8	426.626	20

Fuente: Carpeta Geo referencial Región Apurímac Perú



Apurímac tiene una superficie de 20,896 km² que representa el 1,63% del área total del país ocupando el puesto 19° en el ranking regional por superficie; su capital es la ciudad de Abancay ubicada en las coordenadas 729 461mE y 8 491 376mN, a una altitud de 2 392 msnm.

Tabla N° 05: Características del Territorio de la Región Apurímac.

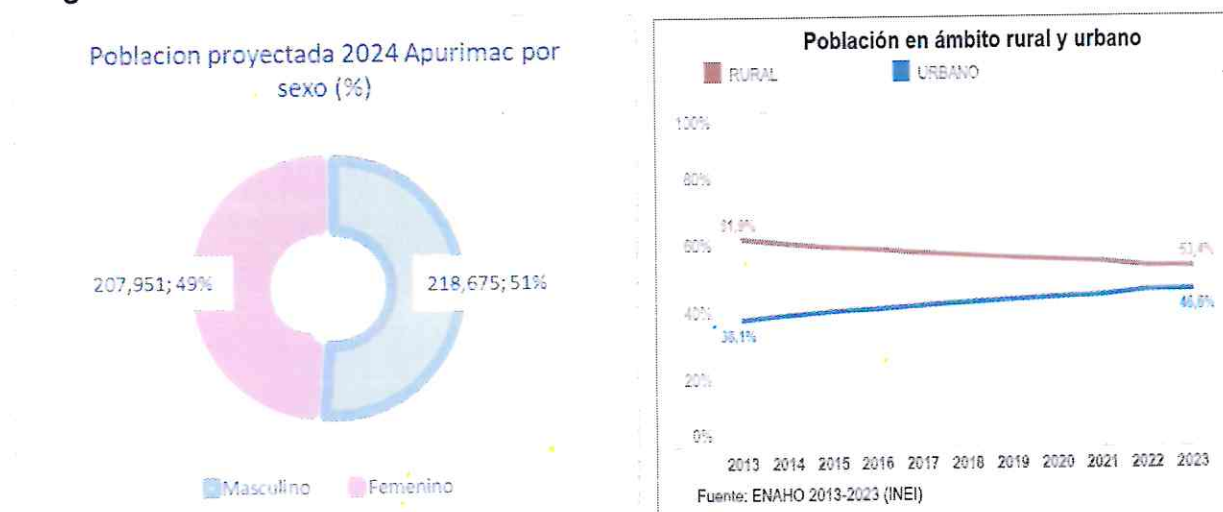
Capital legal	Superficie	Densidad (Pob/Km ²)	Altitud (msnm)	N° de Provincias	N° de Distritos	N° de centros poblados	FRONTERA	
								País
Abancay	20,896	20	2,392	7	84	4,138	No	—

Fuente: INEI (Publicación PERÚ, Proyecciones de Población total según Departamentos, Provincias y Distritos, 2018-2022- Boletín Especial N°27) Plataforma de Datos Abiertos- PCM, Ministerio de Salud.

Según las proyecciones poblacionales del INEI al 2024, Apurímac alberga una población de 426,626 habitantes, lo que representa el 1.4% de la población nacional.

1.6.1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION APURIMAC 2024

Imagen N°04 Características demográficas de la población Apurímac



Fuente: Epidemiología HRGDV con datos del INEI – Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental por años calendario y edad simple 1995-2030 boletín especial N°25 Lima INEI 2020

Según el INEI (Boletín Especial N.º 25), la población proyectada de Apurímac para el año 2024 es de 426,626 personas, distribuidas en: Hombres: 218,675 (51.25%), Mujeres: 207,951 (48.75%) evidenciando una ligera predominancia de varones (inusual en comparación con la media nacional)

El análisis de la distribución poblacional en Apurímac entre 2013 y 2023 evidencia una transición demográfica, con una reducción de la población rural (61.9% a 53.4%) y un

aumento de la urbana (38.1% a 46.6%). Este cambio tiene implicancias directas en la planificación y gestión hospitalaria regional.

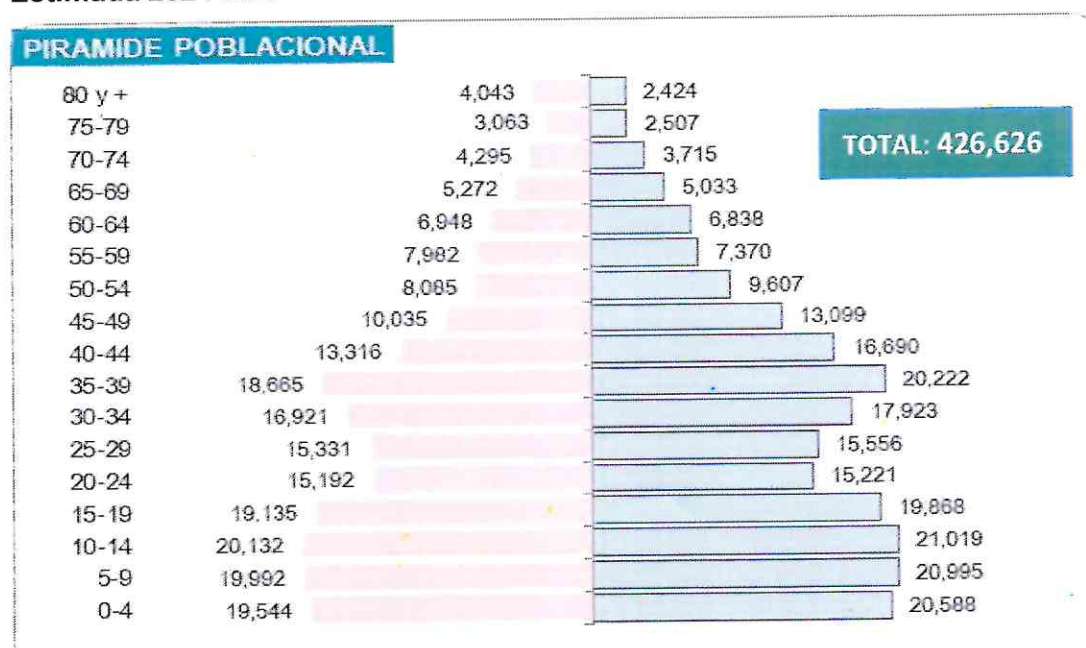
Desde un enfoque situacional, este proceso de urbanización genera una mayor presión sobre los hospitales de cabecera urbana, como los de Abancay y Andahuaylas, que enfrentan creciente demanda de servicios. A la vez, persisten brechas de acceso en zonas rurales, donde el sistema de referencia y contrarreferencia sigue siendo limitado, y muchos establecimientos de salud de primer nivel no cuentan con los recursos ni el personal necesarios.

Esta dualidad exige un diagnóstico integral que permita:

- Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales ante el aumento de población urbana.
- Reforzar la atención primaria en zonas rurales; con redes integradas de salud.
- Considerar los determinantes sociales y geográficos, que condicionan el acceso y la equidad en la atención.

1.6.2. PIRAMIDE POBLACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC

Imagen N° 05: Pirámide poblacional del Departamento de Apurímac- Población Estimada 2024 INEI



Fuente: Epidemiología HRGDV con datos del INEI – Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental por años calendario y edad Simple 1995-2030 boletín especial N°25 Lima INEI 2020



Según proyecciones del INEI, Apurímac cuenta con una población total de 426,626 habitantes, con una ligera mayoría masculina (51%). La estructura demográfica muestra una base aún joven (28.7% menores de 15 años), un amplio grupo en edad productiva (79.5%) y un crecimiento sostenido del grupo de adultos mayores (7.1%), con feminización del envejecimiento.

Este perfil revela una región en transición demográfica, con oportunidades por el bono demográfico y retos asociados al aumento de enfermedades crónicas y necesidades de atención geriátrica. Se recomienda fortalecer servicios diferenciales por grupo etario, con enfoque preventivo, de equidad de género y de determinantes sociales.

1.6.3. APURÍMAC: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DEL INEI DE LA POBLACIÓN TOTAL Y EDADES SIMPLES 2024

Edad	Población				TOTAL	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Apurímac	218,675	51.3	207,951	48.7	426,626	100
0-4	20,588	4.8	19,544	4.6	40,132	9.4
5-9	20,995	4.9	19,992	4.7	40,987	9.6
10-14	21,019	4.9	20,132	4.7	41,151	9.6
15-19	19,868	4.7	19,135	4.5	39,003	9.1
20-24	15,221	3.6	15,192	3.6	30,413	7.1
25-29	15,556	3.6	15,331	3.6	30,887	7.2
30-34	17,923	4.2	16,921	4.0	34,844	8.2
35-39	20,222	4.7	18,665	4.4	38,887	9.1
40-44	16,690	3.9	13,316	3.1	30,006	7.0
45-49	13,099	3.1	10,035	2.4	23,134	5.4
50-54	9,607	2.3	8,085	1.9	17,692	4.1
55-59	7,370	1.7	7,982	1.9	15,352	3.6
60-64	6,838	1.6	6,948	1.6	13,786	3.2
65-69	5,033	1.2	5,272	1.2	10,305	2.4
70-74	3,715	0.9	4,295	1.0	8,010	1.9
75-79	2,507	0.6	3,063	0.7	5,570	1.3
80 y +	2,424	0.6	4,043	0.9	6,467	1.5

Fuente: Epidemiología HRGDV con datos del INEI – Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental por años calendario y edad simple 1995-2030 boletín especial N°25 Lima INEI 2020

La estructura poblacional de Apurímac en 2024 muestra una población mayoritariamente joven, con una base amplia (0-14 años) y una tendencia progresiva al envejecimiento, especialmente notable a partir de los 60 años, donde predomina la población femenina.



Infancia y adolescencia representan más del 27%, lo que implica alta demanda de servicios de salud infantil, nutrición y educación.

Población joven y adulta en edad productiva (15-49 años) requiere estrategias en salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de enfermedades crónicas.

Se evidencia un crecimiento del grupo de adultos mayores (60+), con mayor proporción de mujeres, plantea retos en atención geriátrica, dependencia funcional y cobertura de servicios.

1.7. APURÍMAC: INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SEGÚN PROYECCION INEI 2024

Fecundidad			Mortalidad						Migración		Crecimiento Total	
Nacimientos Anuales	Tasa Bruta de Natalidad (por mil)	Tasa Global de Fecundidad (hijos x mujer)	Defunciones Anuales	Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	Esperanza de Vida al Nacer			Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	Migrantes Netos Anuales	Tasa de Migración Neta (por mil)	Crecimiento Total Anual	Tasa de Crecimiento Total (%)
					Ambos sexos	HOM	FEM					
8,021	19.1	2.2	2,614	6.1	75.0	72.1	78.0	15.9	-1,554	-4.0	3,853	0.9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Fecundidad. - El nivel de fecundidad se encuentra en torno a 2.2 hijos por mujer, ligeramente por encima del umbral de reemplazo poblacional (2.1). La tasa bruta de natalidad de 19.1, por mil indica un nivel moderado de nacimientos.

Mortalidad. - La tasa bruta de mortalidad es relativamente baja (6.1), compatible con una población que ha mejorado sus condiciones de vida y salud. La esperanza de vida al nacer (75 años) refleja una buena situación sanitaria, aunque se observa la brecha de género típica en diferentes países del mundo, las mujeres viven casi 6 años más que los hombres. La tasa de mortalidad infantil (15.9 por mil) sugiere áreas de mejora en atención neonatal y salud infantil.

Crecimiento Total. - El crecimiento total sigue siendo positivo (0.9%), gracias a que la natalidad supera la mortalidad, a pesar del saldo migratorio negativo.

Migración. - Existe un saldo migratorio negativo (-4.0%): más personas emigran que inmigran. Esto puede deberse a factores económicos, sociales o de seguridad, lo que indica que más personas salieron de la región. Esto sugiere que existen factores estructurales o sociales que impulsan a las personas a migrar, como: escasez de empleo formal o diversificado, acceso limitado a educación superior o especializada, servicios de salud



menos desarrollados que en zonas urbanas mayores, aspiraciones de mejorar la calidad de vida en regiones más urbanizadas como Lima o Arequipa.

1.8. CLIMÁTICA/DATOS HISTÓRICOS DEL TIEMPO ABANCAY

tiempo Abancay La ciudad de Abancay se encuentra a 2,389 m.s.n.m. El clima aquí es suave, y generalmente cálido y templado. En invierno hay en Abancay mucho menos lluvia que en verano. Este clima es considerado Cwb según la clasificación climática de Köppen-Geiger. La temperatura media anual es 10.0 °C en Abancay. Precipitaciones aquí promedias 1,290 mm.

- ♣ Entre los meses más secos están los meses julio, agosto y meses más húmedos los meses febrero y marzo.
- ♣ El mes de mayor humedad relativa es marzo (81 %). El mes de menor humedad relativa es agosto (63 %).
- ♣ El mes con más días lluviosos es enero (28.17 días). El mes con menos días lluviosos es junio (4.30 días).
- ♣ La precipitación es la más baja se produce en el mes de junio, con un promedio de 18 mm. La mayor parte de las precipitaciones se producen durante el mes de mayor precipitación, que es enero, y tiene una cantidad media de 225 mm.
- ♣ La una temperatura media de 11.1 °C, noviembre es el mes más caluroso del año. El mes más frío del año es de 8.4 °C en el medio de julio.

Tabla N° 06: CLIMÁTICA/DATOS HISTÓRICOS DEL TIEMPO ABANCAY—

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Temperatura media (°C)	10.5	10.4	10.3	10	9.5	8.7	8.4	9.2	10	10.6	11.1	10.7
Temperatura mín. (°C)	7.4	7.5	7.3	6.3	5.3	3.9	3.2	4.1	5.4	6.6	7.3	7.5
Temperatura máx. (°C)	14.9	14.7	14.8	14.7	14.6	14.4	14.4	15.4	15.9	16	16.1	15.3
Precipitación (mm)	225	205	185	100	35	18	18	29	50	108	132	185
Humedad(%)	80%	81%	81%	79%	72%	67%	64%	63%	67%	73%	74%	78%
Días lluviosos (días)	21	19	21	17	8	3	4	6	12	18	18	20
Horas de sol (horas)	5.2	4.9	4.7	5.1	5.9	6.6	7.1	7.3	6.7	6.2	6.6	5.9

Data: 1991 - 2021 Temperatura mín. (°C), Temperatura máx. (°C), Precipitación (mm), Humedad, Días lluviosos.

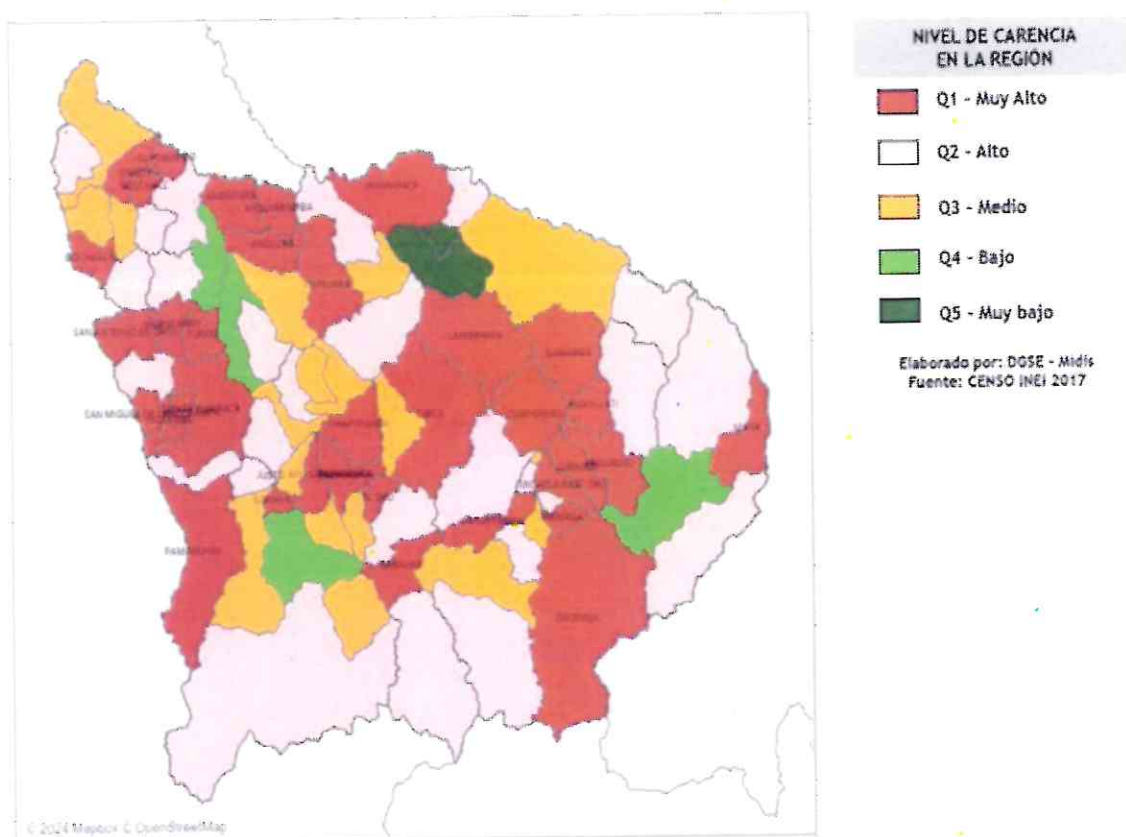
Data: 1999 - 2019: Horas de sol Fuente: Es-climate-data.org

1.9. DETERMINANTES SOCIALES DE LA REGION APURIMAC



1.9.1. NIVELES DE CARENCIA POR DISTRITO (QUINTILES REGIONALES)

Imagen N° 06: Mapa de niveles de carencia por distrito (quintiles regionales)



Nota: La partición en "Quintiles regionales" obedece al agrupamiento de la población en cinco grupos de tamaño similar de acuerdo con el ordenamiento de los distritos según el índice. De este modo, el "Q1" corresponde a aproximadamente 20% de la población que reside en los distritos con mayores carencias.

Fuente: Viceministerio de Gobernanza Territorial información territorial del Departamento Apurímac

El Índice de Carencias permite identificar áreas distritales con mayores niveles de privación y necesidades no satisfechas en la región, vinculadas a la falta de acceso a servicios básicos y oportunidades de desarrollo. Estas carencias no solo reflejan la escasez de recursos económicos, sino también limitaciones en educación, salud, vivienda, empleo y conectividad.

En el contexto del cierre de brechas sociales, esta herramienta es clave para priorizar intervenciones sociales integrales, sostenidas y territorialmente focalizadas, orientadas a garantizar una vida digna y equitativa para la población. Así, el índice orienta la planificación regional hacia los distritos más vulnerables, promoviendo un desarrollo inclusivo.



1.9.2. INDICADORES EMBLEMÁTICOS DE LA REGIÓN APURIMAC

Entre 2021 y 2024, se observaron avances en salud y condiciones sociales, como la reducción de la pobreza (de 28,3% a 24%) y del embarazo adolescente (de 10,7% a 6,1%), así como una alta cobertura de seguro de salud (96,3%) y el logro del 0% de deserción escolar en secundaria. Sin embargo, persisten desafíos críticos: la anemia infantil aumentó alarmantemente (de 51,1% a 58,7%), la cobertura de agua clorada sigue baja (12,2%) y la violencia familiar contra la mujer continúa afectando a una de cada cuatro. La desnutrición crónica infantil y el subempleo muestran mejoras, pero aún requieren atención. Estos resultados orientan la necesidad de intervenciones multisectoriales, priorizando nutrición, empleo y prevención de la violencia.

Durante el periodo 2021 al 2024, el análisis de los principales indicadores sociales y sanitarios muestra avances importantes y persistentes desafíos para la salud pública. La incidencia de pobreza monetaria total presentó una ligera disminución, pasando de 28,3% en 2021 a 24,0% en 2024, lo cual podría estar relacionado con políticas sociales focalizadas; sin embargo, aún afecta a una proporción significativa de la población. La cobertura de seguro de salud se mantuvo alta, alcanzando el 96,3% en 2024, lo que representa una mejora en la afiliación, aunque persisten brechas en el acceso efectivo a servicios de calidad. Uno de los principales retrocesos se observa en la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses, que aumentó de 51,1% a 58,7% en el mismo periodo, reflejando una situación crítica de salud nutricional infantil. A pesar de ello, la desnutrición crónica en menores de cinco años disminuyó de 19,4% a 15,7%, mostrando impactos positivos en intervenciones de desarrollo infantil. En cuanto a la protección social, el porcentaje de personas adultas mayores con algún tipo de pensión disminuyó bruscamente a 17% en 2024, lo cual requiere revisión metodológica o podría reflejar una brecha significativa en cobertura. La deserción escolar acumulada en secundaria se redujo progresivamente hasta alcanzar 0% en 2024, reflejando una mejora notable en la permanencia escolar. El acceso a cuatro servicios básicos se ha mantenido estable alrededor del 72%, mientras que el acceso a agua clorada, aunque bajo, ha mostrado un incremento leve hasta 12,2%. La violencia familiar contra la mujer ejercida por la pareja permanece en niveles altos (23,9%), evidenciando la necesidad de intervenciones integrales con enfoque de género. Por otro lado, el subempleo afecta aún al 53% de la población económicamente activa, aunque con tendencia a la reducción. Finalmente, se destaca una reducción sostenida del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, que disminuyó de 10,7% a 6,1%, como resultado de políticas en salud sexual y



reproductiva. En conjunto, estos indicadores permiten identificar áreas prioritarias para la acción en salud pública, con énfasis en la nutrición infantil, el empleo digno y la prevención de la violencia basada en género.

Tabla N° 07: Indicadores Emblemáticos de la Región Apurímac

INDICADORES	2021	2022	2023	2024
<i>Incidencia de pobreza monetaria total</i>	28.30%	24.70%	25.8%	24.0%
<i>Porcentaje de personas con algún seguro de salud</i>	94.00%	96.10%	96.0%	96.3%
<i>Porcentaje de anemia en niños de 6 a 36 meses</i>	51.10%	52.10%	55.8%	58.7%
<i>Proporción de menor de 5 años con desnutrición crónica (OMS)</i>	19.40%	17.90%	18.9%	15.7%
<i>Porcentaje de personas adultas mayores con algún tipo de pensión</i>	71.90%	78.50%	81.2%	17.0%
<i>Porcentaje de estudiantes con deserción acumulada en secundaria</i>	1.5%	1.3%	1.3%	0.0%
<i>Porcentaje de hogares con acceso a 4 servicios básicos</i>	68.30%	72.30%	73.6%	72.2%
<i>Porcentaje de hogares con agua clorada</i>	11.20%	9.60%	10.1%	12.2%
<i>Violencia familiar contra la mujer ejercida alguna vez por el esposo o compañero en los últimos 12 meses</i>	23.20%	23.20%	26.2%	23.9%
<i>Porcentaje de la población económicamente activa en condición de subempleo</i>	60.40%	57.00%	59.1%	53.0%
<i>Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que ya son madres o están embarazadas por primera vez</i>	10.70%	8.70%	7.9%	6.1%

Fuente: Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerable: <https://app.midis.gob.pe/redinforma/Uplodir/regional/Apurimac.pdf>.

1.9.3. ANÁLISIS DE INDICADORES DE PRIORIDADES SANITARIAS – APURÍMAC

El análisis de los indicadores de salud de los años 2021, 2022 y 2023. Durante este periodo, se ha identificado una elevada prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses (52.1%) y una desnutrición crónica infantil del 17.9% en menores de cinco años. En cuanto a la mortalidad materna, se reportaron tres casos en el año 2023 correspondiendo a una Razón de Mortalidad Materna, lo que equivale a una tasa de 36 por cada 100 mil nacidos vivos. La mortalidad infantil alcanzó los 7.7 por mil nacidos vivos. Asimismo, se evidenció un aumento en los embarazos adolescentes, pasando de 255 casos en 2021 a 293 en 2023.

Respecto a las enfermedades transmisibles, en el año 2022 la incidencia de tuberculosis fue de 13.7 por cada 100 mil habitantes, mientras que los casos de VIH y SIDA fueron 29 y 12

respectivamente. La tasa de incidencia acumulada de hepatitis B fue de 15.4 y la rabia



humana registró 0.2 casos por cada 100 mil habitantes. En cuanto a enfermedades no transmisibles, destacan la hipertensión arterial en mayores de 15 años con una prevalencia del 10.5% y la diabetes mellitus con 36.5%. Además, el sobrepeso afecta al 32.3 – 33.8% de la población y la obesidad al 15.0 – 18.8%. La incidencia de cáncer fue de 28.1 casos por cada 100 mil habitantes, y la prevalencia de trastornos mentales y psicosociales alcanzó el 17.6%. Adicionalmente, se ha intensificado la vigilancia de enfermedades relacionadas con exposición a metales pesados, registrando 5,104 casos en gestantes y niños menores de 12 años. La incidencia de siniestros viales, que generaron 324 casos de muertes o discapacidades, llegó al 2.5%. En el contexto de la pandemia, los casos de COVID-19 con complicaciones representaron entre el 24.5% y 29.7% de los casos registrados.

Tabla N° 08: Indicadores de Prioridades Sanitarias – Apurímac

Indicador	Valor / Número
Prevalencia de anemia (Niños de 6 a 35 meses)	52.1%
Prevalencia de DCI (Niños menores de 5 años)	17.9%
Tasa de mortalidad materna (RMM), 2023	36 x 100 mil
Tasa de mortalidad infantil	7.7 x mil N.V.
Prevalencia embarazo en adolescentes	293 casos
Incidencia de TBC x cien mil hab.	13.7
Casos de VIH / SIDA	VIH 29 casos / SIDA 12 casos
TIA Incidencia de Hepatitis B x cien mil hab.	15.4
Prevalencia de hipertensión arterial (15 a más años)	10.5%
Prevalencia de diabetes mellitus (15 a más años)	36.5%
Incidencia de cáncer x cien mil hab.	28.1
Prevalencia de sobrepeso	32.3 - 33.8%
Prevalencia de obesidad	15.0 - 18.8%
Prevalencia de salud mental (trastornos mentales y psicosociales)	17.6%
Incidencia de rabia humana	0.2 x 100000 hab.
Nº de casos de exposición e intoxicación por metales pesados (El indicador: cantidad de gestantes y niños menores de 12 años que han recibido evaluación integral de salud en los EE. SS de primer nivel de atención)	5104 casos
Nº de casos de muerte y discapacidad por siniestros viales	324 casos
Incidencia de COVID-19 con complicaciones	24.5 - 29.7%

*Listado de prioridades sanitarias nacionales aprobado por el DS N.º 026-2020-SA – PNMS.

Fuente: INEI 2022, Indicadores de resultados de los Programas Presupuestales.

1.10. CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA DIRESA APURÍMAC

1.10.1. DISPONIBILIDAD DE SUBSISTEMAS DE SALUD A NIVEL REGIONAL



La Región Apurímac dispone de un total de 533 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), distribuidas de la siguiente manera: 396 pertenecen al Gobierno Regional, 121 al sector privado, 9 a EsSalud, 3 a la Policía Nacional del Perú, 2 a la Sanidad del Ejército del Perú y 2 al Instituto Nacional Penitenciario (INPE).

Tabla N°08: Subsistemas de Salud Región Apurímac

INTITUCIÓN	Nº EE. SS
ESSALUD	9
Gobierno Regional	396
INPE	2
Privados	121
Sanidad de la Policía Nacional del Perú	3
Sanidad del Ejército del Perú	2
TOTAL	533

Fuente: Servicios de Salud DIRESA Apurímac 2023.

1.10.2. IPRESS POR REDES DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL APURIMAC

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) gestionadas por el Gobierno Regional constituyen el 75% del total, con 396 establecimientos distribuidos en 7 Redes de Salud y 25 Micro Redes. Estas IPRESS se clasifican de la siguiente forma: el 55% (217) son de categoría I-1, el 29% (113) pertenecen a la categoría I-2, el 9% (33) corresponden a la categoría I-3 y el 7% (27) a la categoría I-4. Además, el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) cuenta con dos hogares protegidos que aún no han sido categorizados. En cuanto a los hospitales de categoría II-2, se identifican el Hospital Subregional de Andahuaylas y el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, ubicado en Abancay.

TABLA N°09: IPRESS por Redes de Salud del Gobierno Regional Apurímac

Redes	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	Sin Categoría	Total, General
Abancay	49	26	10	5		1	1	92
Andahuaylas	48	27	7	9		1	1	93
Antabamba	14	5	2	1		0	0	22
Aymaraes	34	14	4	2		0	0	54
Chincheros	19	15	8	3	1	0	0	46
Cotabambas	29	17	0	5	1	0	0	52
Grau	24	9	2	2		0	0	37
Total	217	113	33	27	2	2	2	396

Fuente: Servicios de Salud DIRESA Apurímac 2023.



1.10.3. PORCENTAJE DE ACCESIBILIDAD A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN PROVINCIA DE LA REGIÓN DE APURÍMAC.

El 93.33% de la población del Departamento de Apurímac se encuentra ubicada a menos de 30 minutos de un Establecimiento de Salud (más cercano). Mientras que respecto de un Establecimiento de Salud de Categoría II, sólo el 41.73% de la población se ubica a dicha distancia.

Para la atención sanitaria Apurímac cuenta con 462 establecimientos de salud. El primer nivel de atención está organizado en 8 redes de servicio consideradas unidades ejecutoras, y los hospitales bajo la dirección de la DIRESA Apurímac.

Según la categoría, Apurímac cuenta con 231 establecimientos de salud categoría I-1, 132 establecimientos de categoría I-2, 63 establecimientos de categoría I-3, 29 Centros Asistenciales de categoría I-4, 3 hospitales de categoría II-1 (son el Hospital Tambobamba en Cotabambas, el Hospital Chincheros, el Hospital Diospi Suyana en Abancay y el Hospital I Santa Margarita en Andahuaylas). Los tres establecimientos de salud de mayor complejidad del departamento de Apurímac son el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en Abancay, Seguro Social se Salud - Essalud en Abancay y el Hospital sub regional de Andahuaylas, los tres de nivel II-2.

No se cuenta con un establecimiento de salud de nivel III-1, existiendo alta dependencia de los establecimientos del Cusco, Lima, etc. para atender casos de mediana y alta complejidad.

Tabla N°10: Porcentaje de Accesibilidad a Establecimientos de Salud según Provincia de la Región de Apurímac

Provincia	Porcentaje de población, según tiempo (en minutos) al EESS más cercano (%)				Porcentaje de población, según tiempo (en minutos) al EESS más cercano de categoría II (%) (*)			
	[0 - 30>	[30 - 60>	[60 - 120>	De 120 a más	[0 - 30>	[30 - 60>	[60 - 120>	De 120 a más
Abancay	96.02	2.39	0.98	0.61	70.29	3.15	19.39	7.18
Andahuaylas	95.73	3.19	0.87	0.21	51.12	15.53	21.24	12.11
Antabamba	87.26	2.25	6.66	3.83	0	0	0	100
Aymaraes	89.11	6.76	3.23	0.91	0	0	7.22	92.78
Chincheros	97.35	1.12	1.18	0.35	31.56	17.87	38.36	12.21
Cotabambas	82.47	12.75	2.94	1.84	0	1.74	45.36	97.02
Grao	88.63	7.75	2.39	1.24	0	2.98	0	97.02
Total (%)	93.33	4.36	1.73	0.58	41.73	8.52	23.3	26.45

Fuente: CPV 2017-INEI, Susalud, MINEDU, Modelo de accesibilidad SDOT-2020 (*) La máxima categoría que alcanzan los establecimientos de salud en el departamento de Apurímac, es la Categoría II



La mayoría de la población de Apurímac (93.33%) accede a un establecimiento de salud en menos de 30 minutos. Sin embargo, esta accesibilidad se reduce considerablemente cuando se trata de establecimientos de salud de categoría II, donde solo el 41.73% de la población está a menos de 30 minutos.

Las provincias con mejor acceso general son Abancay (96.02%) y Andahuaylas (95.73%). En contraste, Cotabambas y Antabamba presentan mayores porcentajes de población con tiempos de desplazamiento mayores a 60 minutos, lo que evidencia brechas geográficas y de infraestructura.

Respecto al acceso a establecimientos de categoría II, destaca Abancay con el 79.3% de su población a menos de 30 minutos, mientras que provincias como Cotabambas y Grau tienen más del 90% de su población a más de 30 minutos, reflejando una marcada desigualdad en el acceso a servicios de mayor complejidad.

1.10.4. RECURSOS HUMANOS POR PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE APURÍMAC

Tabla N°11: Recursos Humanos por Provincias del Departamento de Apurímac 2023.

Nombres de Provincias	Médico Cirujano	Enfermera (a)	Obstetra	Nutricionista	Cirujano Dentista	Técnico Enfermería	Biólogo	Químico Farmacéutico	Técnico Laboratorista	Psicólogo
Abancay	191	448	130	11	63	439	29	26	32	53
Andahuaylas	209	536	241	25	81	566	45	34	13	81
Antabamba	17	48	21	0	14	69	1	2	6	8
Aymaraes	28	97	25	2	23	125	2	4	8	13
Chincheros	71	151	103	11	42	239	19	12	12	33
Cotabambas	56	114	68	7	29	166	9	11	16	20
Grau	27	65	35	2	18	118	1	2	8	7
Total, General	599	1459	623	58	270	1722	106	91	95	215

Fuente: INFORHUS Diresa Apurímac 2023

La provincia de Andahuaylas lidera en disponibilidad de recursos humanos en salud con 566 técnicos de enfermería, 241 obstetras y 209 médicos cirujanos, reflejando su rol como centro asistencial clave en la región. Abancay también concentra una cantidad importante de personal, especialmente enfermeros(as) y técnicos de enfermería.



En contraste, provincias como Antabamba, Aymaraes y Grau muestran una notoria escasez de profesionales, especialmente en especialidades como nutrición, cirugía dental, psicología y laboratorio, lo cual podría comprometer la atención integral y oportuna en salud. La concentración de personal especializado en solo dos provincias evidencia una distribución desigual de recursos humanos, lo que acentúa la brecha de acceso a servicios de salud de calidad en zonas rurales y alejadas de Apurímac.

1.10.5. Capacidad de respuesta de los principales Grupos ocupacionales por Provincia del Departamento de Apurímac.2023

Tabla N° 12: Capacidad de respuesta de los principales Grupos ocupacionales por Provincia del Departamento de Apurímac.2023

Provincias	Pobl. 2017	Médico Cirujano		Enfermero		Obstetra	
		N	Tasa X 10000 hab.	N	Tasa X 10000 hab.	N	Tasa X 10000 hab.
Abancay	110520	191	17.3	448	40.5	130	11.8
Andahuaylas	142477	209	14.7	536	37.6	241	16.9
Antabamba	11310	17	15.0	48	42.4	21	18.6
Aymaraes	24307	28	11.5	97	39.9	25	10.3
Chincheros	45247	71	15.7	151	33.4	103	22.8
Cotabambas	50656	56	11.1	114	22.5	68	13.4
Grau	21242	27	12.7	65	30.6	35	16.5
Apurímac	405759	599	14.8	1459	36.0	623	15.4

Fuente: Elaboración propia con datos INFORHUS Diresa Apurímac 2023

a) Densidad de Médicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, para asegurar una atención adecuada, debe haber al menos 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes. No obstante, al examinar el dato regional y el desagregado por provincias, se observa que actualmente las tasas de médicos cirujanos son más bajas en las provincias, con una tasa promedio de 14.8 médicos por cada 10,000 habitantes en la región, lo que representa una deficiencia de 8.2 profesionales médicos en comparación con la cifra recomendada por la OMS. Así mismo a nivel de las provincias existe desigualdad en la distribución de los médicos destinados a la atención de la población; La provincia de Abancay 17.3, Chincheros 15.7 y Antabamba 15.0 médicos por cada 10000 habitantes presentan las tasas más altas en la región sin embargo no logran llegar al estándar óptimo

recomendado por la OMS. Las provincias con las tasas más bajas en la región es la provincia de Cotabambas 11.1 y Aymaraes 11.5 médicos por cada 10000 habitantes. Este análisis resalta la necesidad de mejorar la distribución equitativa de recursos humanos de salud en la región para garantizar el acceso adecuado a la atención médica en todas las provincias, especialmente en áreas rurales o menos pobladas.

En términos generales, la tasa de médicos es la más baja en comparación con enfermeros y obstetras, lo que sugiere una posible mayor dependencia de estos últimos en la atención primaria de salud.

b) Densidad de Enfermeros

Las tasas de enfermeros son más altas que las de médicos cirujanos y obstetras en todas las provincias, con una tasa regional promedio de 36.0 enfermeros por cada 10,000 habitantes cifra por encima de lo recomendado por la OMS (debe haber al menos 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes). Las tasas de enfermeros también muestran una variabilidad significativa entre provincias: las tasas más altas se encuentran en Antabamba 42.4 por cada 10,000 habitantes Abancay 40.5 y Andahuaylas 37.6 por cada 10,000 habitantes. Las tasas más bajas están en Grau 30.6 por cada 10,000 habitantes y Cotabambas 22.5 por cada 10,000 habitantes.

A nivel general, se puede observar que la tasa de enfermeros es más alta que la de médicos cirujanos, lo que puede indicar una mayor presencia de personal de enfermería en comparación con los médicos.

c) Densidad de Obstetras

En Apurímac durante el año 2023, la densidad de obstetras llegó a 15.4 x 10 000 habitantes. Esta cifra esconde diferentes significados entre distintas áreas geográficas o territorios, constituyendo inequidad entre grupos poblacionales, en especial relacionados a la accesibilidad y la atención de la gestante. Chincheros y Andahuaylas tienen una presencia relativamente alta con tasas de 22.8 y 16.9 respectivamente. Provincias como Aymaraes tienen una tasa baja de 10.3, lo que sugiere que puede haber menos recursos especializados en salud materna en estas áreas. La tasa más baja de obstetras se encuentra en Abancay (11.8 por cada 10,000 habitantes), lo que podría ser un área de atención para mejorar la cobertura en salud materna.

1.11. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA



El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, cuenta con una infraestructura de 60 años de antigüedad, concebido según los estándares de aquella época, tuvo forma de edificio cuadrangular con los lados interceptados por amplios pasillos en un área de 10,426.86 m²; Cabe indicar que en la actualidad en el área del hospital se encuentran funcionando las instalaciones de la Dirección Regional de Salud de Apurímac con un área de afectación de 5177.30 m², El hospital tiene un área del predio de 37,420.27 m², el perímetro actual es de 779.54 metros lineales.

1.11.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FÍSICA DEL HRGDV, 2024

Tabla N° 13: Descripción de la estructura física del HRGDV, 2024

BLOQUE	PISOS	SERVICIOS/AREAS/UNIDADES	MATERIAL	AÑO CONSTRUCCIÓN
A	1	Consultorios Externos	Noble	1964
		Dirección		
		Lactario institucional		
	2	Medicina. Cirugía		
B	1	Patología Clínica	Noble	2017
	2	Banco de sangre		
	3	Anatomía Patológica		
C	1	Quimioterapia ambulatoria y mezclas oncológicas	Noble/Driwall	2023
D	1	Traumatología	Noble	1964
		Emergencia		
E	1	Nutrición.	Noble	1964
		Lavandería.		
		Morgue.		
F	1	Hemodiálisis	Noble	2020
		MAMIS	Noble	
G	1	*SOP	Noble	1964
		Diagnóstico por Imágenes		
		Tomografía		2022
H	1	Emergencias Obstétricas	Noble	2007
		Unidad de bienestar fetal		
		Alto Riesgo Obstétrico		
	2	Ginecología		
		Madre Acompañante		
		Psicoprofilaxis		
	3	Auditórium		
I	1	Puerperio	Noble	
	2	Centro obstétrica		
		Pediatría		
	3	OESASO		
		Docencia y Calidad		
J	1	Emergencia Neonatal	Noble	2014
		Alojamiento conjunto		
		Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales		
	2	UCI NEONATAL		
L	3	UCI General		
	1	Mantenimiento	Noble	1964



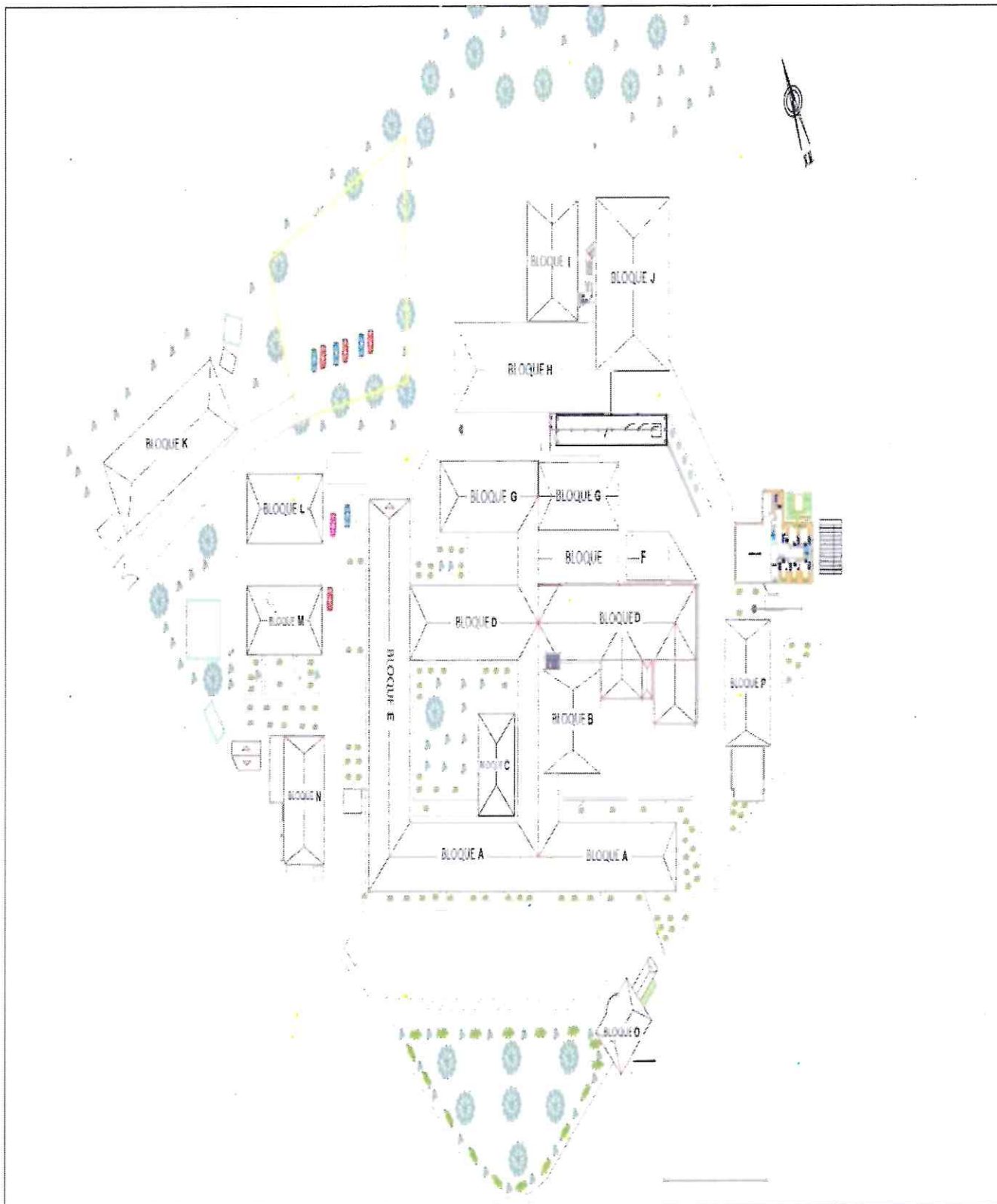


		Estadística		
		Transportes		
M	1	Casa de Fuerza	Noble	1964
N	1	Almacén	Noble	1997
		Recursos Humanos		
		Conservación y Limpieza		
		Almacenamiento final de RRSS		
K	1	Unidad de Cuidados Intermedios Adulto	Prefabricado	2020
O	1	Farmacia central	Noble, prefabricado	2002
P	1	Reniec	Noble	1964
		Capilla		
	2	Hospitalización salud mental		

Fuente: Unidad de Epidemiología



Imagen N° 07: Infraestructura Física del HRGDV, 2024



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.



Página | 41



1.12. CAPACIDAD HOSPITALARIA

Se refiere al número total de camas y la capacidad de expansión por servicio, de acuerdo a la organización del hospital (por departamentos o servicios especializados). El hospital Guillermo Díaz de la Vega cuenta con un total de 145 camas de hospitalización con una capacidad de expansión de 17 camas, cuya distribución es:

1.12.1. Camas Disponibles en Hospitalización según UPSS en el 2024

En el año 2024, la distribución de camas hospitalarias operativas por Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una mayor concentración en las áreas de Medicina General y Cirugía, cada una con 24 camas, lo que representa el 17.0% y 16.4% del total, respectivamente. Traumatología dispone de 19 camas (16.4%) y Ginecología cuenta con 14 camas (15.1%). En contraste, las áreas con menor disponibilidad son Neonatología Intermedios con 4 camas (3.8%), Obstetricia y Pediatría con 10 camas cada una (6.3% y 8.8% respectivamente), y Salud Mental con 12 camas (7.5%). Esta distribución evidencia una priorización de camas hacia servicios de mayor demanda quirúrgica y médica, mientras que áreas como obstetricia y neonatología cuentan con menor capacidad instalada.

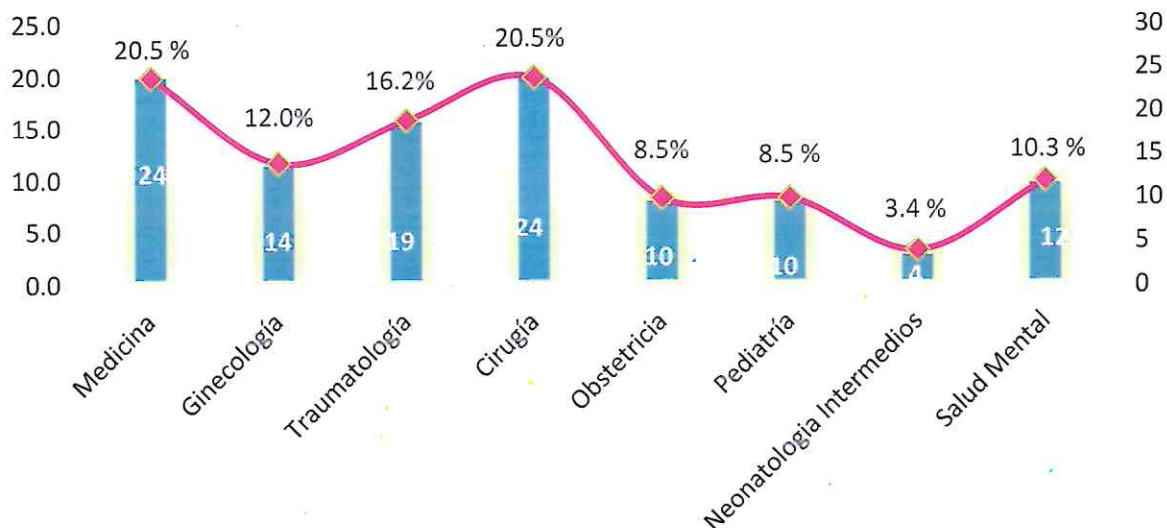
Tabla N° 14: Número de Camas Disponibles en Hospitalización según UPSS en el 2024

UPSS HOSPITALIZACIÓN AL 2024	NÚMERO DE CAMAS
Medicina General	24
Ginecología	14
Traumatología	19
Cirugía	24
Obstetricia	10
Pediatría	10
Neonatología Intermedios	4
Salud mental	12
TOTAL	145

Fuente: Aplicativo Renoxi –Camas, HRGDV-2024



Gráfico N° 01: Porcentaje de Distribución de Camas por UPSS, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

En el año 2024, la distribución de camas hospitalarias operativas por Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una mayor concentración en las áreas de Medicina General y Cirugía, cada una con 24 camas, lo que representa el 17.0% y 16.4% del total, respectivamente. Traumatología dispone de 19 camas (16.4%) y Ginecología cuenta con 14 camas (15.1%). En contraste, las áreas con menor disponibilidad son Neonatología Intermedios con 4 camas (3.8%), Obstetricia y Pediatría con 10 camas cada una (6.3% y 8.8% respectivamente), y Salud Mental con 12 camas (7.5%). Esta distribución evidencia una priorización de camas hacia servicios de mayor demanda quirúrgica y médica, mientras que áreas como obstetricia y neonatología cuentan con menor capacidad instalada.

1.12.2. Camas Disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Unidad de Terapia Intensiva Neonatal UTIN, Unidad Cuidados Intermedios Adulto – 2024

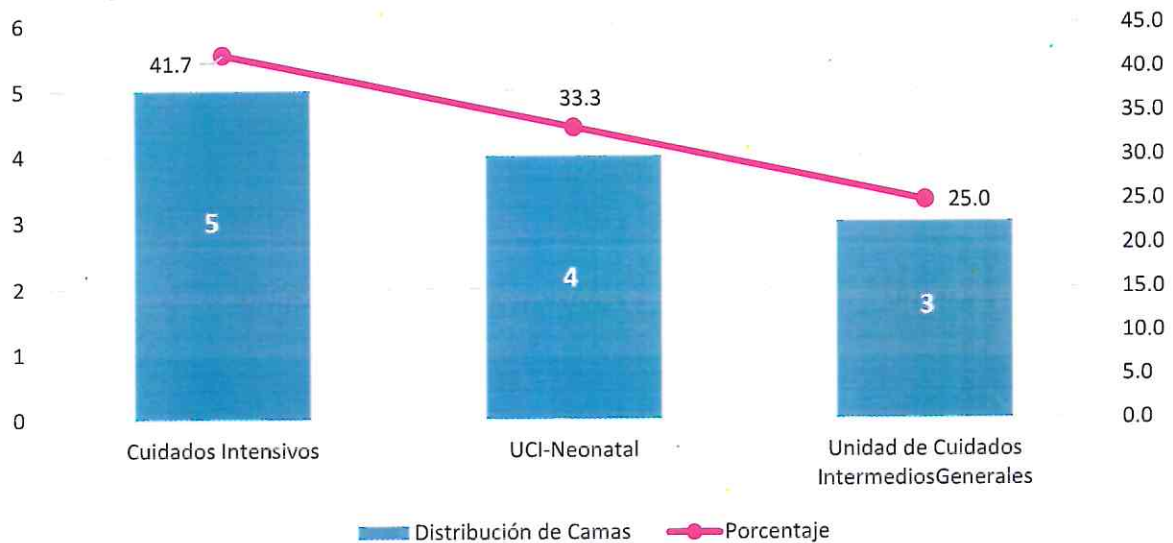
Tabla N° 15: Número de Camas Disponibles en UCI-UCIN, UCIN ADULTO – 2024

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	NÚMERO DE CAMAS
Cuidados Intensivos General	5
UTIN– Neonatal	4
Unidad de Cuidados Intermedios Generales	3
Total	12

Fuente: Aplicativo Renoxi –Camas, HRGDV-2024



Gráfico N° 02: Porcentaje y número de camas en las UPSS, UCI, UCIN-ADULTO, UTIN NEONATAL del HRGDV-2024.



Fuente: Renoxi camas – HRGDV-2024.

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, las unidades críticas cuentan con un total de 12 camas distribuidas de la siguiente manera: 5 camas en Cuidados Intensivos Generales, 4 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI-Neonatal) y 3 camas en la Unidad de Cuidados Intermedios Generales. Esta disponibilidad busca responder a la atención de pacientes en estado crítico, tanto adultos como neonatos, garantizando soporte especializado en situaciones de alta complejidad clínica.

1.12.3. Camas Disponibles en Emergencia- 2024.

Se cuenta en el servicio de Emergencia con 24 camas para observación de mujeres, varones, pediatría, gineco- obstetricia y shock trauma. Mientras que hay 9 camillas en el tópico de emergencia de neonatología, de medicina, cirugía, pediatría, traumatología y gineco-obstetricia.

Tabla N° 16: Número de Camas Disponibles en Emergencia- 2024

UPSS EMERGENCIA GENERAL 2023	NÚMERO DE CAMAS
Observación varones	7
Observación Mujeres	7
Observación Pediatría	2
Gineco-Obstetricia	4
Shock Trauma	4
Total	24



UPSS EMERGENCIA GENERAL 2023	NÚMERO DE CAMILLAS FIJAS
Tópico Neonatología	1 camilla
Tópico Medicina	1 camilla
Tópico Cirugía	1 camilla
Tópico Pediatría	1 camilla
Tópico Traumatología	1 camilla
Tópico Gineco- Obstetricia	4 camilla
Total	9

Fuente: Aplicativo Renoxi –Camas, HRGDV-2024.

1.12.4. Camas Disponibles en Centro Obstétrico – 2024

En centro Obstétrico se cuenta con 02 camas hidráulicas para atención de parto las cuales por su funcionalidad ayudan a las parturientas acomodarse en la posición de parto vertical; también en sala de dilatación preparto se cuenta con 4 camas y en puerperio inmediato con 02 camas que favorece a una vigilancia estricta del puerperio inmediato.

Tabla N° 17: Número de camas disponibles en Centro Obstétrico - 2024

NÚMERO DE SALAS DISPONIBLES EN CENTRO OBSTETRICO	
Centro obstétrico	Número de Camas, camillas/ salas de operaciones
Sala de partos	2 camas hidráulicas
Sala de dilatación	4 camas
Puerperio inmediato	2 camas
Total	8

Fuente: Renoxi camas – HRGDV-2024.

1.12.5. Salas Disponibles en Centro Quirúrgico - 2024

Respecto al Centro Quirúrgico, se puede identificar que existen 03 salas disponibles, estando distribuidas con 01 sala para cirugía mayor, 01 sala para cirugías de emergencia y 01 sala para la unidad de recuperación post anestesia, la cual tiene disponible 3 camillas.

Tabla N° 18: Número de salas disponibles en Centro Quirúrgico - 2024

NÚMERO DE SALAS DISPONIBLES EN CENTRO QUIRURGICO			
Elementos	Designación	Número Total mesa de operaciones/ camillas	Descripción de los Recursos Disponibles
AMBIENTES EN SALA DE OPERACIONES	Sala N° 1	1	Cirugía mayor
	Sala N° 2	1	Cirugías de emergencia
URPA	Sala N° 1	3	Unidad de recuperación post anestesia
TOTAL	5 SALAS	5	

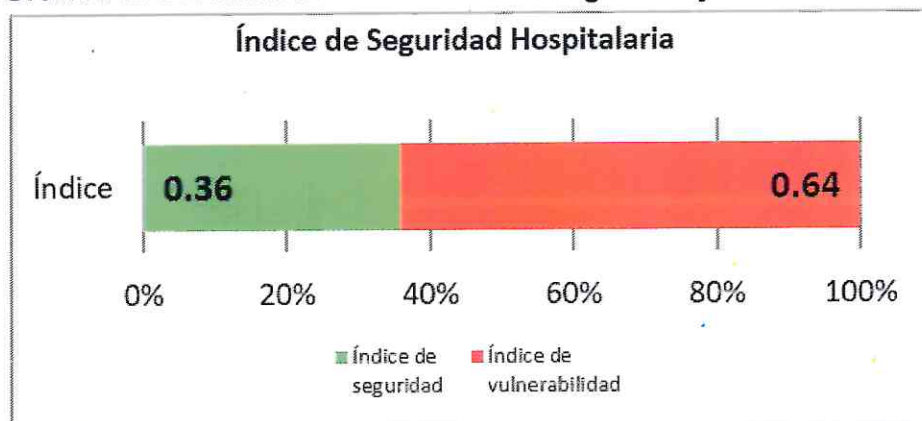
Fuente: Renoxi camas, HRGDV-2024.



1.13. ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA (ISH) CATEGORÍA “C”

El índice de seguridad hospitalaria es una herramienta desarrollada por la OPS, que proporciona una idea inmediata del nivel de seguridad de un hospital, utilizado por las autoridades de salud para determinar la probabilidad de que un hospital o establecimiento de salud continúe funcionando en situaciones de emergencia, desastre y otras crisis similares.

Gráfico N°03: Resultado del Índice de Seguridad y Vulnerabilidad 2025:



Representación por nivel de seguridad del Componente Estructural ISH 2025

Clasificación del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega



El presente gráfico representa el ISH para el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, el cual muestra un alto índice de vulnerabilidad reflejado con un indicador de 0.64, mientras que la seguridad ante cualquier evento adverso solo tiene solo 0.36, derivando a una

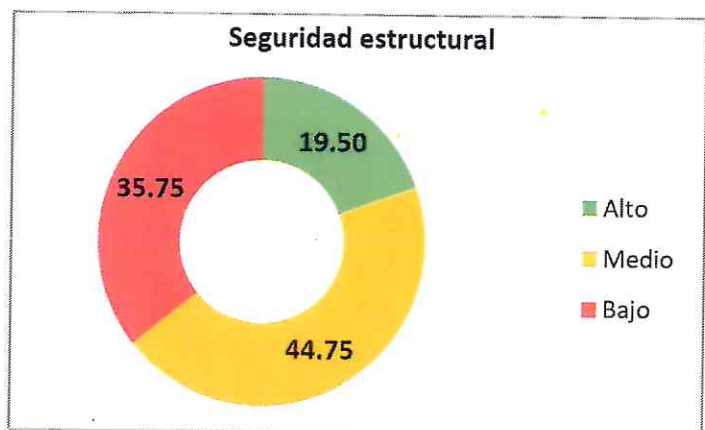
categoría “C” para el establecimiento de salud, indicador que nos lleva a considerar las observaciones planteadas para cada componente y tomar medidas urgentes que mejoren los indicadores que refieren a una alta vulnerabilidad.



1.13.1. Seguridad Estructural:

En el aspecto relacionado con la seguridad ESTRUCTURAL, el análisis del modelo matemático para el ISH refleja que predomina el nivel BAJO de Seguridad con 35.75% lo cual lo hace NO VULNERABLE, lo que conlleva a analizar la problemática existente y poner en práctica las recomendaciones propuestas a fin de mejorar este indicador de seguridad y tratar de disminuir la vulnerabilidad frente a un evento adverso. (Gráfico N.º 04)

Gráfico N°04

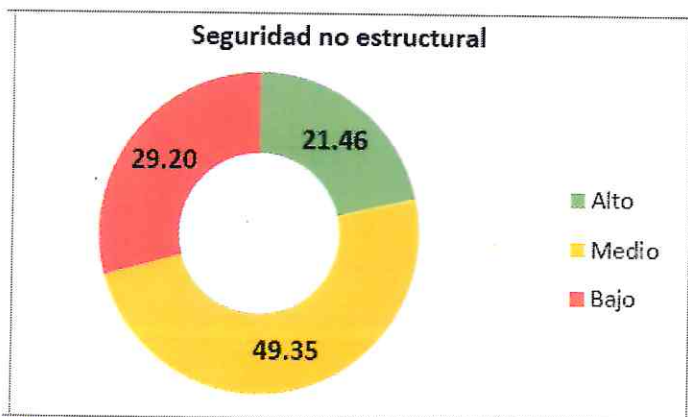


Representación por nivel de seguridad del Componente Estructural ISH 2025

1.13.2. Seguridad No Estructural:

En el aspecto relacionado con la seguridad NO ESTRUCTURAL, del HRGDV tiene un predominio del nivel MEDIO de Seguridad con 49.35%, nivel BAJO un 29.20% y el nivel ALTO de seguridad en 21.46%. Lo que significa que la vulnerabilidad en su componente NO ESTRUCTURAL ante un evento de desastres NO es insegura. Se requieren tomar medidas correctivas para mitigar los problemas encontrados en la evaluación. (Gráfico N°05)

Gráfico N°05



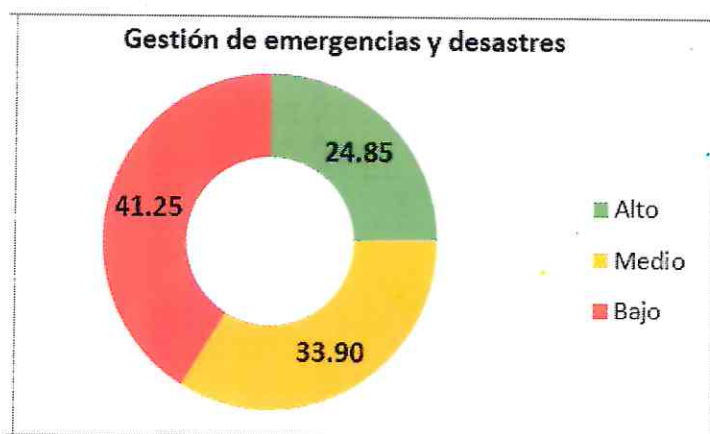
Representación por nivel de seguridad del Componente No Estructural ISH 2025



1.13.3. Gestión de Emergencias y Desastres:

La capacidad operativa del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega durante y después de un desastre se estima también en función de la organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones adversas que se puedan presentar. Esto refleja que, en la evaluación del componente funcional, la seguridad del establecimiento de salud se encuentra en un nivel BAJO reflejado en un 41.25% si bien se tiene planes y se encuentra relativamente preparada para afrontar un evento de desastres, Se requiere tomar medidas correctivas a procedimientos e infraestructura para poder tener una capacidad de respuesta óptima frente a emergencias y desastres. (Gráfico N° 06)

Gráfico N° 06



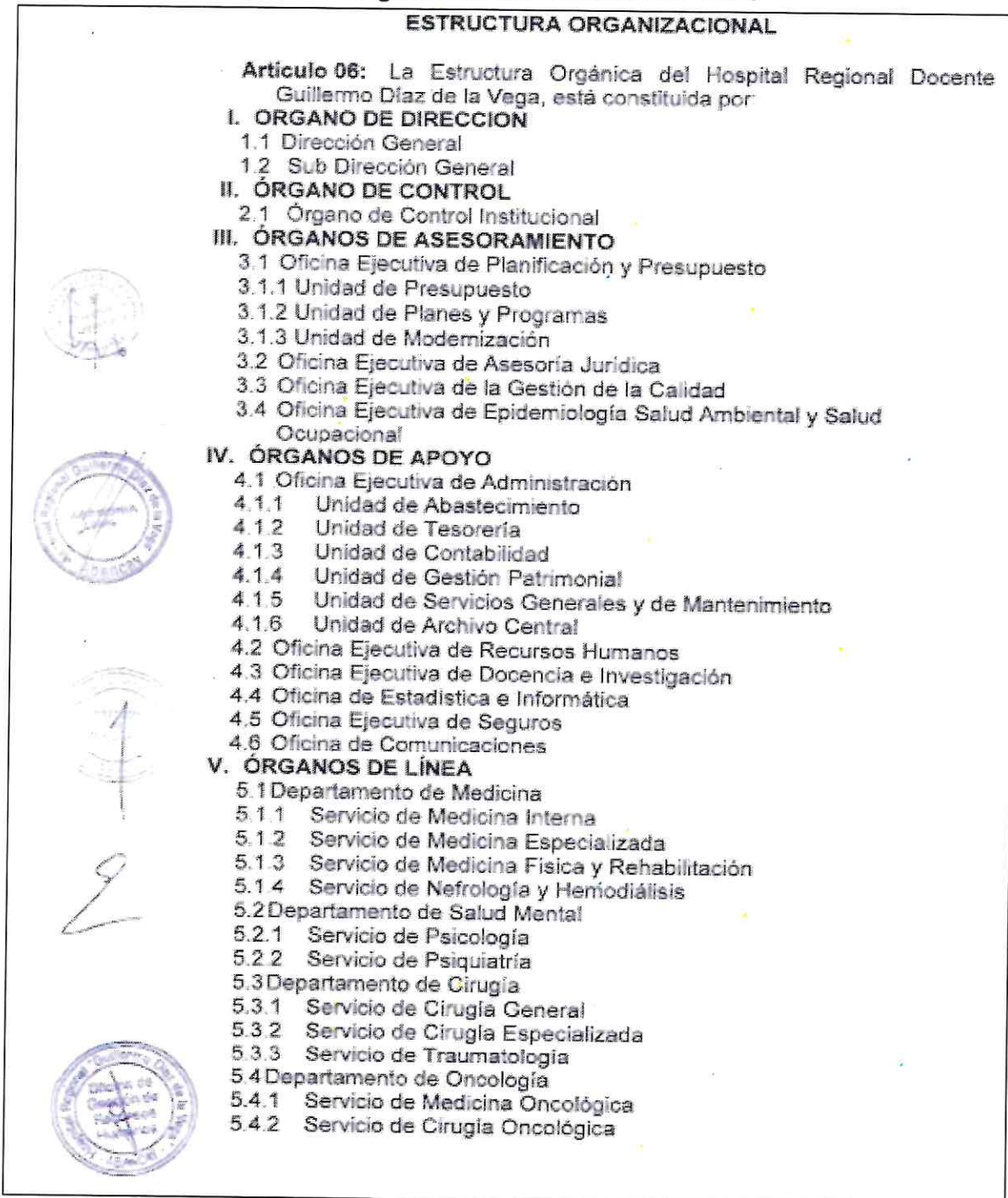
Representación por nivel de seguridad del Componente Funcional ISH 2025

1.14. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA INSTITUCIÓN

Según ordenanza Regional **N°005-2020-GR-Apurímac/CR**. Aprueban en sesión Ordinaria del Consejo Regional Apurímac, "El organigrama Institucional y Reglamento de Organización y Funciones ROF del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega" en fecha 15/12/2020.



Imagen N° 08: Estructura Organizacional del HRGDV-2020



Fuente: Reglamento de organización y funciones ROF - HRGDV- 2020.



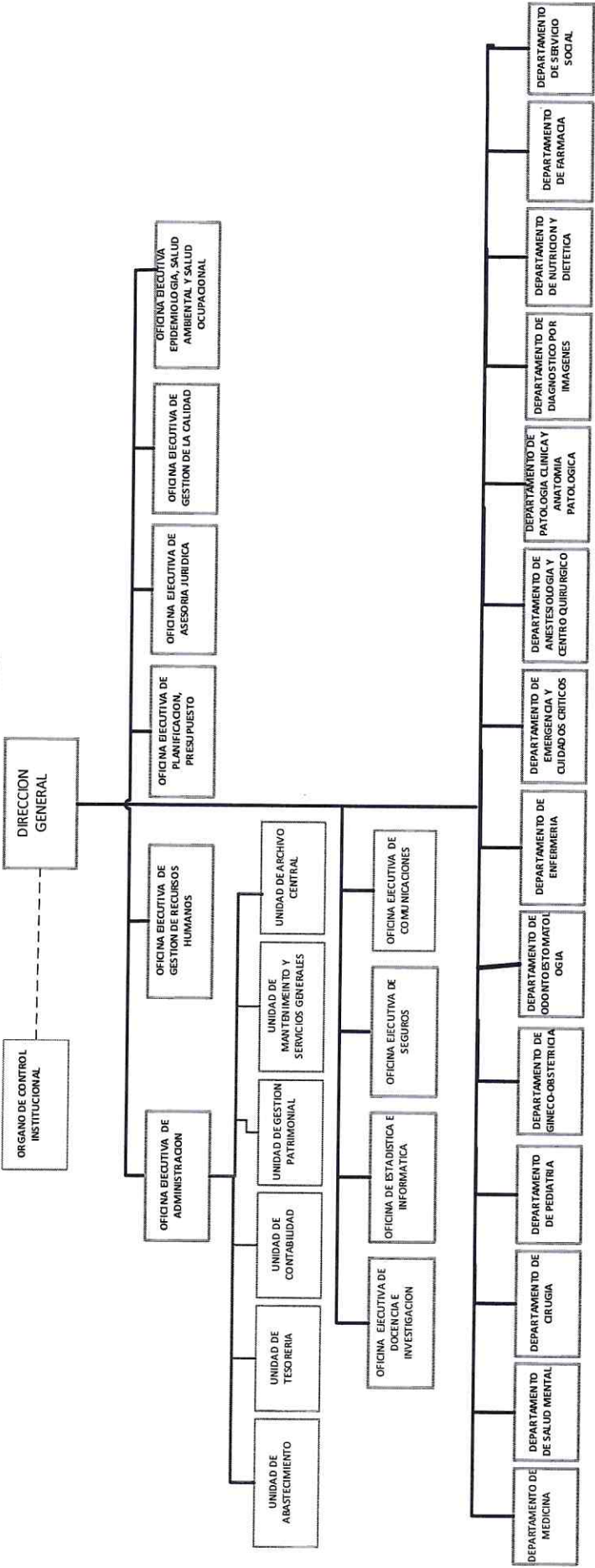
- 5.5 Departamento de Pediatría
 - 5.5.1 Servicio de Pediatría
 - 5.5.2 Servicio de Neonatología
- 5.6 Departamento de Gineco-Obstetricia
 - 5.6.1 Servicio de Ginecología
 - 5.6.2 Servicio de Obstetricia
- 5.7 Departamento de Odontoestomatología
- 5.8 Departamento de Enfermería
 - 5.8.1 Servicio de Enfermería en Consultorio Externo
 - 5.8.2 Servicio de Enfermería en Hospitalización
 - 5.8.3 Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y de esterilización.
 - 5.8.4 Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos
- 5.9 Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
 - 5.9.1 Servicio de Emergencia General
 - 5.9.2 Servicio de Emergencia Gineco-Obstetras
 - 5.9.3 Unidad de Trauma Shock
 - 5.9.4 Servicio de Anestesiología de Emergencias Quirúrgicas
 - 5.9.5 Unidad de Cuidados Intensivos Generales
 - 5.9.6 Unidad de Cuidados Intermedios
 - 5.9.7 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
 - 5.9.8 Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
- 5.10 Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
 - 5.10.1 Servicio de Anestesiología
 - 5.10.2 Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA)
 - 5.10.3 Servicio de Terapia de Dolor
- 5.11 Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
 - 5.11.1 Servicio de Patología Clínica
 - 5.11.2 Servicio de Anatomía Patológica
 - 5.11.3 Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II
- 5.12 Departamento de Diagnóstico Por Imágenes
 - 5.12.1 Servicio de Radiología y Procedimientos especiales
 - 5.12.2 Servicio de Ecografía
 - 5.12.3 Servicio de Tomografía y Resonancia
- 5.13 Departamento de Nutrición y Dietética
- 5.14 Departamento de Farmacia
- 5.15 Departamento de Servicio Social

Fuente: Reglamento de Organización y funciones ROF - HRGDV- 2020



REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.

ANEXO 1 ORGANIGRAMA



Oficina de Planificación Estratégica

1.15. CARTERA DE SERVICIOS

Tabla N° 19: Cartera de Servicios por Unidades Funcionales que Brinda el HRGDV

Resolución Directoral

N° 074-2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de ABRIL del 2025

ANEXO 01

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, CATEGORÍA II-2



ORGANO DE LINEA	N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES	1	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Medicina Interna
	2	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Medicina General
	3	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por médico en tópico de procedimientos de consulta externa.
	4	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Gastroenterología
	5	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Gastroenterología
	6	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Endocrinología
	7	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Endocrinología
	8	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Neurología
	9	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Neurología
	10	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Dermatología
	11	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Dermatología
	12	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Infectología
	13	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Cardiología
	14	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Cardiología
	15	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Nefrología



Resolución Directoral

Nº 074-2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de Mayo del 2025



DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL	16	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Nefrología
	17	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación
	18	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y ESPECIALIDADES	19	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Psiquiatría
	19	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Psicólogo
	20	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Cirugía General
	21	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Cirugía General
	22	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Traumatología y Ortopedia
	23	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Traumatología y Ortopedia
	24	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Oftalmología
	25	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Oftalmología
	26	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Urología
	27	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Urología
	28	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Otorrinolaringología
	29	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Otorrinolaringología
	30	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Neurocirugía
	31	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Neurocirugía.
	32	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por enfermero Triaje





Resolución Directoral

Nº 074- 2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de NOVIEMBRE del 2025



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	33	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Pediatría
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA	34	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Oncología
	35	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por Psicólogo
	36	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por Nutricionista
	37	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria en prevención de cáncer
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	38	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Ginecología y Obstetricia
	39	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Ginecología y Obstetricia
	40	CONSULTA EXTERNA	Atención por profesional de la salud en Tópico
	41	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Obstetra en Planificación Familiar y Atención Prenatal
	42	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Obstetra en la Estrategia de Cáncer de Cuello Uterino CACU
	43	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Obstetra en Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual PROCITS
	44	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Obstetra en Psicoprofilaxis
	45	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de Ginecología y Obstetricia (colposcopia, crioterapia, cono leep, ecografía).
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	46	CONSULTA EXTERNA	Unidad de Bienestar Fetal
	47	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Cirujano Dentista especialista
	48	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios por Cirujano Dentista Especialista
	49	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Cirujano Dentista
	50	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por profesional de Enfermería en Triage
	51	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por profesional de la salud en Tópico



Resolución Directoral

Nº 074- 2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de MAI del 2025



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL



TELEMEDICINA



52	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud en la Estrategia de TBC
53	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud en la Estrategia de Enfermedades No Transmisibles
54	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud en la Estrategia de Inmunizaciones
55	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud en la Estrategia de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas
56	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud en la Estrategia de VIH-SIDA
57	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por Nutricionista
58	CONSULTA EXTERNA	Atención diferenciada por profesional de la salud (Evaluación, diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución de los factores socio-económicos de usuarios externos
59	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Medicina Interna
60	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Medicina General
61	TELECONSULTA	Teleconsulta en la especialidad de Gastroenterología
62	TELECONSULTA	Teleconsulta en la especialidad de Endocrinología
63	TELECONSULTA	Teleconsulta en la especialidad de Neurología
64	TELECONSULTA	Teleconsultas en la especialidad de Dermatología
65	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Cardiología
66	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Nefrología
67	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación
68	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Cirugía General
69	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Traumatología y Ortopedia

Resolución Directoral

Nº 074- **2025-DG-DIRESA-AP**

Abancay, 12 de MARZO del 2025



DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

70	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Oftalmología
71	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Urología
72	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Otorinolaringología
73	TELECONSULTA	Consulta ambulatoria por médico especialista en Neurocirugía
74	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Psiquiatría
75	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Pediatría
76	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Oncología
77	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Ginecología y Obstetricia
78	TELECONSULTA	Teleconsulta por médico especialista en Medicina Intensiva
79	EMERGENCIA	Atencion médica en Triage Diferenciado
80	EMERGENCIA	Atencion en sala de Observación y Emergencia
81	EMERGENCIA	Atencion en la Unidad de Shock Trauma y Reanimación
82	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Medicina Interna
83	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Gastroenterología en la modalidad de interconsulta y/o reten
84	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista Endocrinología en la modalidad de interconsulta y/o reten
85	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Neurología en la modalidad de interconsulta y/o reten
86	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista Dermatología en la modalidad de interconsulta y/o reten
87	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en



Resolución Directoral

Nº 074- 2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de MARZO del 2025



		Infecología en la modalidad de interconsulta y/o reten
88	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Cardiología en la modalidad de interconsulta y/o reten
89	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Nefrología en la modalidad de interconsulta y/o reten
90	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Psiquiatría en la modalidad de interconsulta y/o reten
91	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por profesional en psicología en la modalidad de interconsulta y/o reten
92	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Cirugía General
93	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Traumatología y Ortopedia
94	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Oftalmología en la modalidad de interconsulta y/o reten
95	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Urología en la modalidad de interconsulta y/o reten
96	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias por médico especialista en Otorrinolaringología en la modalidad de interconsulta y/o reten
97	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Neurocirugía en la modalidad de interconsulta y/o reten
98	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Pediatría
99	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Medicina Intensiva en la modalidad de interconsulta y/o reten



Resolución Directoral

Nº 074-2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de MAIHO del 2025



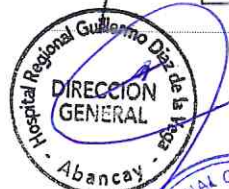
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	100	EMERGENCIA	Atencion de Triage Diferenciado Neonatal
	101	EMERGENCIA	Atencion de urgencias y emergencias neonatales por médico especialista en Neonatología
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	102	EMERGENCIA	Atencion de Triage Diferenciado
	103	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Ginecología y Obstetricia
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	104	CENTRO OBSTETRICO	Atencion inmediata del recién nacido por médico especialista en Pediatría y Enfermería
	105	CENTRO OBSTETRICO	Atencion del parto vaginal por médico especialista en Ginecología y Obstetricia y Obstetra
	106	CENTRO OBSTETRICO	Alto Riesgo Obstétrico y UCEO
	107	CENTRO OBSTETRICO	Puerperio
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	108	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General UCI
	109	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios General UCIM
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	110	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
	111	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	112	CENTRO QUIRURGICO	Atención preanestésica por profesional de la salud
	113	CENTRO QUIRURGICO	Atención anestésica por médico especialista en Anestesiología
	114	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Cirugía General
	115	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Traumatología y Ortopedia
	116	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Urología
	117	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Oftalmología
	118	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Neurocirugía
	119	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Otorinolaringología



Resolución Directoral

Nº 074-2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de NOVIEMBRE del 2025








DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES	120	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en Ginecología y Obstetricia
	121	CENTRO QUIRURGICO	Intervenciones odontológicas por cirujano dentista maxilo facial
	122	CENTRO QUIRURGICO	Atencion en Sala de Recuperación post anestésica (URPA)
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL	123	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Medicina Interna y especialidades
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y ESPECIALIDADES	124	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Salud Mental
	125	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Cirugía General y especialidades
	126	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Traumatología y Ortopedia
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	127	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Urología
	128	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Pediatría
	129	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Neonatología
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	130	HOSPITALIZACION	Hospitalización en Ginecología
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	131	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General UCI
	132	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios General UCIM
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	133	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
	134	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE	135	PATOLOGIA CLINICA	Bioquímica
	136	PATOLOGIA CLINICA	Hematología
	137	PATOLOGIA CLINICA	Inmunología
	138	PATOLOGIA CLINICA	Microbiología
	139	ANATOMIA PATOLOGICA	Patología Quirúrgica
	140	ANATOMIA PATOLOGICA	Citopatología
	141	ANATOMIA PATOLOGICA	Citología Especial (líquidos y PAAF)



Resolución Directoral

Nº 074- 2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de MARZO del 2025

  DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	142	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología convencional
	143	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología Especializada
	144	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Ecografía general y especializada
	145	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Mamografía
	146	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Tomografía con y sin contraste
	147	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Teleradiología convencional
	148	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Radiología Intervencionista
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES	149	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
	150	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares
	151	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor
	152	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos posturales
	153	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en Comunicación
	154	MEDICINA DE REHABILITACION	Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
 DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA	155	NUTRICION Y DIETETICA	Evaluación Nutricional en Hospitalización
	156	NUTRICION Y DIETETICA	Soporte Nutricional con regímenes dietéticos
	157	NUTRICION Y DIETETICA	Soporte Nutricional con fórmulas lácteas
 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE	158	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Procedimiento de Sangría Terapéutica
	159	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Obtención de Plaquetas por Aféresis
	160	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Prueba Cruzada de compatibilidad al receptor
	161	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Prueba de COMBS directa e indirecta



Resolución Directoral

Nº 011-2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 12 de Agosto del 2025

DIRECCION GENERAL	162	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Provisión de Unidades de Sangro y Hemoderivados
	163	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Preparación de Unidades de Sangro y Hemoderivados
	164	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Abastecimiento de Unidades de sangre y Hemoderivados
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	165	FARMACIA	Dispensación especializada de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios
	166	FARMACIA	Atencion en Farmacia Clínica
	167	FARMACIA	Atencion en Farmacotecnia
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	168	CENTRAL DE ESTERILIZACION	Desinfección de nivel intermedio en central de esterilización.
	169	CENTRAL DE ESTERILIZACION	Desinfección de alto nivel en central de esterilización
	170	CENTRAL DE ESTERILIZACION	Esterilización de medios físicos en central de esterilización
	171	CENTRAL DE ESTERILIZACION	Esterilización de medios químicos en central de esterilización
	172	HEMODIALISIS	Hemodiálisis
	173	QUIMIOTERAPIA	Atención con quimioterapia ambulatoria parenteral
	174	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Convenios con instituciones educativas con fines de Pre Grado y Post Grado. Ejecutan acciones de investigación para mejora continua de la atención en salud.



ANEXO 02
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, CATEGORÍA II-2

ACTIVIDADES	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
REFERENCIAS CONTRAREFERENCIAS	Realiza los procedimientos para asegurar la continuidad de atención del paciente de acuerdo a normatividad vigente.
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Se realiza vigilancia, análisis y evaluación epidemiológica; monitoreo de la incidencia y prevalencia de la morbilidad, mortalidad e infecciones intrahospitalarias.
SALUD AMBIENTAL	Promueve las condiciones ambientales óptimas en el proceso de atención de salud y las acciones conducentes a prevenir y controlar los riesgos ocupacionales, sanitarios y ambientales en el establecimiento de salud, así como la gestión y manejo de residuos sólidos.
REGISTROS DE ATENCIÓN Y DE SALUD E INFORMACIÓN	Realiza actividades para la disponibilidad, oportunidad, seguridad y control del registro y archivo de los registros médicos y otros relacionados. Asimismo, provee información estadística de salud y soporte informático, mecanización e integración de los sistemas de información requeridos para los procesos organizacionales.
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN.	Atención del recién nacido que requiere observación y/o cuidados en el marco de las atenciones neonatales esenciales. Cuando el caso lo requiera, se realizará la referencia oportuna a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. Asimismo, atención del recién nacido sano de madre con complicaciones que no permiten el alojamiento conjunto.
ATENCIÓN INTEGRAL DEL CANCER	Se realiza actividades de prevención del Cáncer, que incluyen la promoción de estilos de vida saludables y de la importancia del despistaje, y el diagnóstico precoz. Además, se realiza actividades de tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos.
SALUD OCUPACIONAL	Promueve ambientes de trabajo saludables, controla los riesgos ocupacionales y previene los accidentes y enfermedades relacionadas al

Resolución Directoral

Nº 077- 2025-DG-DIRESA-AP

Abancay, 14 de mayo del 2025
Trabajo, y las acciones de protección de la salud de los trabajadores.

Fuente: Cartera de servicios 2025 (RD N°074-2025-DG-DIRESA-AP).

CAPÍTULO II

2.1. ASPECTOS GENERALES Y ANÁLISIS DE LA OFERTA HOSPITALARIA

2.1.1. CATEGORÍA Y ESPECIALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Tabla N° 20: Niveles de Atención por Complejidad y Categorías

NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL			
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
		ATENCIÓN GENERAL	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	5° nivel de complejidad	II-1	II-E
	6° nivel de complejidad	II-2 (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega)	
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	7° nivel de complejidad	III-1	III - E
	8° nivel de complejidad		III - 2

FUENTE: NORMA DE CATEGORIZACIÓN - MINSA

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una entidad prestadora de Servicios de Salud del Estado, con sexto nivel de complejidad y categoría II - 2, según la *Norma de Categorías de Establecimiento de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03, de acuerdo RD N°357-2014-DG-DIRESA-AP*, con funciones de categoría de atención preventivo promocional, recuperativa, rehabilitación y de gestión; con enfoque atención integral a la población referencial y demandante.

2.1.2. ESPECIALIDADES SEGÚN NIVEL RESOLUTIVO.

Tabla N° 21: Especialidades según Nivel Resolutivo

AÑO	2024		
Nº	Nivel II-1	Nivel II-2	Nivel III-1
1	Ginecología Obstetricia		
2	Pediatría		
3	Medicina Interna		
4	Cirugía General		
5	Anestesiología		
6		Anatomía Patológica	
7		Patología Clínica	
8		Medicina de Rehabilitación	
9		Radiología	
10		Traumatología y Ortopedia	
11		Cardiología	
12		Neurología	
13		Gastroenterología	
14		Psiquiatría	
15		Oftalmología	



16	Urología	
17	Medicina Interna	
18	Medicina Intensiva	
	Médico Especialista en Pediatría capacitado en Cuidados Intermedios	
19	Neonatales y cuidados intermedios Pediátricos	
20	Oncología	
21	Otorrinolaringología	
22	Neumología	
23	Reumatología	
24		Dermatología
25		Endocrinología
26		Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales
27		Nefrología
28		Neurocirugía
29		Neonatología

FUENTE: NORMA DE CATEGORIZACIÓN - MINSA

A partir del año 2014 con Resolución 357-2014-DG-DIRESA del 20 de mayo del mismo año, el HRGDV está categorizado como nivel II-2 de mediana complejidad. En el año 2024 tenemos pendiente la implementación de especialidad médica de Reumatología, que según la categoría y nivel de complejidad ofertamos 22 de las 23 especialidades con las que debe contar. A su vez se cuenta con seis especialistas que, por su formación profesional y necesidad de servicio en nuestro nosocomio, corresponde al nivel de categorización III -1, tal es el caso de las Especialidades de Dermatología, Endocrinología, Medicina de enfermedades Infecciosas y Tropicales, Nefrología, Neurocirugía y Neonatología.

2.2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La gestión estratégica de recursos humanos integra la planeación de recursos humanos y actividades que permiten a una organización alcanzar sus metas estratégicas, la misión, visión y valores de la institución, ofrecen una perspectiva hacia donde se dirige y en lo que se puede convertir a largo plazo.



2.2.1. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL

a) Distribución de personal administrativo

Tabla N° 22: Distribución de Recurso Humano Administrativo HRGDV-2024

GRUPO ADMINISTRATIVO				
GRUPO OCUPACIONAL	CONDICIÓN LABORAL			TOTAL, GENERAL
	CAS	NOMBRADOS	TERCEROS	
Director/A		1		1
Director General Adjunto		1		1
Director de Administrativo I		1		1
Asistente Administrativo I	1	4	11	16
Asistente Administrativo II		1		1
Asistente Ejecutivo I		1		1
Economista	1			1
Abogado	2	1	1	4
Contador Publico	2	1		3
Jefe/A de División		4		4
Jefe/A de Oficina		1		1
Jefe/A de Unidad		5		5
Ing. de Sistemas e Informática	2			2
Ingeniero Mecánico			1	1
Electricista	1	2		3
Mecánico I	1	1	2	4
Operad. Maquina Industrial I	1	1		2
Operad. Equipo Médico I	1	1		2
Secretaria	4			4
Técnico en Computación	10	1		11
Técnico en Digitación	8		4	12
Técnico/A Administrativo I		10	4	14
Técnico/A Administrativo II		2		2
Técnico en mantenimiento I	1	2		3
Chofer	6	4		10
Auxiliar Administrativo		1	1	2
Vigilantes	6		11	17
Artesano	6	15	1	22
TOTAL	53	61	36	150

Fuente: Recursos Humanos/ Logística HRGDV-2024.



b) Distribución de Recurso Humano Asistencial.

Tabla N° 23: Distribución de Recurso Humano Asistencial HRGDV-2024

GRUPO ASISTENCIAL				
GRUPO OCUPACIONAL	CONDICIÓN LABORAL			TOTAL, GENERAL
	CAS	NOMBRADOS	TERCEROS	
Médicos	24	63	17	104
Enfermera(o)	90	113	17	220
Biólogo	5	10		15
Nutricionista	1	1	1	3
Obstetra	5	31	4	40
Psicólogo	2	4		6
Químico farmacéutico	4	7		11
Tecnólogos Médicos	4	8	8	20
Odontólogo	1	3		4
Médico Veterinario	1	1		2
Asistente Social	1	2		3
Asistente en Servicio Social I	3	3		6
Asistente en Servicio de Salud		14		14
Técnico en Farmacia	10	10		20
Técnico en Enfermería	94	66	5	165
Técnico en Laboratorio	3	3	1	7
Técnico en Radiología		6		6
Técnico en Estadística		6	2	8
Técnico /A en Salud Pública I		3		3
Técnico en Servicio General I	1	1		2
Técnico en Nutrición I	1	8		9
Auxiliar en Enfermería I		1		1
Auxiliar de Nutrición I		3		3
Auxiliar Asistencial	37	4	24	65
TOTAL	287	371	79	737

Fuente: Recursos Humanos/ Logística HRGDV-2024



2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES MEDICOS Y BRECHA DE RECURSOS HUMANOS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

El Sistema de Salud Peruano, presenta una marcada asimetría en la distribución y proporción de los Profesionales de la Salud. Se tiene una mayor proporción del Personal Administrativo con respecto a la proporción de Médicos, lo cual refleja una clara discordancia frente a las recomendaciones de la OMS.

El Benchmark internacional sugiere, que deben existir **alrededor de 5 médicos por cada trabajador administrativo**. Según los cálculos basados para el 2018, el MINSA y los Gobiernos regionales esa ratio fue de 0.5, es decir, existe un Médico por cada dos administrativos.

En el Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega, es preocupante ya que **existe una ratio similar al nivel nacional de 0.6, es decir un médico por cada dos administrativos**. Sin un adecuado planeamiento de los recursos humanos y el cierre de brechas, queda claro que la calidad de atención se encuentra limitada.

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega, presenta una brecha en recursos humanos con déficit, identificando la dotación insuficiente del grupo ocupacional de médicos especialistas, siendo la brecha estimada de 99 PEAS asistenciales.

Tabla N°24: Distribución de Personal Médico, según vínculo laboral, HRGDV-2024

CONDICION LABORAL	Con especialidad	Sin especialidad	Total
Nombrados	51	12	63
Contratos cas	9	15	24
Locación de servicio por terceros	16	1	17
TOTAL	76	28	104

Fuente: Recursos Humanos/ Logística HRGDV-2024.

Tabla N° 25: Brecha de Recursos Humanos (Médicos Especialistas) HRGDV-2023

BRECHA DE RECURSOS HUMANOS 2023				
Nº	MÉDICOS ESPECIALISTAS	DISPONIBILIDAD RHUS	NECESIDAD	BRECHA TOTAL RHUS
1	Cirugía General	9	20	11
2	Medicina interna	5	15	10
3	Pediatría	6	15	9
4	Cardiología	2	0	0
5	Neurología	1	2	1
6	Neumología	2	2	0
7	Reumatología	0	2	2
8	Psiquiatra	2	2	0
9	Medicina Física y Rehabilitación	2	2	0

10	Radiología	4	5	1
11	Patología Clínica	2	5	3
12	Anatomía Patológica	2	0	0
13	Oncología médica	1	2	1
14	Cirugía Oncológica	0	2	2
15	Cirugía Pediátrica	2	2	0
16	Cirugía Plástica	0	2	2
17	Cirugía de Cabeza y cuello	0	1	1
18	Neurocirugía	1	2	1
19	Medicina intensiva	1	5	4
20	Emergencias y desastres (Emergenciólogo)	0	5	5
21	Hematología Clínica	0	2	2
22	Gastroenterología	2	2	0
23	Neonatología	1	5	4
24	Endocrinología	1	2	1
25	Geriatría	0	2	2
26	Dermatología	2	2	0
27	Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales (Infectología)	1	2	1
28	Ginecología y obstetricia	8	20	12
29	Urología	1	2	1
30	Otorrinolaringología	2	2	0
31	Oftalmología	2	2	0
32	Ortopedia y Traumatología	9	20	11
33	Anestesiología	5	15	10
34	Nefrología	0	2	2
SUB TOTAL		76	173	99

Fuente: Oficina de Gestión de Recursos Humanos HRDV –2023.

2.2.3. Distribución de Personal Profesional con especialidad, sin especialidad según vínculo laboral

Tabla N° 26: Distribución de Personal Profesional con especialidad, sin especialidad según vínculo laboral, HRGDV-2024

GRUPO OCUPACIONAL	CON ESPECIALIDAD			SIN ESPECIALIDAD			TOTAL, GENERAL
	NOMBRADO	CAS	SNP	NOMBRADO	CAS	SNP	
Biólogo	2	0	0	4	3	0	9
Tecnólogo Médico	1	0	0	9	6	4	20
Enfermero	103	51	4	13	24	7	202
Nutricionista	1	0	0	1	1	1	4
Obstetra	29	0	1	10		3	43
Psicólogo	1	1	0	3	1	0	6
Químico farmacéutico	4	1	0	4	3	0	12
Odontólogo	2	0	0	2	0	0	4
Med. Veterinario	2	0	0	0	0	0	2
TOTAL	145	53	5	2	100	5	310

Fuente: Recursos Humanos/ Logística HRGDV-2024



Tabla N° 27: Distribución de Personal Profesional con especialidad, Departamento de Enfermería según vínculo laboral, HRGDV-2024

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ESPECIALIDAD Y VÍNCULO LABORAL CON LA INSTITUCIÓN						
Nº	Especialidad Profesional Enfermero (a)	Condición		CAS	SNP	Total
		Nombrado	Destacado			
1	Centro Quirúrgico Especializado	1	1	1		3
2	Cuidados Quirúrgicos	22	1	4		27
3	Cuidados Intensivos	11		7		18
4	Cuidados Intensivos - Neonatología	7	1	3		11
5	Pediatría	6		1		7
6	Neonatología	2				2
7	Pediatría y Neonatología	6				6
8	Emergencias y Desastres	10		13		23
9	Cuidados en Salud Madre y Niño	2				2
10	Adulto Mayor- Geriatria - y Gerontología	1				1
11	Cuidados en Salud Mental y Psiquiatria			1		1
12	Salud Mental	11		10	1	22
13	Nefrología	1	1	2	1	5
14	Oncología	0		1		1
15	Enfermería en Sala de Recuperación Post Anestésica	3				3
16	Gestión en los Servicios de Salud	1				1
17	Administración en los Servicios de Salud	11		1		12
18	Salud Pública y Gerencia de los Servicios de Salud			1		1
19	Ginecología	3				3
20	Control de Crecimiento y Desarrollo CRED		1	1	1	3
21	CRED Y Estimulación Temprana	0		5	1	6
22	Sin Especialidad	13		24	1	38
Total		111	5	75	5	196

Fuente: Registros Departamento de Enfermería

Tabla N° 28: Distribución de Personal Profesional Obstetra según especialidad y vínculo, laboral Servicio de Obstetras HRGDV-2024

Distribución de Profesionales Obstetras según especialidad y vínculo laboral con la Institución					
Nº	Especialidad Profesional Obstetra	Condición		CAS	SNP
		Nombrado	Destacado		
1	Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas	1			
2	Atención Obstétrica de la Emergencia y Cuidados Críticos	13			1
3	Emergencias Obstétricas, Alto Riesgo y Cuidados Maternos	2			
4	Monitoreo Materno Fetal	5			
5	Alto Riesgo Obstétrico	4			
6	Alto Riesgo Obstétrico y Cuidados Perinatales	2			
7	Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal	2			
8	No Cuentan con Especialidad	10			3
TOTAL		39			4

Fuente: Registros del Servicio de Obstetras.



Tabla N° 29: Brecha de Profesional de Salud en el HRGDV-2024

PROFESIONALES DE LA SALUD 2024				
Nº	PROFESIONAL DE SALUD	DISPONIBILIDAD RHUS	NECESIDAD	BRECHA TOTAL RHUS
35	Odontología	2	5	3
36	Enfermera	166	204	38
37	Obstetricia	36	40	4
38	Psicología	5	16	11
39	Tecnólogo Médico/Área Terapia Rehabilitación	7	8	1
40	Tecnólogo Médico/Área Terapia Ocupacional	0	2	2
41	Tecnólogo Médico-Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica/ Biólogo.	3	10	7
42	Tecnólogo Médico/ Área Terapia de Lenguaje	0	2	2
43	Tecnólogo Médico/ Área Radiología	0	7	7
44	Nutricionista	2	3	1
45	Trabajador Social	3	5	2
46	Químico Farmacéutico	12	16	4
SUB TOTAL		236	318	82

Fuente: Oficina de Gestión de Recursos Humanos HRGDV – 2024

Tabla N° 30: Brecha de Recursos Humanos (Personal Técnico) HRGDV-2024

TÉCNICOS EN SALUD	DISPONIBILIDAD RHUS	NECESIDAD	BRECHA TOTAL RHUS
43 Técnico asistencial en Enfermería	132	189	57
44 Técnico asistencial en Nutrición	18	22	4
45 Técnico asistencial en Radiología	7	9	2
46 Técnico asistencial en Laboratorio	4	8	4
47 Técnico Asistencial en Rehabilitación Fisioterapia	2	5	3
48 Técnico asistencial en Farmacia	21	26	5
Sub Total	184	259	75
Total, brecha estimada	492	749	259

Fuente: Oficina de Gestión de Recursos Humanos HRGDV – 2024

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, tiene por objetivo atender a la población demandante a través del otorgamiento de prestaciones de los servicios de salud, por ello se organiza por Departamentos, Servicios, Áreas y Unidades de acuerdo al nivel de atención para satisfacer las necesidades de salud del usuario.

Durante los años de funcionamiento ha presentado un crecimiento con ello, *incrementa sus necesidades siendo una de estas la brecha de recursos humanos*, así mismo se debe tener en consideración que el HRGDV, es un **Centro Referencial** para la atención de salud, de mediana complejidad II-2, coberturando la salud poblacional y atención especializada a los pobladores de las provincias, de las cinco redes de salud: Abancay, Aymaraes, Grau,



Antabamba, en mínima proporción Andahuaylas y Cotabambas; a su vez habitantes de otras regiones, que representan la principal fuente de atención; ya sea por el SIS, convenios FOSPOLI, EPS o quienes eligen atenderse por sus propios medios por accesibilidad y oportunidad prestacional.

Esta diversidad poblacional a la que estamos sujetos, determina el perfil demográfico y epidemiológico de salud a nivel institucional y regional; lo cual requiere atención y cobertura, dificultando la prestación oportuna por las múltiples limitaciones institucionales como el **factor presupuestal y disponibilidad de recursos humanos**, que finalmente se traducen en insatisfacción del usuario.

Según el cuadro brecha de recursos humanos, la cantidad del personal de la salud de la Población Económicamente Activa (PEA) en condición de nombrado actualmente cuenta con el 15% de especialistas del total trabajadores nombrados, existe una brecha significativa de 102 Médicos de las distintas Especialidades, el 48% corresponde a profesionales de salud de los diferentes grupos ocupacionales con una brecha considerable de 82 profesionales de la salud y el 37 % representa a técnicos en salud de las distintas UPSS con una brecha de 75 trabajadores.

La brecha estimada total es de **259 trabajadores de la salud**; de acuerdo al informe N°051-2023-RRHH-HRGDV-AB.

2.2.4. DISTRIBUCIÓN DE CONVENIO DE COOPERACION DE DOCENTE ASISTENCIAL 2022 -2024

Tabla N° 31: Convenio de Cooperación de Docente Asistencial

CONVENIO DE COOPERACION DE DOCENTE ASISTENCIAL	2022	2023	2024
Médicos Residentes	19	16	16
Internos de medicina	21	17	27
Internos e enfermería	33	40	40
Internos de obstetricia	11	12	15
Interno en Tecnología Médica en Laboratorio	9	8	9
Interno en Tecnología Médica en Rehabilitación	4	2	4
Interno en Psicología	2	2	1
Interno en Nutrición	6	2	0
Interno de Odontología	11	7	12
TOTAL	116	106	124

Fuente: Oficina Ejecutiva de docencia del HRGDV.

En relación a la distribución de convenios de cooperación de docente en caso de los profesionales médicos residentes se cuenta con convenios con la Universidad Católica de Santa María (7) y Universidad San Antonio Abad del Cusco (9).



Como se aprecia en la tabla líneas arriba se evidencia una ligera disminución de profesionales que realizan su residentado médico en nuestro nosocomio en relación al año 2022.

- Enfermería es la carrera con mayor número de internos (45), y todos provienen de la Universidad Tecnológica de los Andes.
- Medicina Humana también tiene una alta participación (27 internos), provenientes principalmente de la Universidad Andina del Cusco (13) y la Universidad Nacional del Altiplano (10), Universidad Nacional del Altiplano convenio Bolivia (18)
- En Obstetricia, se observa un equilibrio entre internos de la UNSAAC (Cusco) (8) y Alas Peruanas. (7)
- Internos de Psicología 1 interno procedente de la Universidad Nacional Federico Villareal.
- Internos de estomatología procedentes de la Universidad Alas Peruanas (2) y de la Universidad Tecnológica de los Andes (10)
- Los internos de Tecnología médica en laboratorio clínico y anatomía patológica con convenio con la Universidad de Tacna (6) y universidad Alas Peruanas (3)
- internos de Tecnología médica en Terapia Física y Rehabilitación con convenio con la Universidad de Tacna (4)

2.3. DEPARTAMENTO DE FARMACIA

2.3.1. GESTIÓN LOGÍSTICA: PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

2.3.1.1. Disponibilidad de productos Farmacéuticos, dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del HRGDV

Tabla N° 32: Porcentaje de Disponibilidad de productos Farmacéuticos, dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del HRGDV (2022 - 2024)

Mes	Nº ítems total	% Normo stock	Nº ITEMS	% sobre stock	Nº ITEMS	% sub stock	Nº ITEMS	% desabastecimiento	Nº ITEMS	% DE DISPONIBILIDAD AD STOCK >2 MESES
PROM 2022	495	38.38	190	47.88	237	9.70	48	4.04	20	86.26
PROM 2023	544	43.75	238	42.83	233	10.11	55	3.31	18	86.58
PROM 2024	544	39.15	213	47.79	260	10.29	56	2.76	15	86.95

FUENTE: SISMED, HRGDV 2022-2024

En este cuadro se puede apreciar el gran impacto que se ha tenido en el nivel de disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de nuestro hospital, llegando a niveles de disponibilidad por debajo de lo indicado en los acuerdos de gestión (90%) en los últimos tres años.



También se refleja la baja en el indicador de nivel de la disponibilidad que se ha tenido en consecuencia a que las compras corporativas se vienen dando bajo la responsabilidad de CENARES y no de las Unidades ejecutoras, el presupuesto reembolsado por el SIS a nuestra Unidad ejecutora se ha transferido a partir del 2021 a CENARES para el financiamiento de los procesos de selección para el abastecimiento, 2022 al 2024.

2.3.1.2. Disponibilidad Antibióticos

Tabla N° 33 Nivel de disponibilidad Antibióticos en los años 2022- 2024

Mes	Nº ítems total	% Normo stock	Nº ITEMS	% sobre stock	Nº ITEMS	% sub stock	Nº ITEMS	% desabastecimiento	Nº ITEMS	% DE DISPONIBILIDAD STOCK >2 MESES
PROM 2022	54	38.89	21	48.15	26	11.11	6	1.85	1	87.04
PROM 2023	54	46.30	25	37.04	20	14.81	8	1.85	1	83.33
PROM 2024	53	39.62	21	52.83	28	7.55	4	0.00	0	92.45

FUENTE: SISMED, HRGDV 2022-2024

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ha logrado cumplir con la meta nacional de disponibilidad de antibióticos esenciales en 2024, de acuerdo con los Acuerdos de Gestión del MINSA, superando el umbral del 90% de disponibilidad (>2 meses) y eliminando el desabastecimiento. No obstante, persisten desafíos logísticos importantes relacionados al bajo nivel de normo stock y el elevado sobre stock, los cuales deben ser abordados mediante una mejora del sistema de abastecimiento y gestión de inventario.

2.3.1.3. Disponibilidades desinfectantes

Tabla N° 34 Nivel de disponibilidad desinfectantes en el HRGDV 2022- 2024

Mes	Nº ítems total	% Normo stock	Nº ITEMS	% sobre stock	Nº ITEMS	% sub stock	Nº ITEMS	% desabastecimiento	Nº ITEMS	% DE DISPONIBILIDAD STOCK >2 MESES
PROM 2022	13	38.46	5	46.15	6	15.38	2	0.00	0	84.62
PROM 2023	13	38.46	5	46.15	6	15.38	2	0.00	0	84.62
PROM 2024	13	38.46	5	46.15	6	15.38	2	0.00	0	84.62

FUENTE: SISMED, HRGDV 2022-2024

Durante el periodo 2022–2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ha mantenido una disponibilidad adecuada de desinfectantes, aunque con importantes áreas de mejora en la gestión logística. En el caso de los desinfectantes, se logró mantener la disponibilidad sin reportes de desabastecimiento en los tres años, con un porcentaje constante de ítems con stock mayor a dos meses (84.62%), cercano al estándar recomendado del 85%. Sin embargo, se observa una baja proporción de ítems en normo stock (38.46%) y un sobre stock elevado (46.15%), lo que evidencia que debe mejorar la gestión de inventario.



2.3.1.4. Disponibilidad antisépticos

Tabla N° 35 Nivel de disponibilidad ANTISEPTICOS en el HRGDV 2022- 2024

Mes	Nº ítems total	% Normo stock	Nº ITEMS	% sobre stock	Nº ITEMS	% sub stock	Nº ITEMS	% desabastecimiento	Nº ITEMS	% DE DISPONIBILIDAD STOCK >2 MESES
PROM 2022	13	38.46	5	53.85	7	7.69	1	0.00	0	92.31
PROM 2023	12	41.67	5	58.33	7	0.00	0	0.00	0	100.00
PROM 2024	11	36.36	4	54.55	6	0.00	0	9.09	1	90.91

FUENTE: SISMED, HRGDV 2022-2024

En cuanto a los antisépticos, se alcanzó una alta disponibilidad operativa con más del 90% de ítems con cobertura superior a dos meses en todos los años analizados, incluso alcanzando el 100% en 2023. No obstante, se registró un caso de desabastecimiento en 2024 (9.09%), lo cual representa un retroceso frente al desempeño anterior. Además, el porcentaje de normo stock se mantuvo por debajo del nivel deseado ($\leq 41.67\%$), mientras que el sobre stock se mantuvo alto, superando el 50% en todos los años.

2.3.1.5. Número de Recetas Despachadas

Tabla N° 36: Número de Recetas Despachadas del HRGDV (2022 - 2024)

AÑO	C. EXT	HOSP	EMERG	TOTAL, ANUAL	PROMEDIO MENSUAL	PROMEDIO DIARIO
2022	20,501	76,359	26,359	123,219	10,268	342
2023	36,362	65,557	33,655	135,574	11,298	377
2024	45,159	62,835	47,463	155,457	12,955	432

FUENTE: SISMED, HRGDV 2018-2023

El HRGDV ha experimentado un crecimiento progresivo en la cantidad de recetas despachadas, alcanzando un total de 155,457 en 2024, lo que representa un incremento del 26% en dos años. Esta tendencia refleja una mayor demanda sobre la cadena de suministro de medicamentos y servicios farmacéuticos, lo que exige fortalecer la capacidad operativa de farmacia, mejorar la eficiencia en la gestión de inventarios y garantizar la continuidad de abastecimiento, especialmente ante el crecimiento sostenido de recetas por consulta externa y emergencias.



2.4. UNIDAD DE SEGUROS HRGDV

Tabla N° 37: Eficiencia por FUAS digitadas HRGDV por UPSS 2024

UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS	SIS		SOAT		FOSPOLI		OTROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EMERGENCIA	8234	10.4	270	90	215	10			8719	10.7
UPSS CIRUGÍA	2521	3.2	13	4	75	4			2609	3.2
UPSS MEDICINA	858	1.1	0	0	1222	58			2080	2.5
UPSS TRAUMATOLOGÍA	830	1.0	15	5	473	22			1318	1.6
UPSS GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2279	2.9	0	0	90	4			2369	2.9
UPSS PEDIATRÍA	889	1.1	2	1	45	2			936	1.1
UPSS NEONATOLOGÍA	111	0.1	0	0		0	2	100	111	0.1
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES	243	0.3	0	0	1	0			244	0.3
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	31	0.04	0	0	1	0			32	0.0
UPSS DE CONSULTORIOS EXTERNOS	63151	79.8	0	0	0	0			63151	77.4
TOTAL	79147	100	300	100	2122	100	2	100	81569	100

Fuente: Unidad de Seguros, HRGDV 2024

Durante el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) registró un total de 81,569 FUAS digitadas, reflejando la actividad asistencial en sus distintas Unidades Productoras de Servicios (UPSS). El análisis por tipo de seguro evidencia que el Seguro Integral de Salud (SIS) concentró el 97% del total de registros, con 79,147 FUAS digitadas, lo que reafirma su rol como principal mecanismo de financiamiento de la atención en el hospital. En contraste, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) representó el 0.4% del total (300 casos), mientras que FOSPOLI registró 2,122 casos (2.6%) y otros seguros apenas alcanzaron el 0.002% con solo 2 atenciones.

Entre las UPSS, los consultorios externos se consolidaron como el principal centro de atención, con 63,151 FUAS digitadas, lo que representa el 77.4% del total, seguidos por el servicio de emergencia con 8,719 casos (10.7%). Otras unidades destacadas fueron cirugía (3.2%), medicina (2.5%), traumatología (1.6%) y ginecología (2.9%), reflejando la diversidad de servicios especializados ofrecidos.

En cuanto a la eficiencia por tipo de seguro y UPSS, se observa que el SIS mantiene una presencia significativa en todos los servicios, destacando su cobertura en consultorios externos, emergencia y cirugía. El SOAT se focaliza en emergencias y traumatología, donde



representa el 90% y 5% respectivamente dentro de su total. Por su parte, FOSPOLI tiene una mayor incidencia en medicina (58% de sus casos), traumatología (22%) y cirugía (4%), lo que sugiere que estas áreas atienden una proporción relevante de pacientes de la Policía Nacional.

Algunas unidades muestran bajo nivel de digitación de FUAS, como neonatología (0.1%), cuidados intensivos (0.3%) y obstetricia (0.0%), lo cual podría responder a baja demanda, subregistro o derivación de pacientes a otros niveles de atención. En particular, obstetricia no registró ninguna atención digitada en el año, situación que debe ser revisada.

2.5. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL HRGDV

Tabla N° 38: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL HRGDV DE 2024

FTE FTO	FTE FTO	PIA	PIM	DEVENGADO	AVANCE %	DISTRIBUCION PIM %
1.RECURSOS ORDINARIOS	RECURSOS ORDINARIOS	48,941,531.00	50,434,432.00	49,453,237.70	98.05%	81.44%
2.RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS		1,864,836.00	2,470,812.00	1,876,766.12	75.96%	3.99%
4.DONACIONES Y TRANSFERENCIAS		882,325.00	8,610,355.00	7,621,210.53	88.51%	13.90%
5.RECURSOS DETERMINADOS		0.00	414,629.00	393,615.90	94.93%	0.67%
TOTAL		51,688,692.00	61,930,228.00	59,344,830.25	95.83%	100%

Fuente: Administración del HRGDV 2023.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, en el año fiscal 2024 ha tenido el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de S/. 50,434,432.00 soles a toda fuente y genéricas de gasto, cuya ejecución presupuestal alcanzó el 98.05% de avance, donde la mayor concentración de presupuesto se encuentra en Recursos Ordinarios con el 81.44% de participación del total PIM y con menor presupuesto es la fuente de Recursos Determinados con el 0.67% de participación del total PIM;



**Tabla N° 39: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE RECURSOS ORDINARIOS
SEGÚN GENÉRICA HRGDV 2024**

GENÉRICA DE GASTO	FTE FTO	PIA	PIM	DEVENGADO	AVANCE %	DISTRIBUCION PIM %
2.1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	RECURSOS ORDINARIOS	43,115,014.00	43,947,173.00	43,398,682.16	98.75%	87.14%
2.2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES		349,816.00	287,416.00	267,654.28	93.12%	0.57%
2.3. BIENES Y SERVICIOS		5,445,090.00	5,986,627.00	5,607,884.42	93.67%	11.87%
2.5. OTROS GASTOS		31,611.00	177,611.00	146,000.00	82.20%	0.35%
2.6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		0.00	35,605.00	33,016.84	92.73%	0.07%
TOTAL		48,941,531.00	50,434,432.00	49,453,237.70	98.05%	100%

Fuente: Administración del HRGDV 2024.

En la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios distribuido a nivel de genéricas de gasto, en el año fiscal 2024 se ha tenido el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de S/. 43,947,173.00 soles, habiéndose alcanzado el 87.14% de avance de ejecución presupuestal, donde se puede observar que la genérica de gasto 2.1 tiene el 87.14% de participación del total PIM y con menor presupuesto presenta la genérica de gasto 2.6 con el 0.07% del total PIM;



CAPÍTULO III

3. ASPECTOS GENERALES DE LA DEMANDA HOSPITALARIA

3.1. UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

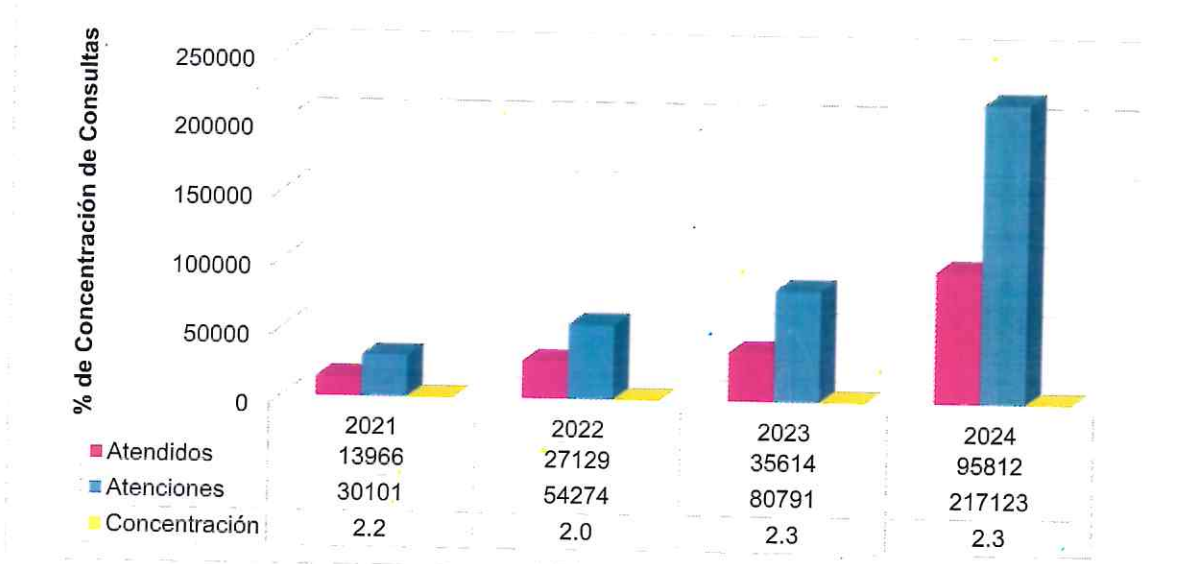
3.1.1 CONSULTORIOS EXTERNOS

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa

Entre los años 2021 y 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) evidenció un crecimiento sostenido tanto en el número de atenciones como de pacientes atendidos en consulta externa. En 2021 se registraron 13,966 pacientes atendidos y 30,101 atenciones, cifra que prácticamente se duplicó en 2022 y 2023. Para el año 2024, la cifra se incrementó exponencialmente, alcanzando los 95,812 pacientes atendidos y un total de 217,123 atenciones, lo que representa más del doble respecto al año anterior.

Este aumento refleja no solo una mayor demanda de servicios ambulatorios, sino también una mejora en la capacidad resolutive y cobertura del establecimiento. La relación entre atenciones y atendidos, denominada "índice de concentración", se mantuvo relativamente constante, oscilando entre 2.0 y 2.3 en el periodo analizado. Esto indica que, en promedio, cada paciente recibió entre 2 y 2.3 consultas por año, reflejando un seguimiento continuo de los casos.

Gráfico N.º 07: Atendidos y Atenciones en Consulta Externa del HRGDV 2021-2024

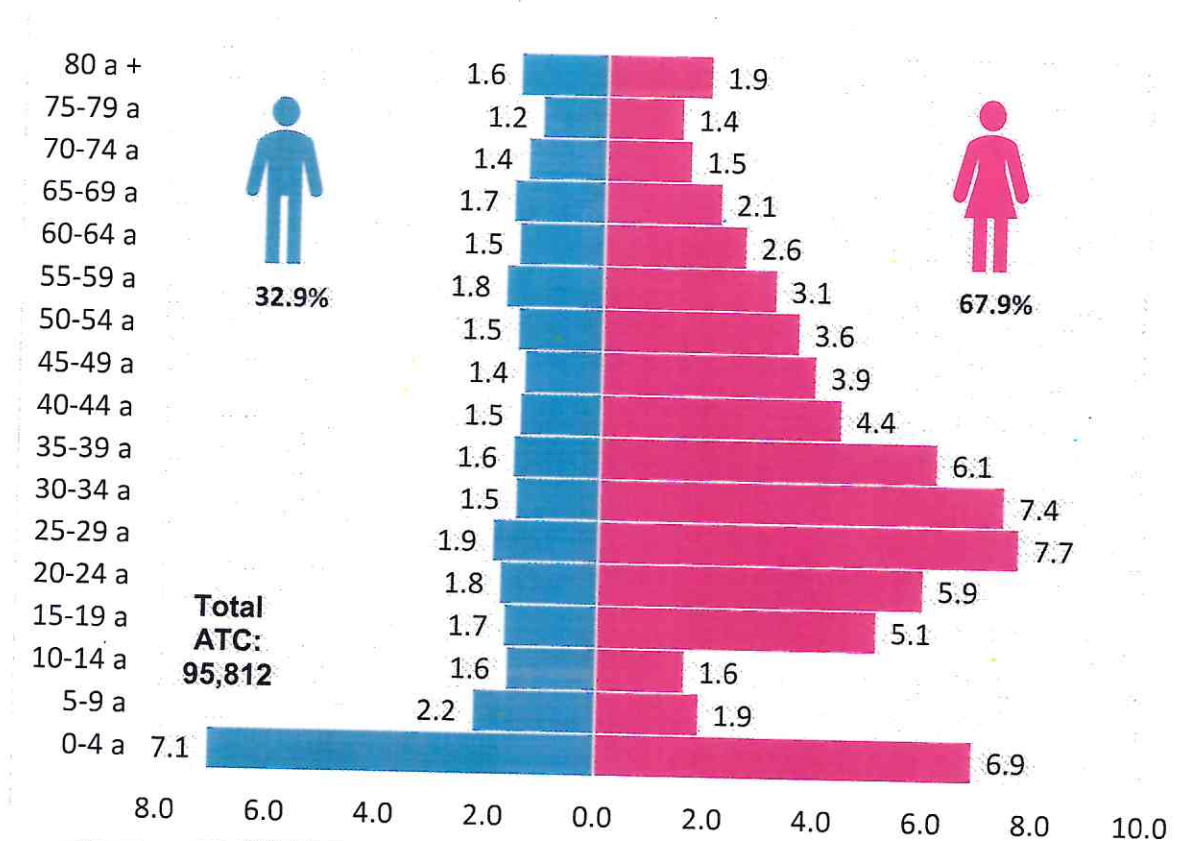


Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV 2024.



Atenciones en Consulta Externa por Grupo Etario y Sexo

Gráfico N° 08: Atenciones en Consulta Externa por Grupo Etario y Sexo
HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV 2024.

En el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) atendió a un total de 95,812 personas en consulta externa. Del total de atenciones, el 67.9% correspondió a mujeres y el 32.9% a varones, lo que evidencia una importante predominancia femenina en el uso de los servicios ambulatorios, tendencia consistente con patrones nacionales y regionales. Este comportamiento puede explicarse por factores como la atención materna, controles ginecológicos, así como una mayor percepción de riesgo y hábito preventivo en salud por parte de la población femenina.

La mayor concentración de atenciones se dio en los niños de 0 a 4 años, lo que evidencia la importancia de los servicios pediátricos, así como en los adultos jóvenes y en edad productiva, especialmente mujeres entre 20 y 34 años, donde se alcanzaron los picos más altos de demanda.



3.1.2. EMERGENCIA

Atenciones en Emergencia General por Servicios

Tabla N° 40: Atenciones en Emergencia General por Servicios 2024

SERVICIO	2022		2023		2024	
	Total	%	Total	%	Total	%
Emergencia Medicina	3780	24	3878	26	4240	28
Emergencia Cirugía	3761	24	3180	21	4120	27
Emergencia Gineco - Obstétrica	3255	21	4011	27	2929	19
Emergencia Traumatología	2222	14	2576	17	2702	18
Emergencia Pediátrica	936	6	1143	8	996	7
Emergencia Neonatología	268	2	231	2	292	2
CAT COVID	1322	8		0		0
Total, general	15554	100	15019	100	15279	100

Fuente: Registros de emergencia, HRGDV-2024

Durante el año 2024, el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) atendió un total de 18,674 casos, distribuidos en siete áreas clínicas especializadas. Del total de atenciones, el mayor porcentaje se concentró en el área de Emergencia Gineco-Obstétrica, con 5,867 pacientes, lo que representa el 31% del total. Este dato revela una alta demanda de atención obstétrica de urgencia, lo cual reafirma la importancia del hospital como centro de referencia para la atención materna en la región.

Le siguen en volumen de atención los servicios de Emergencia Medicina y Emergencia Cirugía, con 4,240 (23%) y 4,120 (22%) atenciones respectivamente. Estas cifras evidencian una alta carga de enfermedades clínicas y quirúrgicas agudas que requieren intervención inmediata.

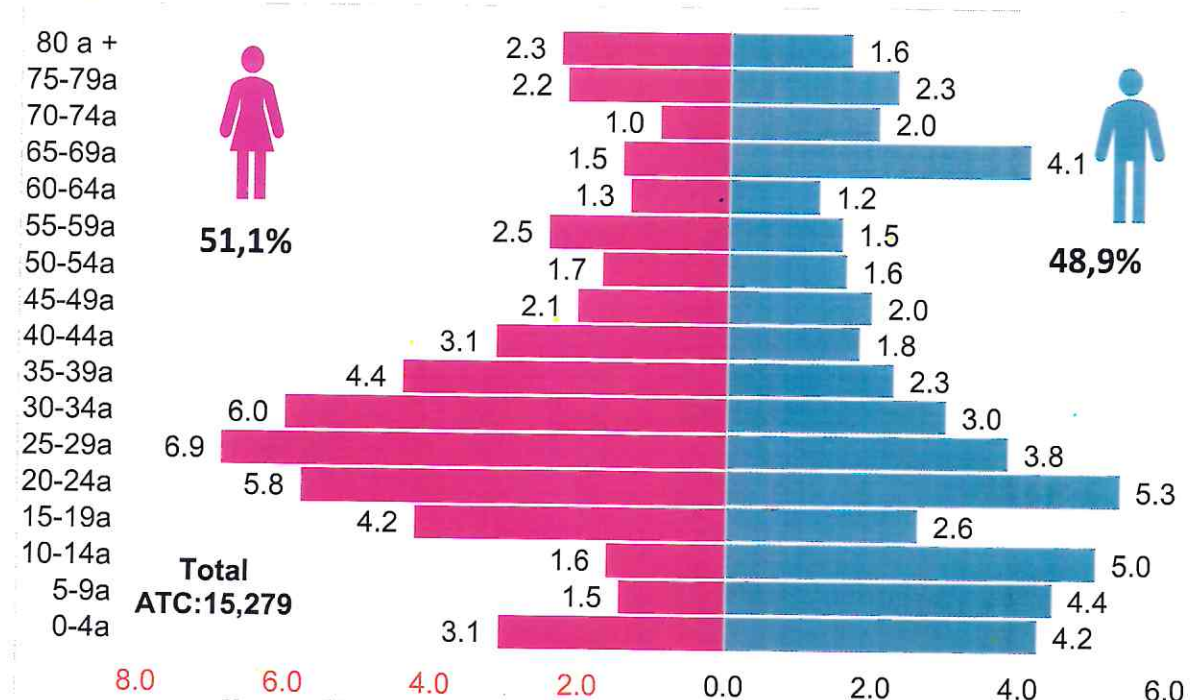
El servicio de Emergencia Traumatología registro a 2,702 pacientes (14%), reflejando la persistencia de eventos traumáticos, como accidentes de tránsito o laborales, que impactan significativamente en la demanda de este tipo de atención.

Los servicios de Emergencia Pediátrica y Emergencia Neonatología representaron el 5% (996 casos) y 2% (292 casos) respectivamente, mostrando una atención moderada a poblaciones infantiles y recién nacidos. Finalmente, el área de Trauma Shock, especializada en casos críticos, atendió a 457 pacientes, lo que equivale al 2% del total.



Atenciones en Emergencia por Grupo Etario y Sexo

Gráfico N° 09: Atenciones en Emergencia por Grupo Etario y Sexo HRGDV-2024.



Fuente: Unidad de Estadística e Informática HRGDV-2024.

Durante el año 2024, el Servicio de Emergencias del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) atendió un total de 15,279 personas. La distribución por sexo muestra una participación equilibrada, con una ligera predominancia femenina del 51.1%, frente al 48.9% correspondiente a los varones. Este patrón se alinea con la tendencia nacional, donde las mujeres acceden con mayor frecuencia a los servicios de salud, incluso en contextos de emergencia.

En cuanto a la distribución por grupos etarios, destaca que la mayor concentración de atenciones se dio en la población adulta joven, especialmente entre los 20 y 39 años. En particular, el grupo de mujeres entre 25 y 29 años concentró el mayor porcentaje (6.9%), seguido por el grupo de 30 a 34 años (6.0%). Esta tendencia está relacionada con la atención gineco-obstétrica de emergencia, que representa el 31% del total de atenciones en emergencias del hospital, como se observó en el análisis de servicios. En los varones, la mayor proporción de atenciones se concentra en los grupos de 20 a 24 años (5.3%) y 10 a 14 años (5.0%), lo que puede asociarse a accidentes, traumatismos o enfermedades agudas frecuentes en la población adolescente y joven.

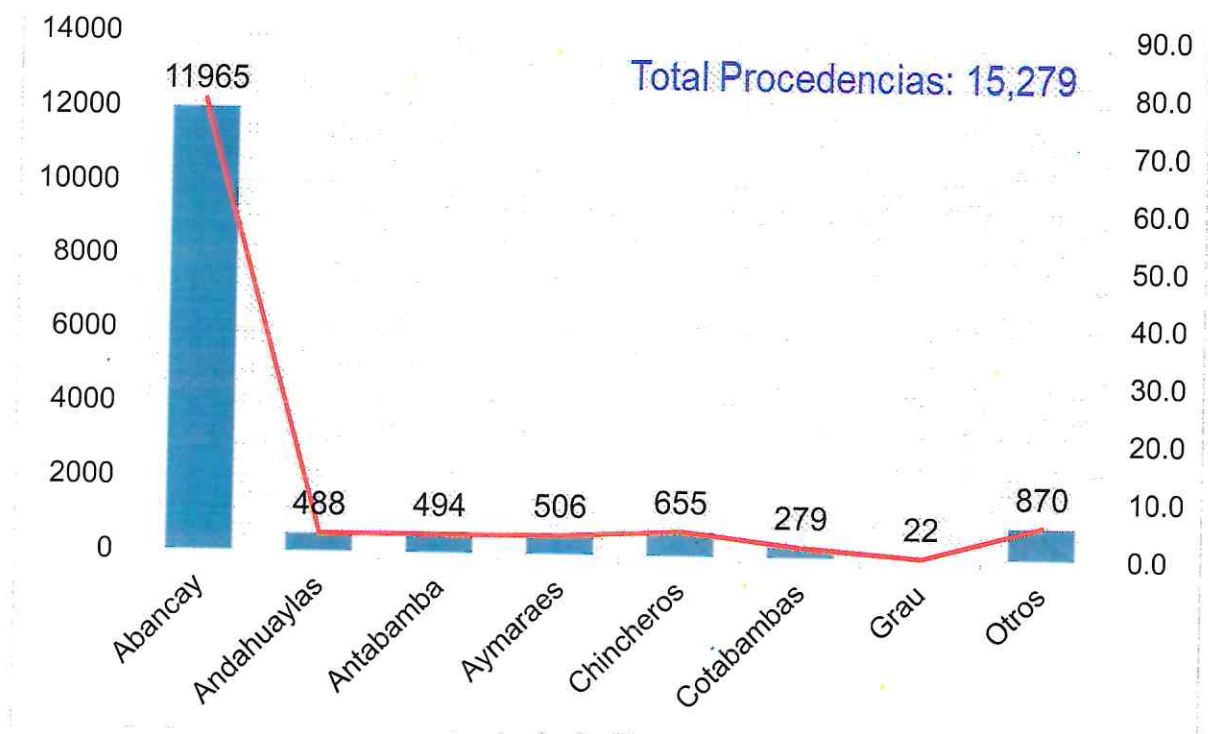


También se evidencia un importante volumen de casos en menores de 5 años de ambos sexos, así como en personas mayores de 65 años, lo que refleja la vulnerabilidad sanitaria de estos grupos extremos de edad.

En resumen, el perfil de los pacientes atendidos en emergencia durante 2024 muestra una mayor demanda entre mujeres jóvenes y adultos varones, con una distribución bimodal que resalta la carga asistencial en edades reproductivas y en grupos vulnerables como niños y adultos mayores. Esta información resulta clave para adecuar la planificación del personal, los recursos y las estrategias clínicas con enfoque etario y de género en el servicio de emergencia.

Atenciones en Emergencia según Procedencia.

Gráfico N° 10: Atenciones en Emergencia según Procedencia, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.



En el cuadro de Atendidos en Emergencia según Procedencia, HRGDV – 2024, muestra que, del total de 18,674 pacientes atendidos, la gran mayoría provino de Abancay con 13,965 casos (aproximadamente el 74,7 % del total). En menor proporción se registran pacientes

de Aymaraes (706 casos), Antabamba (694), Andahuaylas (688), Chincheros (655), Cotabambas (379) y Grau (101). El grupo clasificado como otros representa 1,486 casos.

Este comportamiento evidencia que el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega atiende principalmente a la población de Abancay, pero mantiene una cobertura que se extiende a todas las provincias de Apurímac y a localidades externas, lo que refleja su rol como centro de referencia regional en atención de emergencias.

3.1.3. HOSPITALIZACION

Atenciones en Hospitalización por Servicios

En el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró un total de 8,328 hospitalizaciones en sus diferentes servicios. Los mayores volúmenes de atención correspondieron a las áreas de Ginecología, con 1,817 pacientes (21,8 %), y Obstetricia, con 1,286 pacientes (15,4 %), que en conjunto representaron más de un tercio del total de hospitalizaciones, evidenciando la alta demanda en salud materna y reproductiva. El resto de las hospitalizaciones se distribuyó en los demás servicios especializados, reflejando el rol integral del hospital como centro de referencia regional para la atención de pacientes en diversos campos médicos y quirúrgicos.

Tabla N° 41: Atenciones en Hospitalización por Servicios, HRGDV (2024)

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

SERVICIO	2024	
	Total	%
Medicina	883	12.5
Cirugía	1470	20.8
Traumatología	653	9.3
Pediatría	366	5.2
Hospitalización Neonatología (Intermedios)	142	2.0
UCI General	120	1.7
UCI Neonatal	179	2.5
Ginecología	1817	25.8
Obstetricia	1286	18.2
Salud Mental	124	1.8
Total	7054	100

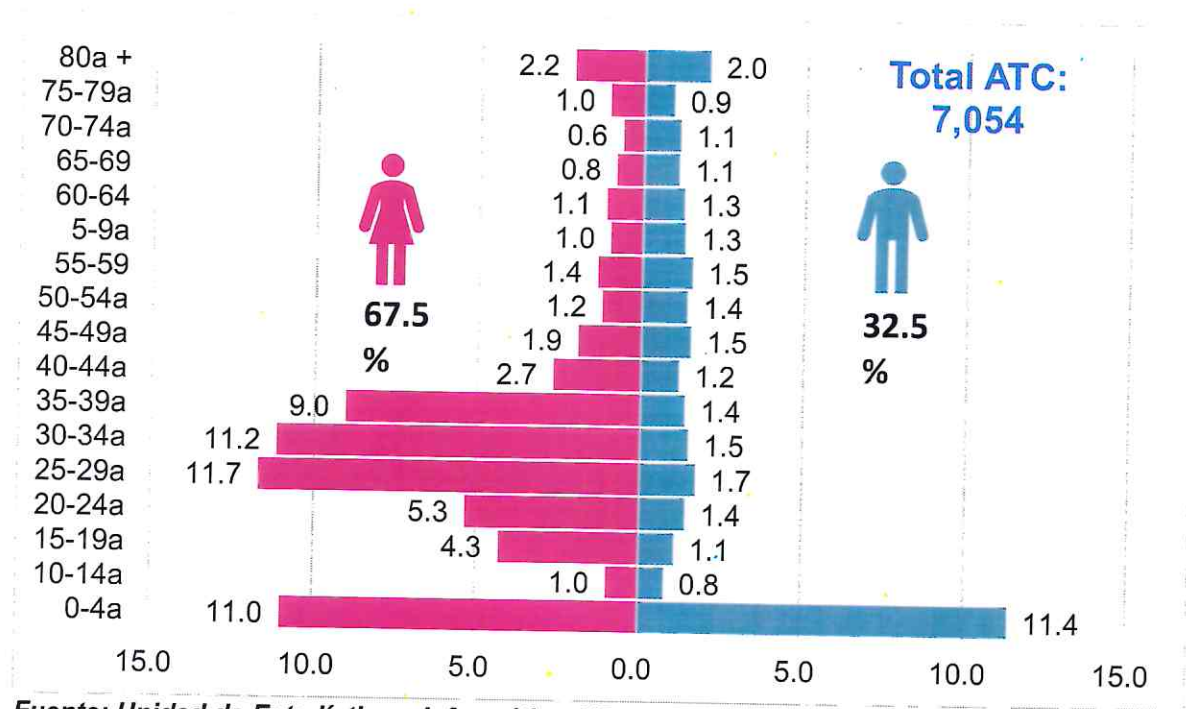


Atenciones en Hospitalización por Grupo Etarios y Sexo

En 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 7,054 hospitalizaciones, de las cuales el 67,5 % correspondió a mujeres y el 32,5 % a varones. La mayor concentración de hospitalizaciones se observó en los grupos etarios de 25 a 29 años (11,7 % mujeres y 1,7 % hombres), 30 a 34 años (11,2 % mujeres y 1,5 % hombres) y 0 a 4 años (11,0 % mujeres y 11,4 % hombres).

En el caso de las mujeres, predominan las hospitalizaciones en edades reproductivas, asociadas principalmente a la atención materno-perinatal y ginecológica, mientras que en los varones destaca el grupo de 0 a 4 años, lo que evidencia la importancia de la atención neonatal y atención pediátrica temprana. Este patrón reafirma el rol del hospital como centro de referencia para la atención de salud materna y de la primera infancia en la región.

Gráfico N° 11: Atenciones en Hospitalización por Grupo Etarios y Sexo HRGDV- 2024.



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024

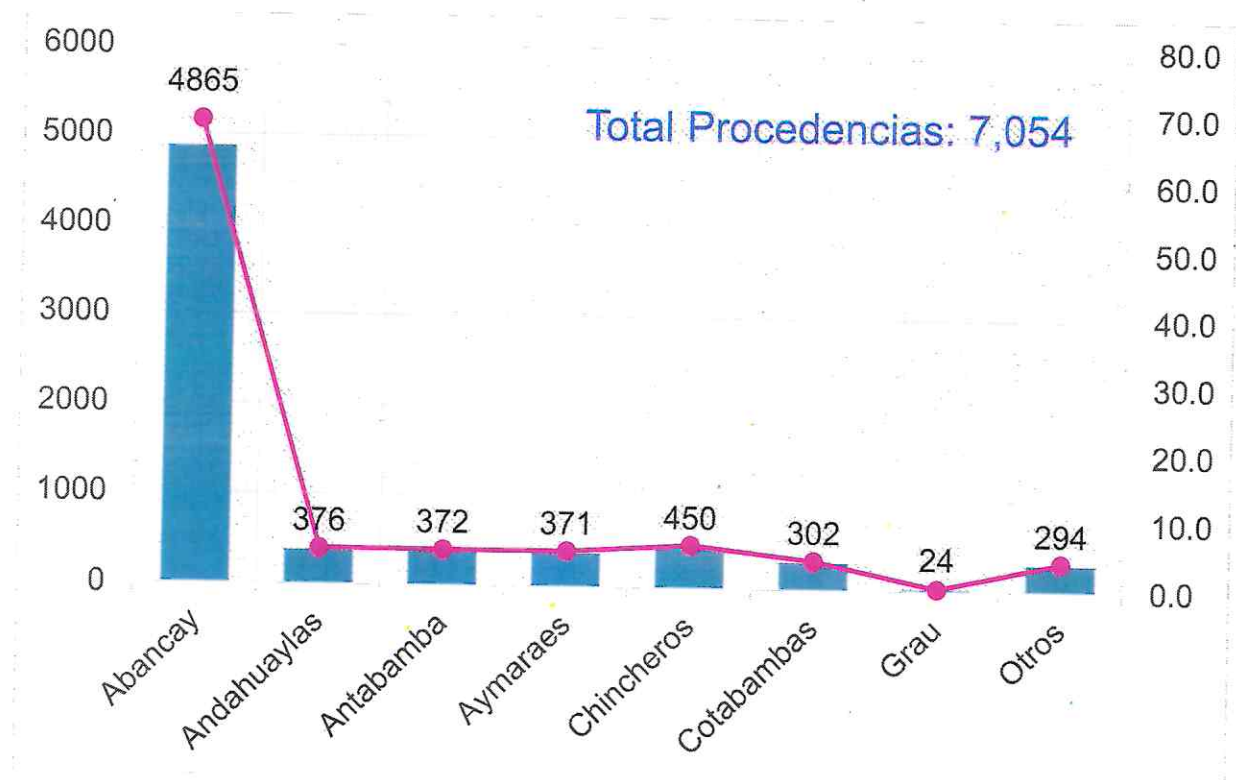
Atenciones en Hospitalización y Procedencia, HRGDV

En 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 7,054 hospitalizaciones, siendo Abancay la principal procedencia con 4,865 pacientes (69,5 % del total). Le siguen,

en menor proporción, Chincheros (450), Otros (294), Andahuaylas (376), Antabamba (372), Aymaraes (371), Cotabambas (302) y Grau (24).

Este patrón evidencia que el hospital atiende principalmente a la población de Abancay, pero también cumple un rol de referencia regional al recibir pacientes de todas las provincias de Apurímac y de localidades externas, garantizando así cobertura especializada a nivel interprovincial.

Gráfico N° 12: Atenciones en Hospitalización y Procedencia, HRGDV -2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024

3.2. EGRESOS HOSPITALARIOS

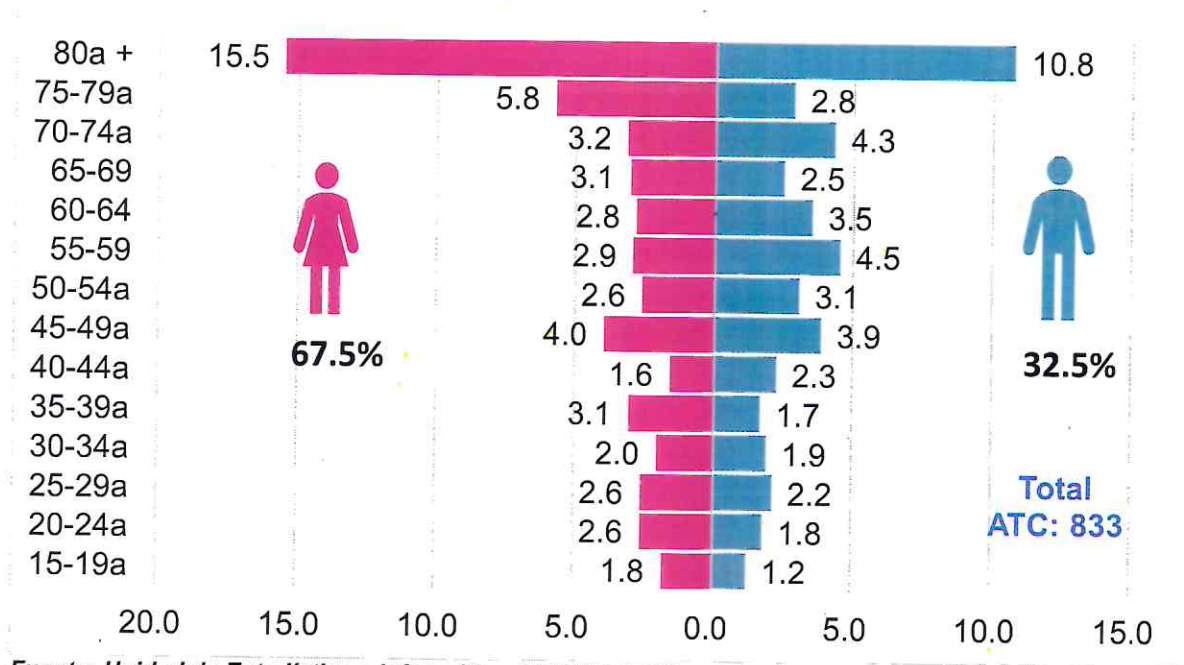
3.2.1. EGRESOS HOSPITALARIOS UPSS MEDICINA GENERAL

En 2024, el servicio de Medicina General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 833 egresos hospitalarios, con predominio femenino (67,5 %) frente al masculino (32,5 %). La mayor proporción de altas se concentró en el grupo de 80 años a más (15,5 % mujeres y 10,8 % hombres), seguido de 75-79 años (5,8 % y 2,8 % respectivamente) y de los grupos entre 55 y 64 años, que también presentaron porcentajes significativos.



El patrón muestra que la mayor carga de hospitalización en este servicio corresponde a personas adultas mayores, lo que refleja una demanda importante de atención para enfermedades crónicas y patologías asociadas al envejecimiento, con un marcado predominio en mujeres.

Gráfico N° 13: Egresos Hospitalario de Medicina general por grupo etario y sexo, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024.

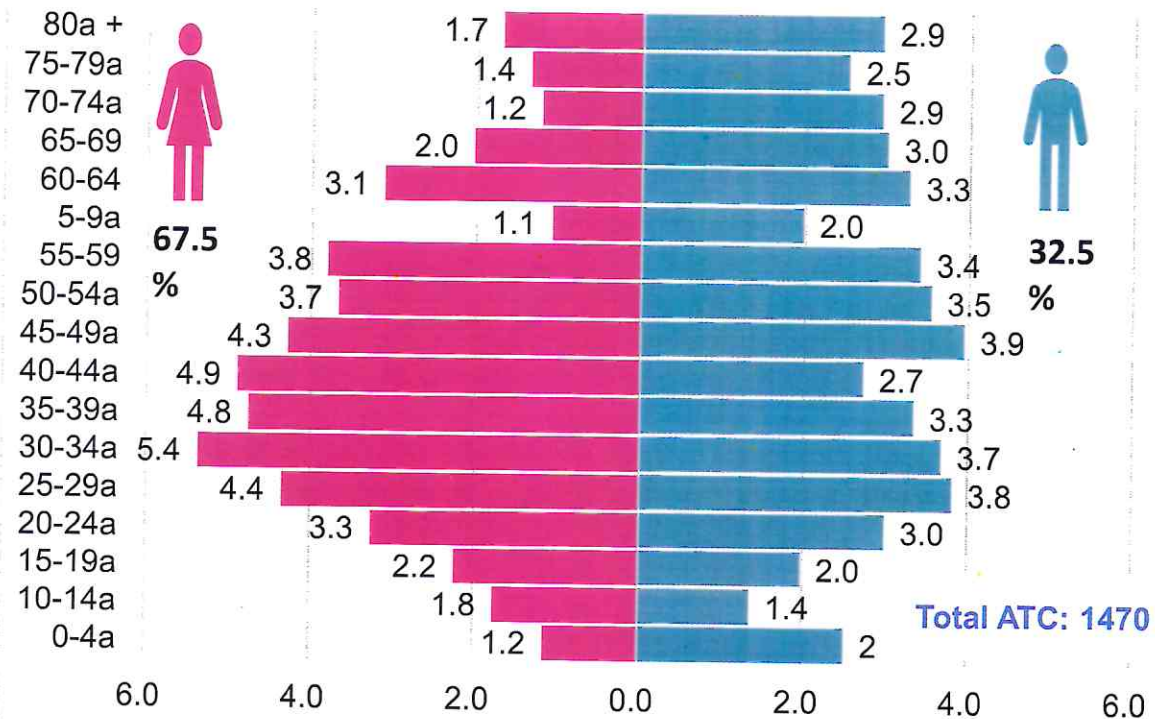
3.2.2. EGRESOS HOSPITALARIOS UPSS CIRUGIA GENERAL

En 2024, el servicio de Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 1,470 egresos hospitalarios, con predominio femenino (67,5 %) frente al masculino (32,5 %). La distribución etaria muestra que, en mujeres, los mayores porcentajes se concentraron en los grupos de 30 a 34 años (5,4 %), 40 a 44 años (4,9 %) y 35 a 39 años (4,8 %), mientras que en varones predominaron los grupos de 45 a 49 años (3,9 %), 25 a 29 años (3,8 %) y 30 a 34 años (3,7 %).

Este patrón evidencia que la demanda quirúrgica femenina se concentra en edades productivas y reproductivas, mientras que en varones es más frecuente en edades adultas y adultas mayores, probablemente asociada a patologías crónicas y degenerativas que requieren intervención quirúrgica.



Gráfico N° 14: Egresos Hospitalario en Cirugía, por grupo etario y sexo, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV – 2024.

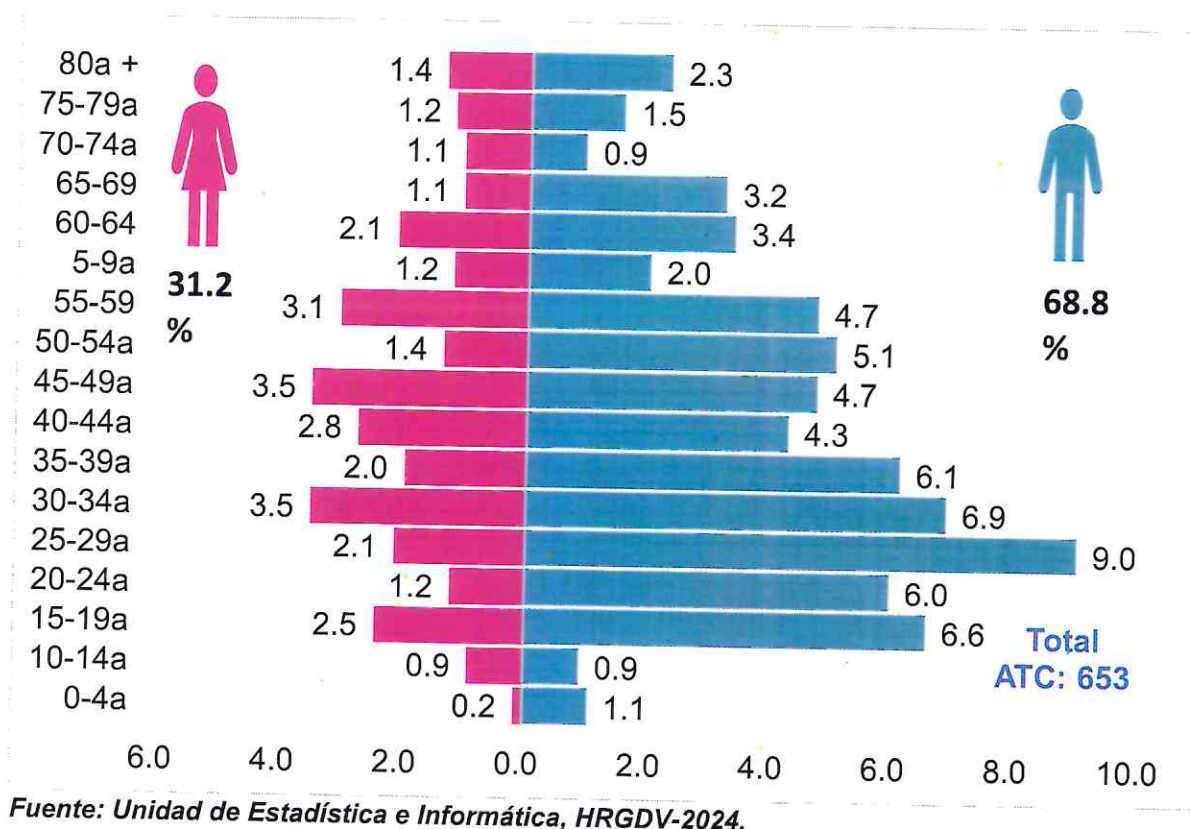
3.2.3. EGRESOS HOSPITALARIOS UPSS TRAUMATOLOGIA

En 2024, el servicio de Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 653 egresos hospitalarios, con predominio masculino (68,8 %) frente al femenino (31,2 %). La mayor proporción de egresos en varones se concentró en los grupos de 25 a 29 años (9,0 %), 30 a 34 años (6,9 %) y 15 a 19 años (6,6 %), mientras que en mujeres destacaron los grupos de 45 a 49 años (3,5 %), 30 a 34 años (3,5 %) y 55 a 59 años (3,1 %).

Estos datos evidencian que la demanda traumatológica está fuertemente asociada a la población masculina joven y en edad productiva, probablemente por mayor exposición a accidentes laborales, de tránsito o deportivos, mientras que en mujeres la distribución se concentra más en edades medias y adultas.



Gráfico N° 15: Egresos Hospitalario en Traumatología, por grupo etario y sexo, HRGDV-2024.



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

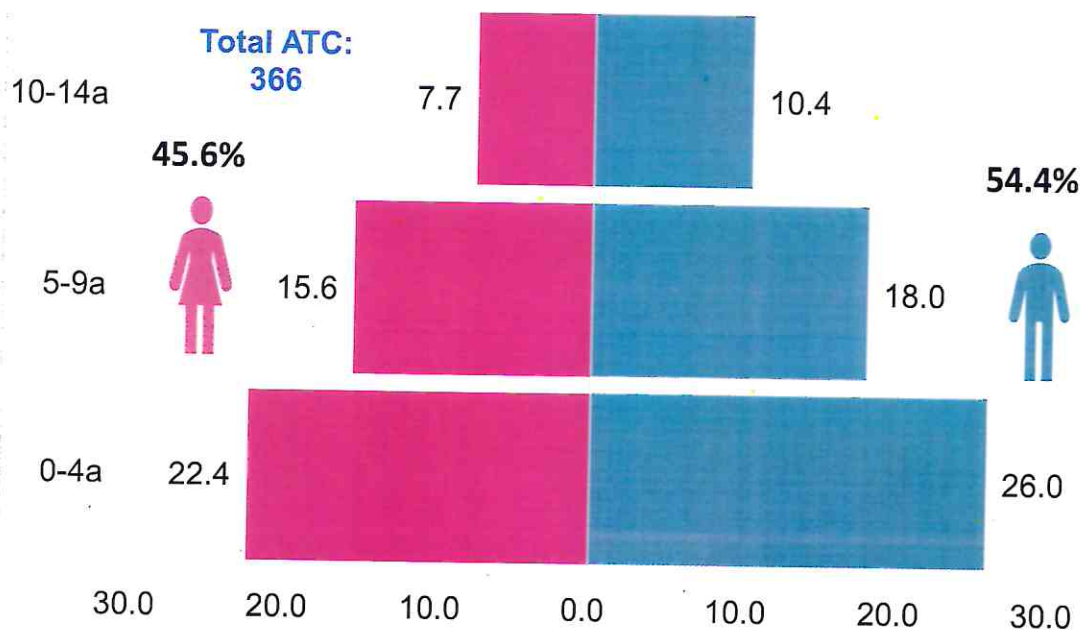
3.2.4. EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL UPSS PEDIATRIA

En 2024, el servicio de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 366 egresos hospitalarios, con predominio masculino (54,4 %) frente al femenino (45,6 %). La mayor concentración de egresos se presentó en el grupo de 0 a 4 años, con 26,0 % en varones y 22,4 % en mujeres, seguido por el grupo de 5 a 9 años (18,0 % varones y 15,6 % mujeres) y el de 10 a 14 años (10,4 % y 7,7 %, respectivamente).

Estos resultados reflejan que la atención pediátrica está mayormente orientada a la primera infancia, etapa en la que se concentran las mayores necesidades de hospitalización por enfermedades respiratorias, infecciosas y otras patologías propias de la edad.



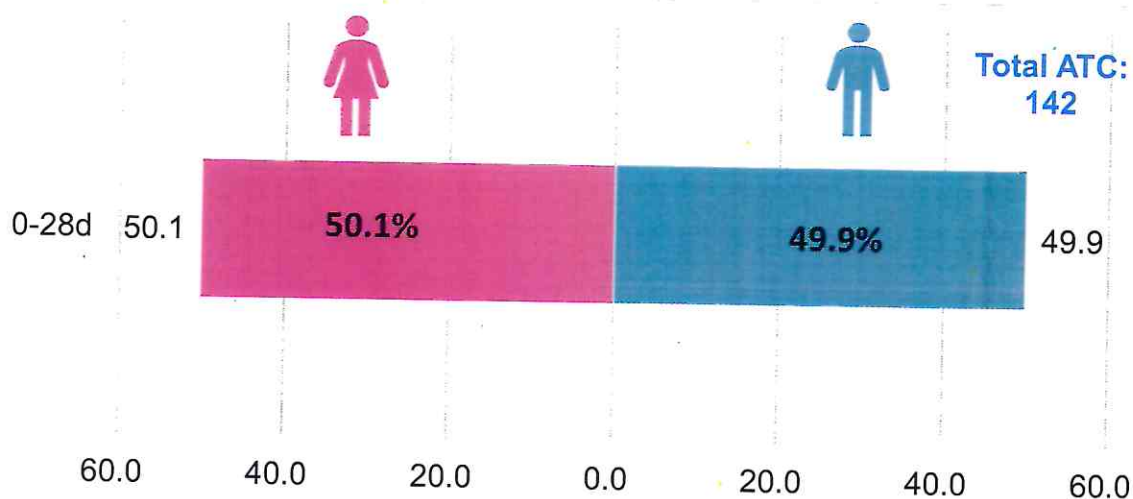
Gráfico N° 16: Egresos Hospitalario en Pediatría, por grupo etario y sexo, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

3.2.5. EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL UPSS CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATOLOGIA

Gráfico N° 17: Egresos Hospitalarios en el Servicio de Neonatología (Intermedios) por sexo y grupo etario recién nacidos < 28 días



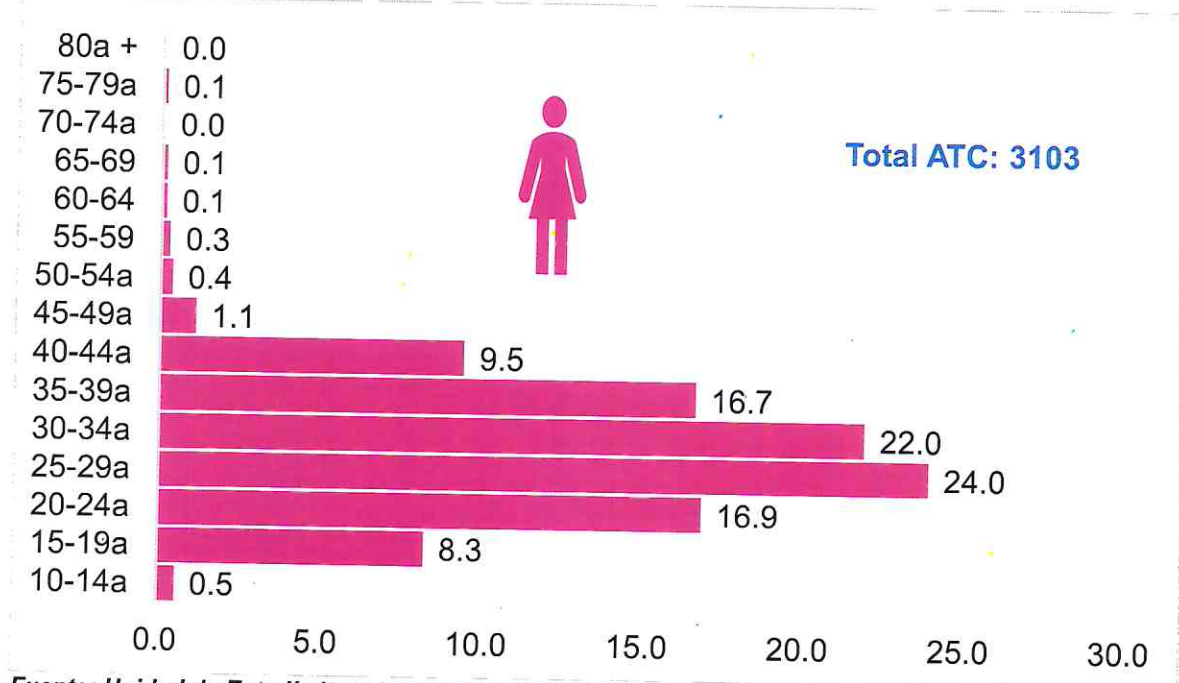
Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

En 2024, el servicio de Neonatología Intermedios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 142 egresos hospitalarios de recién nacidos menores de 28 días, con una distribución equitativa por sexo: 50,1 % correspondió a niñas y 49,9 % a niños.

Esta paridad refleja una atención equilibrada entre ambos sexos y confirma la importancia del servicio como unidad clave para la atención inmediata del recién nacido, contribuyendo a la reducción de riesgos en el periodo neonatal temprano

3.2.6. EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL UPSS GINECO-OBSTETRICIA

Gráfico N° 18: Egresos Hospitalario en GINECO-OBSTETRICIA, por grupo etario y sexo, HRGDV-2024.



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En 2024, el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 3,103 egresos hospitalarios, todos correspondientes a pacientes mujeres. La mayor concentración se presentó en los grupos etarios de 25 a 29 años (24,0 %), 30 a 34 años (22,0 %) y 20 a 24 años (16,9 %), que en conjunto representan más del 60 % de las atenciones.

Este patrón confirma que la demanda de este servicio está estrechamente vinculada a la atención materna y perinatal, concentrándose en mujeres en edad reproductiva, lo que resalta la importancia de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, así como la atención obstétrica segura y oportuna.

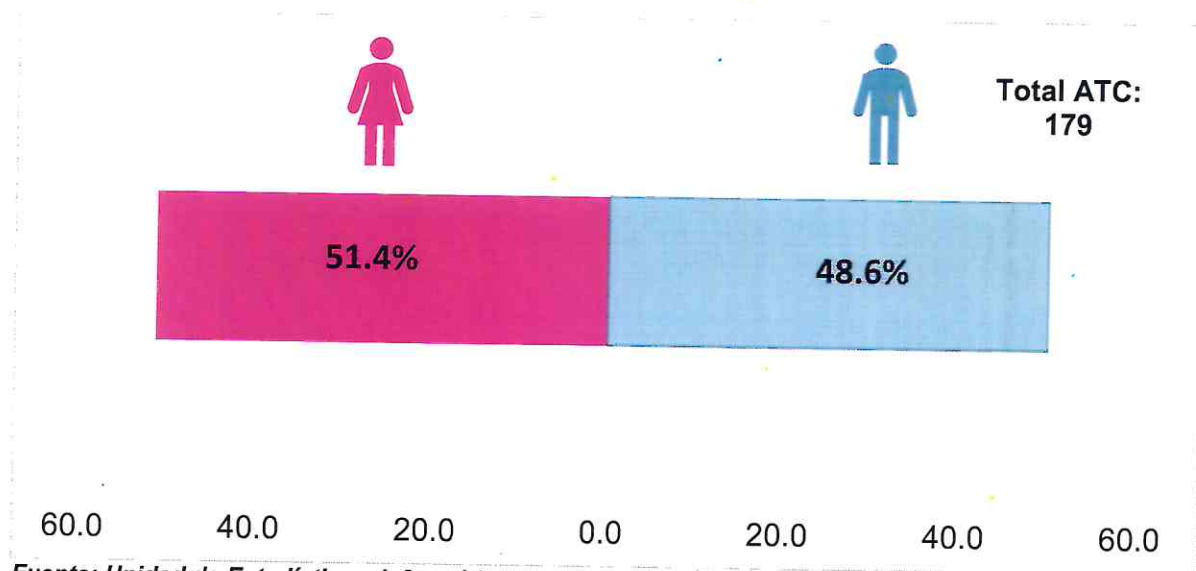


3.2.7. EGRESOS HOSPITALARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

En 2024, la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 179 egresos hospitalarios, con una distribución prácticamente equitativa por sexo: 51,4 % correspondió a recién nacidas mujeres y 48,6 % a recién nacidos varones.

Esta paridad indica que las atenciones en la UCIN responden principalmente a criterios clínicos y no a diferencias por sexo, manteniendo un equilibrio en la atención especializada de neonatos que requieren cuidados intermedios para estabilización y seguimiento de su salud en el periodo perinatal.

Gráfico N° 19: Egresos Hospitalario en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), por grupo etario y sexo, HRGDV-2024



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024.

3.2.8. EGRESOS HOSPITALARIOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – GENERAL

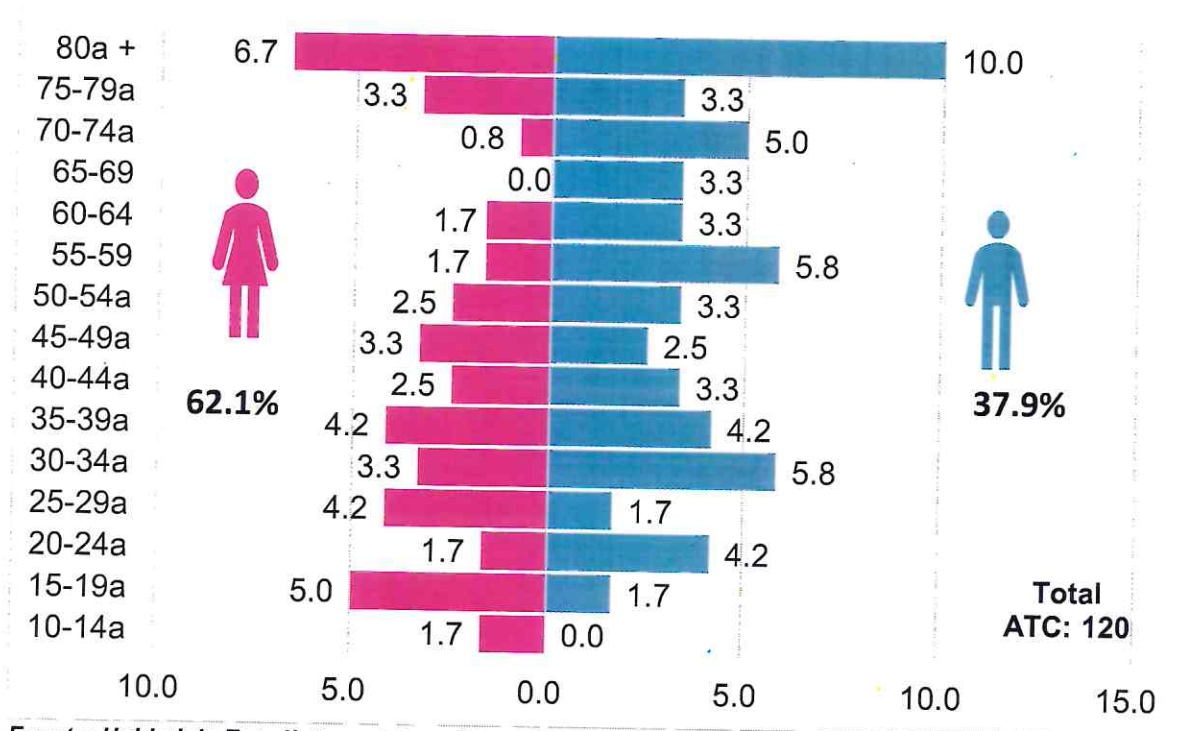
En 2024, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 120 egresos hospitalarios, con predominio de pacientes mujeres (62,1 %) frente a varones (37,9 %). En el caso femenino, los grupos etarios más frecuentes fueron 80 años a más (6,7 %), 15 a 19 años (5,0 %) y 25 a 29 años y 35 a 39 años (ambos



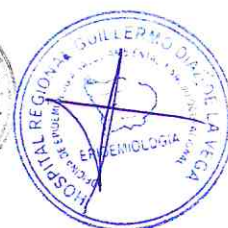
con 4,2 %). En varones, destacó el grupo de 80 años a más (10,0 %), seguido de 30 a 34 años y 55 a 59 años (ambos con 5,8 %), además del grupo de 70 a 74 años (5,0 %).

Estos resultados reflejan que la atención en la UCI General abarca desde pacientes jóvenes con condiciones críticas hasta adultos mayores con patologías graves, evidenciando la diversidad de casos y la complejidad de la atención brindada en este servicio especializado.

Gráfico N° 20: Egresos Hospitalarios en UCI- General, por grupo etario y sexo, HRGDV-2024.



Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024



CAPÍTULO IV

4. MORBILIDAD GENERAL DE TODAS LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD(UPSS) CONSULTORIO EXTERNO, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN.

4.1. MORBILIDAD EN CONSULTORIO EXTERNO

4.1.1. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cardiología.

Tabla N° 42: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cardiología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - CARDIOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	I10X	Hipertensión Esencial (Primaria)	351	221	572	24
2	I500	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	67	65	132	5.6
3	I48X	Fibrilación y Aleteo Auricular	53	52	105	4.4
4	I872	Insuficiencia Venosa (Crónica) (Periférica)	46	37	83	3.5
5	I471	Taquicardia supraventricular	22	14	36	1.5
6	I119	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	21	10	31	1.3
7	E111	Diabetes mellitus no insulín dependiente con cetoacidosis	16	6	22	0.9
8	I509	Insuficiencia cardíaca no especificada	14	8	22	0.9
9	E785	Hiperlipidemia no especificada	13	7	20	0.8
10	I272	Otras hipertensiones pulmonares secundarias	8	7	15	0.6
Demás enfermedades			815	516	1331	56.2
Total General			1426	943	2369	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,369 atenciones, con predominio femenino (60,2 %, 1,426 casos) frente al masculino (39,8 %, 943 casos).

La principal causa de morbilidad fue la hipertensión esencial (primaria), con 572 casos (24,1 % del total), seguida de insuficiencia cardíaca congestiva (5,6 %), fibrilación y aleteo auricular (4,4 %), insuficiencia venosa crónica periférica (3,5 %) y taquicardia supraventricular (1,5 %). Otras causas relevantes incluyen enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus no insulín dependiente con cetoacidosis, insuficiencia cardíaca no especificada, hiperlipidemia no especificada y otras hipertensiones pulmonares secundarias.

4.1.2. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cirugía



Tabla N° 43: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cirugía, HRGDV-2024

N° CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - CIRUGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1 K811	Colecistitis crónica	353	79	432	12.4
2 K802	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	213	56	269	7.7
3 K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada sin obstrucción ni gangrena	86	147	233	6.7
4 K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	124	46	170	4.9
5 K810	Colecistitis Aguda	101	20	121	3.5
6 K358	Otras apendicitis agudas y las no especificadas	34	50	84	2.4
7 D179	Tumor benigno lipomatoso de sitio no especificado	52	29	81	2.3
8 Z933	Colostomía	8	72	80	2.3
9 D170	Tumor Benigno Lipomatoso De Piel y de Tejido Subcutáneo De Cabeza Cara y Cuello	38	38	76	2.2
10 K469	Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena	34	29	63	1.8
Demás enfermedades		1400	895	2295	52.0
Total General		2090	1382	3472	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 3,472 atenciones, con predominio femenino (60.2 %, 2,090 casos) frente al masculino (39,8 %, 1,382 casos). La principal causa de morbilidad fue la colecistitis crónica con 432 casos (12.4 %), seguida del cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis (7.7 %), hernia inguinal unilateral o no especificada sin obstrucción ni gangrena (6,7 %), hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena (4,9 %) y otras apendicitis agudas y no especificadas (2,4 %). También se registraron atenciones por tumor benigno lipomatoso de sitio no especificado, colostomía y hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena, entre otros diagnósticos.

4.1.3. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Dermatología

Tabla N° 44: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Dermatología, HRGDV-2024

N° CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - DERMATOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1 B354	Tiña del cuerpo [tinea corporis]	383	259	642	20.4
2 L089	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo no especificada	99	113	212	6.7
3 B353	Tiña del Pie (tinea pedis)	103	71	174	5.5
4 B351	Tiña de las unas	105	68	173	5.5
5 L700	Acné vulgar	114	52	166	5.3
6 L500	Urticaria alérgica	71	32	103	3.3
7 B350	Tina de la barba y del cuero cabelludo	44	52	96	3.0
8 B352	Tina de la mano	43	27	70	2.2
9 L981	Cicatriz Hipertrofica	31	25	56	1.8
10 L919	Rosacea no especificada	36	14	50	1.6
Demás enfermedades		831	579	1410	45
Total General		1860	1292	3152	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024



En 2024, el servicio de Consulta Externa de Dermatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 3,152 atenciones, con predominio femenino (59,0 %, 1,860 casos) frente al masculino (41,0 %, 1,292 casos).

La principal causa de morbilidad fue la tiña del cuerpo (tiña corporis), con 642 casos (20,4 % del total), seguida de infección local de la piel y del tejido subcutáneo no especificada (6,7 %), tiña del pie (tiña pedis) (5,5 %), tiña de las uñas (5,5 %) y acné vulgar (5,3 %). También destacan la urticaria alérgica, tiña de la barba y cuero cabelludo, tiña de la mano, cicatriz hipertrófica y rosácea no especificada.

4.1.4. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Endocrinología

Tabla N° 45: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Endocrinología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - ENDOCRINOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	E038	Otros hipotiroidismos especificados	578	105	683	27.2
2	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	462	159	621	24.7
3	E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	91	56	147	5.8
4	E669	Obesidad no especificada	116	31	147	5.8
5	E050	Tirotoxicosis con bocio difuso	117	21	138	5.5
6	E782	Hiperlipidemia mixta	70	21	91	3.6
7	E041	Nódulo tiroideo solitario no toxico	59	6	65	2.6
8	E138	Diabetes mellitus especificada con complicaciones no especificadas	17	42	59	2.3
9	E030	Hipotiroidismo congénito con bocio difuso	34	6	40	1.6
10	E781	Hiperglicemia pura	19	9	28	1.1
Demás enfermedades			379	115	494	19.7
Total General			1942	571	2513	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Endocrinología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,513 atenciones, con un marcado predominio femenino (77,3 %, 1,942 casos) frente al masculino (22,7 %, 571 casos).

La principal causa de morbilidad fue otros hipotiroidismos especificados, con 683 casos (27,2 %), seguida de diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (24,7 %), diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación y obesidad no especificada (ambas con 5,8 %), y tirotoxicosis con bocio difuso (5,5 %). También se registraron casos de hiperlipidemia mixta, nódulo tiroideo solitario no tóxico, diabetes mellitus



con complicaciones no especificadas, hipotiroidismo congénito con bocio difuso e hiperlipidemia pura.

4.1.5. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Gastroenterología

Tabla N° 46: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Gastroenterología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - GASTROENTEROLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	K295	Gastritis crónica no especificada	1465	531	1996	41.4
2	K293	Gastritis crónica superficial	279	104	383	8.0
3	K805	Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	235	98	333	6.9
4	K760	Degeneración grasa del hígado no clasificada en otra parte	238	77	315	6.5
5	B829	Parasitosis intestinal sin otra especificación	126	48	174	3.6
6	I849	Hemorroides no especificadas sin complicación	110	62	172	3.6
7	K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea	57	20	77	1.6
8	K802	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	56	20	76	1.6
9	C189	Tumor maligno del colon parte no especificada	50	25	75	1.6
10	K219	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis	51	23	74	1.5
Demás enfermedades			718	423	1141	23.7
Total General			3385	1431	4816	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Gastroenterología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 4,816 atenciones, con predominio femenino (70,3 %, 3,385 casos) frente al masculino (29,7 %, 1,431 casos).

La principal causa de morbilidad fue la gastritis crónica no especificada, con 1,996 casos (41,4 % del total), seguida de gastritis crónica superficial (8,0 %), cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis (6,9 %), degeneración grasa del hígado no clasificada en otra parte (6,5 %) y parasitosis intestinal sin otra especificación (3,6 %). Otras causas incluyeron hemorroides no especificadas sin complicación, síndrome del colon irritable sin diarrea, cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis, tumor maligno de colon no especificado y enfermedad por reflujo gastroesofágico sin esofagitis.

4.1.6. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Gineco-Obstetricia



En 2024, el servicio de Consulta Externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 4,313 atenciones. La principal causa de morbilidad fue la enfermedad inflamatoria pélvica con 305 casos (7,1 %), seguida de dolor pélvico y perineal (5,4 %), infección de vías urinarias, sitio no especificado (5,0 %), vaginitis aguda (4,6 %) y otros quistes ováricos no especificados (4,4 %). También se atendieron casos por atención materna por cicatriz uterina debido a cirugía previa, leiomioma uterino, mastodinia, tumor benigno de la mama y hemorragia vaginal o uterina anormal no especificada. El grupo clasificado como "demás enfermedades" concentró el 60,4 % del total de consultas, lo que refleja la amplia variedad de patologías ginecológicas y obstétricas que requieren atención especializada.

Tabla N° 47: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Gineco-Obstetricia, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - GINECO-OBSTETRICIA-2024	Femenino	%
1	N739	Enfermedad inflamatoria pélvica	305	7.1
2	R102	Dolor pélvico y perineal	233	5.4
3	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	217	5.0
4	N760	Vaginitis aguda	200	4.6
5	N832	Otros quistes ováricos y los no especificados	188	4.4
6	O342	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	146	3.4
7	D259	Leiomioma del útero sin otra especificación	134	3.1
8	N644	Mastodinia	105	2.4
9	D24X	Tumor Benigno De La Mama	95	2.2
10	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada	86	2.0
Demás enfermedades			2604	60.4
Total General			4313	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

4.1.7. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Medicina Interna, HRGDV.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 3,168 atenciones, con predominio femenino (68,9 %, 2,181 casos) frente al masculino (31,1 %, 987 casos). La principal causa de morbilidad fue la hipertensión esencial (primaria) con 138 casos (4,4 %), seguida de infección de vías urinarias, sitio no especificado (4,3 %), lumbago no especificado (3,3 %), hiperlipidemia no especificada (2,4 %) e hiperlipidemia mixta (2,3 %). También se atendieron casos por artritis reumatoidea seropositiva, cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis, dispepsia, artritis reumatoide no especificada y artrosis no especificada.



Tabla N° 48: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Medicina Interna, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - MEDICINA INTERNA- 2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	83	55	138	4.4
2	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	117	20	137	4.3
3	M545	Lumbago no especificado	80	25	105	3.3
4	E785	Hiperlipidemia no especificada	59	18	77	2.4
5	E782	Hiperlipidemia mixta	53	21	74	2.3
6	M059	Artritis Reumatoidea Seropositiva Sin Otra Especificación	66	6	72	2.3
7	K802	Cálculo De La Vesícula Biliar Sin Colecistitis	52	8	60	1.9
8	K30X	Dispepsia	38	19	57	1.8
9	M069	Artritis reumatoide no especificada	50	6	56	1.8
10	M199	Artrosis no especificada	38	9	47	1.5
Demás enfermedades			1545	800	2345	74
Total General			2181	987	3168	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.1.8. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa en Medicina Física y de Rehabilitación, HRGDV.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 7,521 atenciones, con predominio femenino (61,6 %, 4,638 casos) frente al masculino (38,4 %, 2,883 casos). La principal causa de morbilidad fue el lumbago no especificado con 575 casos (7,6 %), seguido de trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía (5,8 %), síndrome cervicobraquial (3,9 %), gonartrosis no especificada (3,1 %) y otras dorsalgias (2,4 %). También se registraron casos por síndrome del manguito rotatorio, escoliosis no especificada, síndrome de Ehlers-Danlos, otras deformidades congénitas de la cadera y poliartritis no especificada.

Tabla N° 49: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa en Medicina Física y de Rehabilitación, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - Medicina Física y Rehabilitación-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	M545	Lumbago no especificado	397	178	575	7.6
2	M511	Trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía	309	129	438	5.8
3	M531	Síndrome cervicobraquial	221	69	290	3.9
4	M179	Gonartrosis no especificada	171	61	232	3.1
5	M548	Otras dorsalgias	126	57	182	2.4
6	M751	Síndrome del manguito rotatorio	109	30	139	1.8
7	M419	Escoliosis No Especificada	87	44	131	1.7
8	Q796	Síndrome de ehlers-danlos	63	52	115	1.5
9	Q658	Otras deformidades congénitas de la cadera	83	23	106	1.4
10	M159	Poliartrosis no especificada	67	31	98	1.3
Demás enfermedades			3005	2209	5215	69.3
Total General			4638	2883	7521	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024



4.1.9. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neumología

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Neumología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 791 atenciones, con ligera mayoría femenina (54,4 %, 430 casos) frente al masculino (45,6 %, 361 casos). La principal causa de morbilidad fue el asma no especificada con 202 casos (25.5 %), seguida de bronquiectasia (5,9 %), faringitis aguda no especificada (3,9 %) tuberculosis pulmonar BK (+) (3,5 %), secuelas de tuberculosis respiratoria y TBC no especificada (3.4 %) pleuresía no tuberculosa (2,5 %). También se registraron consultas por secuelas de tuberculosis respiratoria y otras formas no especificadas, disnea, influenza con otras manifestaciones, observación por sospecha de tuberculosis y enfermedad por reflujo gastroesofágico sin esofagitis.

Tabla N° 50: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neumología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - NEUMOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	A150	Asma no especificad.	141	61	202	25.5
2	J849	Bronquiectasia	25	22	47	5.9
3	J459	Faringitis aguda no especificada	20	11	31	3.9
4	J47X	TBC pulmonar bk (+)	9	19	28	3.5
5	B909	Secuelas De Tuberculosis Respiratoria Y De Tuberculosis No Especificada	13	14	27	3.4
6	J90X	Pleuresía no tuberculosa	5	15	20	2.5
7	R060	Disnea	11	9	20	2.5
8	J118	Influenza con otras manifestaciones virus no identificado	9	10	19	2.4
9	Z030	Observación por sospecha de tuberculosis	6	11	17	2.1
10	K219	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis	7	7	14	1.8
Demás enfermedades			184	182	366	46.3
Total General			430	361	791	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.1.10. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Nefrología

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Nefrología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 1,705 atenciones, con ligera mayoría femenina (55,5 %, 947 casos) frente al masculino (44,5 %, 758 casos). La principal causa de morbilidad fue la enfermedad renal crónica estadio 5, con 324 casos (19,0 %), seguida de hipertensión esencial (primaria) (11,6 %), cálculo del riñón (6,0 %), enfermedad renal crónica no especificada (5,0 %) e insuficiencia renal aguda no especificada (4,5 %). También se registraron casos por infección de vías urinarias, hiperplasia de la próstata, lumbago no especificado, enfermedad renal crónica estadio 3 y hematuria no especificada. El grupo clasificado como "demás enfermedades" representó el 44,1 % del total, reflejando la diversidad de patologías renales y urológicas atendidas



Tabla N° 51: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Nefrología, HRGDV-2024.

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - NEFROLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	N185	Enfermedad renal crónica estadio 5	171	153	324	19.0
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	95	102	197	11.6
3	N200	Cálculo del riñón	78	25	103	6.0
4	N189	Enfermedad renal crónica no especificada	47	39	86	5.0
5	N179	Insuficiencia renal aguda no especificada	31	45	76	4.5
6	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	50	10	60	3.5
7	N40X	Hiperplasia de la próstata	3	32	35	2.1
8	M545	Lumbago no especificado	22	10	32	1.9
9	N183	Enfermedad renal crónica estadio 3	9	12	21	1.2
10	R31X	Hematuria No Especificada	10	9	19	1.1
Demás enfermedades			431	321	752	44.1
Total General			947	758	1705	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

4.1.11. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Infectología

Tabla N° 52: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Infectología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - INFECTOLOGÍA-2024	Fem	Masc	N° Casos	%
1	B24X	VIH	58	107	165	14.1
2	B551	Leishmaniasis cutánea o uta	44	99	143	12.3
3	B181	Hepatitis viral tipo b crónica sin agente delta	75	37	112	9.6
4	A539	Sífilis no especificada	24	21	45	3.9
5	A150	TBC pulmonar bk (+)	13	31	44	3.8
6	A181	Tuberculosis del aparato genitourinario	4	14	18	1.5
7	O894	Hepatitis viral que complica el embarazo	16	0	16	1.4
8	B552	Leishmaniasis mucocutánea o espundia	1	12	13	1.1
9	B663	Fascioliasis	2	10	12	1.0
10	B670	Infección De Hígado Debido A Echinococcus Granulosus	10	1	11	0.9
Demás enfermedades			296	292	588	50.4
Total General			543	624	1167	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Infectología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 1,167 atenciones, con predominio masculino (53,5 %, 624 casos) frente al femenino (46,5 %, 543 casos). La principal causa de morbilidad fue el VIH, con 165 casos (14,1 %), seguida de leishmaniasis cutánea o uta (12,3 %), hepatitis viral tipo B crónica sin agente delta (9,6 %), sífilis no especificada (3,9 %) y tuberculosis pulmonar BK (+) (3,8 %). Otras causas incluyeron tuberculosis del aparato genitourinario, hepatitis viral que complica el embarazo, leishmaniasis mucocutánea o esporotricosis, fascioliasis e infección del hígado debida a Echinococcus granulosus. El grupo clasificado como "demás



enfermedades" representó el 50,4 % del total, lo que evidencia la diversidad de enfermedades infecciosas atendidas en este servicio especializado.

4.1.12. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Oncología.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Oncología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 941 atenciones, con predominio femenino (73,0 %, 687 casos) frente al masculino (27,0 %, 254 casos). La principal causa de morbilidad fue el tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación, con 95 casos (10,1 %), seguida del tumor maligno de la próstata (8,7 %), tumor maligno de la glándula tiroides (7,7 %), tumor maligno de la mama parte no especificada (7,5 %) y tumor benigno de la mama (4,8 %). También se registraron casos de tumor maligno del colon, tumor maligno del estómago, linfoma no hodgkin, tumor maligno de los bronquios o del pulmón y tumor maligno de la piel no especificado. El grupo clasificado como "demás enfermedades" representó el 44,0 % del total, reflejando la diversidad de patologías oncológicas atendidas en este servicio especializado.

Tabla N° 53: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Oncología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - ONCOLOGÍA- 2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	C539	Tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación	95	0	95	10.1
2	C61X	Tumor maligno de la próstata	0	82	82	8.7
3	C73X	Tumor maligno de la glándula tiroides	63	9	72	7.7
4	C509	Tumor maligno de la mama parte no especificada	71	0	71	7.5
5	D24X	Tumor benigno de la mama	45	0	45	4.8
6	C189	Tumor maligno del colon parte no especificada	19	22	41	4.4
7	C169	Tumor maligno del estómago parte no especificada	15	21	36	3.8
8	C859	Linfoma no hodgkin no especificado	17	13	30	3.2
9	C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	17	12	29	3.1
10	C449	Tumor maligno de la piel sitio no especificado	22	4	26	2.8
Demás enfermedades			323	91	414	44.0
Total General			687	254	941	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.1.13. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neurocirugía

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Neurocirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 966 atenciones, con predominio femenino (54,7%, 528 casos) frente al masculino (45,3%, 438 casos). La principal causa de morbilidad fue el lumbago no especificado con 143 casos (14,8 %), seguida de cefalea (10,9%), trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía (10,9%), espondilolistesis (4,0%) y traumatismo intracraneal no



especificado (2,9 %). También se registraron casos de dorsalgia no especificada, cervicalgia, radiculopatía, fractura de vértebra torácica y tumor benigno de las meninges cerebrales.

Tabla N° 54: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neurocirugía, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - NEUROCIRUGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	M545	Lumbago no especificado	172	112	284	29.4
2	G442	Cefalea	80	63	143	14.8
3	M511	Trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía	57	48	105	10.9
4	M431	Espondilolistesis	21	18	39	4.0
5	S069	Traumatismo intracraneal no especificado	7	21	28	2.9
6	M549	Dorsalgia No Especificada	12	12	24	2.5
7	M542	Cervicalgia	10	4	14	1.4
8	M541	Radiculopatía	7	7	14	1.4
9	S220	Fractura de vértebra torácica	6	6	12	1.2
10	D320	Tumor benigno de las meninges cerebrales	10	0	10	1.0
Demás enfermedades			146	147	293	30.3
Total General			528	438	966	100

Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.1.14. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Oftalmología.

Tabla N° 55: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Oftalmología, HRGDV-2024.

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - OFTALMOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	H527	Trastorno de la refracción no especificado	219	137	356	8.6
2	H041	Otros trastornos de la glándula lagrimal	205	114	319	7.7
3	H110	Pterigión	213	96	309	7.4
4	H409	Glaucoma no especificado	100	111	211	5.1
5	H259	Catarata senil no especificada	103	96	199	4.8
6	H010	Blefaritis	80	69	149	3.6
7	H353	Degeneración de la macula y del polo posterior del ojo	37	28	65	1.6
8	H401	Glaucoma primario de ángulo abierto	32	26	58	1.4
9	H105	Blefarokonjuntivitis	31	26	57	1.4
10	H101	Conjuntivitis atópica aguda	21	31	52	1.3
Demás enfermedades			1274	1104	2378	57.3
Total General			2315	1838	4153	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Oftalmología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 4,153 atenciones, con ligera mayoría femenina (55,7%, 2,315 casos) frente al masculino (44,3 %, 1,838 casos). La principal causa de morbilidad fue el trastorno de la refracción no especificado con 356 casos (8,6 %), seguida de otros trastornos de la glándula lagrimal (7,7 %), pterigión (7,4 %), glaucoma no especificado (5,1 %) y catarata senil no especificada (4,8 %). También se atendieron casos de blefaritis,



degeneración de la mácula y del polo posterior del ojo, glaucoma primario de ángulo abierto, blefaro-conjuntivitis y conjuntivitis atópica aguda.

4.1.15. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neurología.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Neurología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 3,396 atenciones, con predominio femenino (61,5 %, 2,089 casos) frente al masculino (38,5 %, 1,307 casos). La principal causa de morbilidad fue la cefalea con 327 casos (9,6 %), seguida de cefalea debida a tensión (9,0 %), epilepsia tipo no especificado (8,2 %), cefalea vascular NCOP (7,5 %) y enfermedad de Parkinson (7,0 %). También se presentaron casos de cefalea postraumática crónica, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos, lumbago con ciática, dorsalgia no especificada y síndrome cervicobraquial.

Tabla N° 56: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Neurología, HRGDV-2024

Nº	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - NEUROLOGÍA-2024	Fem	Mas	Nº Casos	%
1	R51X	Cefalea	223	104	327	9.6
2	G442	Cefalea debida a tensión	224	81	305	9.0
3	G409	Epilepsia tipo no especificado	148	132	280	8.2
4	G441	Cefalea vascular ncop	190	65	255	7.5
5	G20X	Enfermedad de Parkinson	103	134	237	7.0
6	G443	Cefalea postraumática crónica	113	73	186	5.5
7	G402	Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos	68	79	147	4.3
8	M544	Lumbago con ciática	76	29	105	3.1
9	M549	Dorsalgia no especificada	48	37	85	2.5
10	M531	Síndrome cervicobraquial	48	18	66	1.9
Demás enfermedades			848	555	1403	41.3
Total General			2089	1307	3396	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

4.1.16. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Odontología.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Odontología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 11,023 atenciones, con predominio femenino (63,2 %, 6,967 casos) frente al masculino (36,8 %, 4,056 casos). La principal causa de morbilidad fue la caries de la dentina, con 1,877 casos (17,0 %), seguida de necrosis de la pulpa (3,2 %), pulpitis (2,6 %), depósitos (acreciones) en los dientes (2,4 %) y gingivitis aguda (1,1 %). También se registraron casos de absceso periapical con fístula, raíz dental retenida y trastornos de la articulación temporo maxilar.



Tabla N° 57: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Odontología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - ODONTOLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	K021	Caries de la dentina	1271	606	1877	142.8
2	K041	Necrosis de la pulpa	227	131	358	27.2
3	K040	Pulpitis	163	128	291	22.1
4	K036	Depósitos (acreciones) en los dientes	162	100	262	19.9
5	K050	Gingivitis aguda	73	47	120	9.1
6	K046	Absceso periapical con fistula	40	29	69	5.3
7	K122	Celulitis y acceso de boca	20	33	53	4.0
8	K083	Raiz dental retenida	26	15	41	3.1
9	K076	Trastornos de la articulación temporomaxilar	33	5	38	2.9
10	K046	Absceso periapical con fistula	16	17	33	2.5
Demás enfermedades			4936	2945	7881	189.8
Total General			521	793	1314	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.1.17. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Otorrinolaringología

Tabla N° 58: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Otorrinolaringología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo OTORRINOLARINGOLOGÍA-2024	FEM	MASC	N° Casos	%
1	J304	Rinitis alérgica no especificada	196	131	327	13.8
2	R040	Epistaxis	143	145	288	12.2
3	H919	Disminución de la agudeza auditiva sin especificación	71	72	143	6.0
4	H612	Cerumen impactado	54	85	139	5.9
5	J324	Pansinusitis crónica	70	60	130	5.5
6	S022	Fractura de los huesos de la nariz	26	80	106	4.5
7	J312	Faringitis crónica	66	39	105	4.4
8	H662	Otitis media supurativa crónica aticoantral	50	32	82	3.5
9	J342	Desviación del tabique nasal	25	51	76	3.2
10	H931	Tinnitus	36	39	75	3.2
Demás enfermedades			443	456	899	38
Total General			1180	1190	2370	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Otorrinolaringología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,370 atenciones, con distribución equilibrada entre mujeres (49,8 %, 1,180 casos) y varones (50,2 %, 1,190 casos). La principal causa de morbilidad fue la rinitis alérgica no especificada con 327 casos (13,8 %), seguida de epistaxis (12,2 %), disminución de la agudeza auditiva sin especificación (6,0 %), cerumen impactado (5,9 %) y pansinusitis crónica (5,5 %). También se registraron casos de fractura de los



huesos de la nariz, faringitis crónica, otitis media supurativa crónica atticoantral, desviación del tabique nasal y tinnitus.

4.1.18. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Pediatría

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,603 atenciones, con ligera predominancia masculina (53,2 %, 1,383 casos) frente al sexo femenino (46,8 %, 1,220 casos). La principal causa de morbilidad fue la anemia por deficiencia de hierro sin especificación, con 222 casos (8,5 %), seguida por la parasitosis intestinal con 218 casos (8,4 %), las infecciones de vías urinarias (4,5 %), el prepucio redundante, fimosis y parafimosis (2,5 %) y rinofaringitis aguda (2,1 %). También destacaron diagnósticos como faringitis aguda no especificada, bronquitis aguda, infecciones intestinales y anomalías congénitas diversas. Las demás enfermedades representaron el 60,5 % del total de casos, evidenciando la amplia variedad de diagnósticos atendidos en la población pediátrica.

Tabla N° 59: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Pediatría, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - PEDIATRIA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	D509	Anemia por deficiencia de hierro sin especificación	115	107	222	8.5
2	B829	Parasitosis intestinal sin otra especificación	125	93	218	8.4
3	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	76	42	118	4.5
4	N47X	Prepucio redundante fimosis y parafimosis	0	65	65	2.5
5	J00X	Rinofaringitis Aguda Rinitis Aguda	26	29	55	2.1
6	Q658	Otras deformidades congénitas de la cadera	30	18	48	1.8
7	J029	Faringitis aguda no especificada	19	28	47	1.8
8	J209	Bronquitis aguda no especificada	19	20	39	1.5
9	J459	Asma No Especificado	19	20	39	1.5
10	A09X	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	14	20	34	1.3
Demás enfermedades			777	941	1718	66.0
Total General			1220	1383	2603	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.1.19. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Traumatología.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 6,348 atenciones, de las cuales el 54,9 % correspondió a mujeres (3,488 casos) y el 45,1 % a varones (2,860 casos). La principal causa de morbilidad fue el lumbago no especificado con 611 casos (9,6 %), seguida de la fractura de la epífisis inferior del radio (3,5 %), la gonartrosis primaria bilateral (3,3 %) y la gonartrosis no especificada



(3,0 %). Otras causas frecuentes incluyeron lumbago con ciática (2,5 %), fractura de la diáfisis de la tibia (2,4 %), fractura de la clavícula (1,6 %), fractura del maléolo externo (1,5 %), fractura de peroné solamente (1,4 %) y artritis reumatoide no especificada (1,3 %). El grupo de “demás enfermedades” concentró el 69,9 % de los casos, evidenciando una amplia variedad de diagnósticos atendidos en este servicio especializado.

Tabla N° 60: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Traumatología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo	Femenino	Masculino	N° Casos	%
1	M545	Lumbago no especificado	417	194	611	9.6
2	S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	119	104	223	3.5
3	M170	Gonartrosis primaria bilateral	144	63	207	3.3
4	M179	Gonartrosis no especificada	128	60	188	3.0
5	M544	Lumbago con ciática	114	42	156	2.5
6	S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	52	99	151	2.4
7	S420	Fractura de la clavícula	35	69	104	1.6
8	S826	Fractura del maléolo externo	51	44	95	1.5
9	S824	Fractura del peroné solamente	45	45	90	1.4
10	M069	Artritis reumatoide no especificada	67	18	85	1.3
Demás enfermedades			2316	2122	4438	69.9
Total General			3488	2860	6348	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

4.1.20. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Psiquiatría.

Tabla N° 61: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Psiquiatría, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - PSIQUIATRIA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	F321	Episodio depresivo moderado	136	22	158	9.2
2	F200	Esquizofrenia paranoide	30	57	87	5.1
3	F603	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	76	6	82	4.8
4	F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	55	21	76	4.4
5	F102	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol síndrome de dependencia	6	42	48	2.8
6	F100	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Alcohol Estado De Abstinencia	2	28	30	1.7
7	F419	Trastorno de ansiedad no especificado	21	8	29	1.7
8	F411	Trastorno De Ansiedad Generalizada	15	14	29	1.7
9	F431	Trastorno de estrés postraumático	28		28	1.6
10	F239	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado	18	10	28	1.6
Demás enfermedades			707	413	1120	65.3
Total General			1094	621	1715	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 1,715 atenciones, con predominio femenino (63,8 %, 1,094 casos) frente al masculino (36,2 %, 621 casos). La principal causa de morbilidad fue el episodio depresivo



moderado con 158 casos (9,2 %), seguida de esquizofrenia paranoide (5,1 %), trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (4,8 %), trastorno mixto de ansiedad y depresión (4,4 %) y trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol en síndrome de dependencia (2,8 %). También se registraron casos por estado de abstinencia debido al uso de alcohol, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado.

4.1.21. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Psicología

Tabla N° 62: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Psicología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo PSICOLOGIA-2024	MAS	FEM	N° Casos	%
1	F321	Episodio depresivo moderado	62	152	214	9.0
2	F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	20	85	105	4.4
3	F430	Reacción a estrés agudo	25	78	103	4.3
4	F331	Trastorno depresivo recurrente episodio moderado presente	15	61	76	3.2
5	F320	Episodio depresivo leve	13	51	64	2.7
6	F928	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	30	32	62	2.6
7	T743	Abuso psicológico	9	53	62	2.6
8	T748	Otros síndromes de maltrato forma mixta	13	41	54	2.3
9	F431	Trastorno de estrés postraumático	4	37	41	1.7
10	F700	Retraso mental leve deterioro del comportamiento nulo o mínimo	17	22	39	1.6
Demás enfermedades			588	971	1559	65.5
Total General			796	1583	2379	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Psicología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,379 atenciones, de las cuales el 66,6 % correspondieron a mujeres (1,583 casos) y el 33,4 % a varones (796 casos). La principal causa de morbilidad fue el episodio depresivo moderado con 214 casos (9,0 %), seguido por el trastorno mixto de ansiedad y depresión (4,4 %), la reacción a estrés agudo (4,3 %), y el trastorno depresivo recurrente en episodio moderado presente (3,2 %). También destacaron los episodios depresivos leves (2,7 %), otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (2,6 %), así como casos de abuso psicológico y otros síndromes de maltrato en su forma mixta (2,6 % cada uno). En menor proporción se registraron trastornos de estrés postraumático (1,7 %) y retraso mental leve con deterioro mínimo del comportamiento (1,6 %). Estos resultados evidencian una alta prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad en la población atendida, con predominio en mujeres, lo cual plantea la necesidad de fortalecer las



estrategias de prevención, diagnóstico temprano y acompañamiento psicológico en el ámbito hospitalario y comunitario.

4.1.22. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Urología

Tabla N° 63: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Urología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo - UROLOGÍA-2024	Fem	Mas	N° Casos	%
1	N40X	Hiperplasia de la próstata	0	731	731	36.4
2	N200	Cálculo del riñón	176	70	246	12.3
3	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	103	45	148	7.4
4	C61X	Tumor maligno de la próstata	0	83	83	4.1
5	N410	Prostatitis aguda	0	82	82	4.1
6	N47X	Prepucio redundante fimosis y paraquimosis	0	54	54	2.7
7	N320	Obstrucción De Cuello de la Vejiga	18	17	35	1.7
8	N201	Cálculo del uréter	19	12	31	1.5
9	M545	Lumbago no especificado	21	4	25	1.2
10	I868	Varices en otros sitios especificados	0	24	24	1.2
Demás enfermedades			222	326	548	27.3
Total General			559	1448	2007	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Urología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 2,007 atenciones, con predominio masculino (72,2 %, 1,448 casos) frente al femenino (27,8 %, 559 casos). La principal causa de morbilidad fue la hiperplasia de la próstata, con 731 casos (36,4 %), seguida del cálculo del riñón (12,3 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,4 %), tumor maligno de la próstata (4,1 %) y prostatitis aguda (4,1 %). También se registraron casos por prepucio redundante, fimosis y paraquimosis, cálculo del uréter, lumbago no especificado y várices en otros sitios especificados.

4.1.23. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cirugía Pediátrica.

En 2024, el servicio de Consulta Externa de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega atendió un total de 438 casos, de los cuales 67,6 % correspondieron a pacientes varones y 32,4 % a mujeres, reflejando un predominio

masculino en las atenciones. La principal causa de morbilidad fue el prepucio redundante con fimosis y paraquimosis, que concentró 68 casos (15,5 %), seguido por la anquilosis con 44 casos (10,0 %) y los tumores benignos lipomatosos de sitio no especificado con 43 casos



(9,8 %). También se registraron casos de testículo no descendido bilateral (3,9 %), hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena (3,4 %), testículo no descendido unilateral (2,7 %) y mucocele de glándula salival (2,3 %). En menor proporción se identificaron casos de hidrocele (2,1 %), apendicitis agudas no especificadas (1,6 %) y estreñimiento (1,6 %). Finalmente, las demás enfermedades representaron el 46,8 % del total de consultas, evidenciando que, si bien existen diagnósticos recurrentes, la casuística en cirugía pediátrica es variada.

Tabla N° 64: Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Cirugía Pediátrica, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Causas de Morbilidad en Consultorio Externo CIRUGIA PEDIATRICA-2024	Femenino	Masculino	N° Casos	%
1	N47X	Prepucio redundante fimosis y paraquimosis	0	68	68	15.5
2	Q381	Anquilosis	10	34	44	10.0
3	D179	Tumor benigno lipomatoso de sitio no especificado	22	21	43	9.8
4	Q532	Testículo No Descendido Bilateral	0	17	17	3.9
5	K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	9	6	15	3.4
6	Q531	Testículo No Descendido Unilateral	0	12	12	2.7
7	K116	Mucocele de glándula salival	5	5	10	2.3
8	N433	Hidrocele No Especificado	0	9	9	2.1
9	K358	Otras apendicitis agudas y las no especificadas	7	1	8	1.8
10	K590	Constipación	3	4	7	1.6
Demás enfermedades			86	119	205	46.8
Total General			142	296	438	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.2. MORBILIDAD EN UPSS DE EMERGENCIA

4.2.1. Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Cirugía

Tabla N° 65: Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Cirugía del HRGDV-2024

N°	10 Primeras causas de Morbilidad en EMERGENCIA DE CIRUGIA del HRGDV-2024	FEM	MASC	Total	%
1	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	150	308	458	11.2
2	Otros dolores abdominales y los no especificados	214	152	366	8.9
3	Abdomen agudo	176	141	317	7.7
4	Herida de la cabeza, parte no especificada	40	146	186	4.5
5	Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	68	105	173	4.2
6	Traumatismo superficial de región no especificada del cu	59	97	156	3.8
7	Apendicitis aguda, no especificada	66	66	132	3.2
8	Traumatismo intracraneal, no especificado	32	56	88	2.1
9	Colecistitis aguda	70	16	86	2.1
10	Dolor abdominal localizado en parte superior	27	33	60	1.5
Demás Enfermedades		803	1282	2085	51
Total General		1705	2402	4107	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.



En 2024, el servicio de Emergencia de Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) atendió un total de 4,107 casos, de los cuales 41,5 % correspondieron a mujeres (1,705 casos) y 58,5 % a varones (2,402 casos).

La principal causa de morbilidad fueron los traumatismos superficiales múltiples no especificados con 458 casos (11,2 %), seguidos por otros dolores abdominales y no especificados (8,9 %), abdomen agudo (7,7 %), heridas de la cabeza (4,5 %) y traumatismos superficiales de la cabeza (4,2 %). También destacaron los traumatismos superficiales de regiones no especificadas (3,8 %), apendicitis aguda (3,2 %), traumatismos intracraneales no especificados (2,1 %), colecistitis aguda (2,1 %) y dolor abdominal localizado en la parte superior (1,5 %).

El patrón epidemiológico refleja una mayor carga de morbilidad de origen traumático, principalmente en varones, lo que se relaciona con factores de riesgo ocupacionales, de tránsito y actividades de mayor exposición a lesiones. Asimismo, la elevada frecuencia de cuadros abdominales agudos y dolor abdominal inespecífico resalta la importancia de fortalecer la capacidad resolutoria en el servicio de emergencia quirúrgica, con protocolos de diagnóstico rápido y oportuno.

4.2.2. Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Medicina General

Tabla N° 66: Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Medicina General del HRGDV-2024

N°	10 Primeras causas de Morbilidad en EMERGENCIA DE MEDICINA del HRGDV-2024	FEM	MASC	Total	%
1	Otros dolores abdominales y los no especificados	357	204	561	13.5
2	Abdomen agudo	274	180	454	11.0
3	Dolor abdominal localizado en parte superior	156	84	240	5.8
4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	80	7	87	2.1
5	Diarrea acuosa	49	32	81	2.0
6	Náusea y vómito	52	25	77	1.9
7	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación	42	16	58	1.4
8	Depleción del volumen	29	26	55	1.3
9	Hipertensión esencial	27	22	49	1.2
10	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	27	20	47	1.1
Demás Enfermedades		1399	1034	2433	58.7
Total General		2492	1650	4142	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.



En 2024, el servicio de Emergencia de Medicina General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 4,142 atenciones, con predominio femenino (60,2 %, 2,492 casos) frente al masculino (39,8 %, 1,650 casos). La principal causa de morbilidad fueron los dolores abdominales y no especificados, con 561 casos (13,5 %), seguida del abdomen agudo con 454 casos (11,0 %) y el dolor abdominal localizado en parte superior con 240 casos (5,8 %). Asimismo, se presentaron infecciones de vías urinarias (2,1 %), diarrea acuosa (2,0 %), náusea y vómito (1,9 %), diabetes mellitus no insulino dependiente sin complicaciones (1,4 %), depleción de volumen (1,3 %), hipertensión esencial (1,2 %) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (1,1 %). Estos diagnósticos reflejan un perfil clínico centrado en patologías agudas del aparato digestivo, enfermedades infecciosas gastrointestinales y desórdenes metabólicos, que requieren atención inmediata y fortalecimiento de estrategias de prevención y control en la comunidad.

4.2.3. Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Pediatría

Tabla N° 67: Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Pediatría del HRGDV-2024

N°	10 Primeras causas de Morbilidad en EMERGENCIA DE PEDIATRIA HRGDV-2024	FEM	MASC	Total general	%
1	Otros dolores abdominales y los no especificados	57	43	100	10.0
2	Fiebre, no especificada	29	41	70	7.0
3	Diarrea acuosa	25	29	54	5.4
4	Náusea y vómito	24	27	51	5.1
5	Abdomen agudo	31	18	49	4.9
6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	29	15	44	4.4
7	Fiebre con escalofrío	16	11	27	2.7
8	Asma, no especificada	11	15	26	2.6
9	Depleción del volumen	7	13	20	2.0
10	Intoxicación alimentaria bacteriana, no especificada	13	6	19	1.9
Demás Enfermedades		249	287	536	53.8
Total General		491	505	996	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En el servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, durante el año 2024 se atendieron 996 casos, con una distribución equilibrada entre mujeres (49,3 %) y varones (50,7 %). Las principales causas de morbilidad fueron otros dolores abdominales y los no especificados (10,0 %), seguidos de fiebre no especificada (7,0 %), diarrea acuosa (5,4 %), náusea y vómito (5,1 %) y abdomen agudo (4,9 %). Asimismo, se presentaron casos relevantes de infección de vías urinarias (4,4 %), fiebre con escalofrío



(2,7 %), asma no especificada (2,6 %), depleción del volumen (2,0 %) e intoxicación alimentaria bacteriana (1,9 %). El grupo de “demás enfermedades” representó el 53,8 % del total de atenciones.

4.2.4. Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Traumatología

Tabla N° 68: Principales Causas de Morbilidad en Emergencia de Traumatología del HRGDV-2024

N°	10 Primeras causas de Morbilidad en EMERGENCIA DE TRAUMATOLOGIA del HRGDV-2024	FEM	MASC	Total	%
1	Fractura de la epífisis inferior del radio	71	84	155	5.7
2	Esguinces y torceduras del tobillo	72	79	151	5.6
3	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	21	57	78	2.9
4	Contusión de la rodilla	23	48	71	2.6
5	Fractura de la diáfisis de la tibia	23	46	69	2.6
6	Otros traumatismos de región no especificada del cuerpo	24	37	61	2.3
7	Fractura de la clavícula	17	40	57	2.1
8	Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	27	28	55	2.0
9	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	14	34	48	1.8
10	Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	15	32	47	1.7
	Demas Enfermedades	730	1177	1907	70.7
	Total General	1037	1662	2699	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV 2024

En 2024, el servicio de Emergencia de Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega atendió un total de 2,699 casos, con predominio del sexo masculino (61,6 %) frente al femenino (38,4 %). La principal causa de morbilidad fue la fractura de la epífisis inferior del radio, que alcanzó 155 casos (5,7 %), seguida por los esguinces y torceduras del tobillo con 151 casos (5,6 %) y los traumatismos superficiales múltiples no especificados con 78 casos (2,9 %). También destacaron la contusión de rodilla con 71 casos (2,6 %), la fractura de la diáfisis de la tibia con 69 casos (2,6 %), otros traumatismos de región no especificada con 61 casos (2,3 %) y la fractura de clavícula con 57 casos (2,1 %). Otras causas relevantes incluyeron la contusión de partes de la muñeca y mano (55 casos), la herida de dedo de la mano sin daño de la(s) uña(s) (48 casos) y la contusión de partes del pie (47 casos). Estas diez causas representaron el 29,3 % del total de morbilidad, mientras que el 70,7 % restante correspondió a un conjunto amplio de otras enfermedades y lesiones diversas.

4.2.5. Principales Atenciones de Egresos en Emergencia de Gineco-Obstetricia.

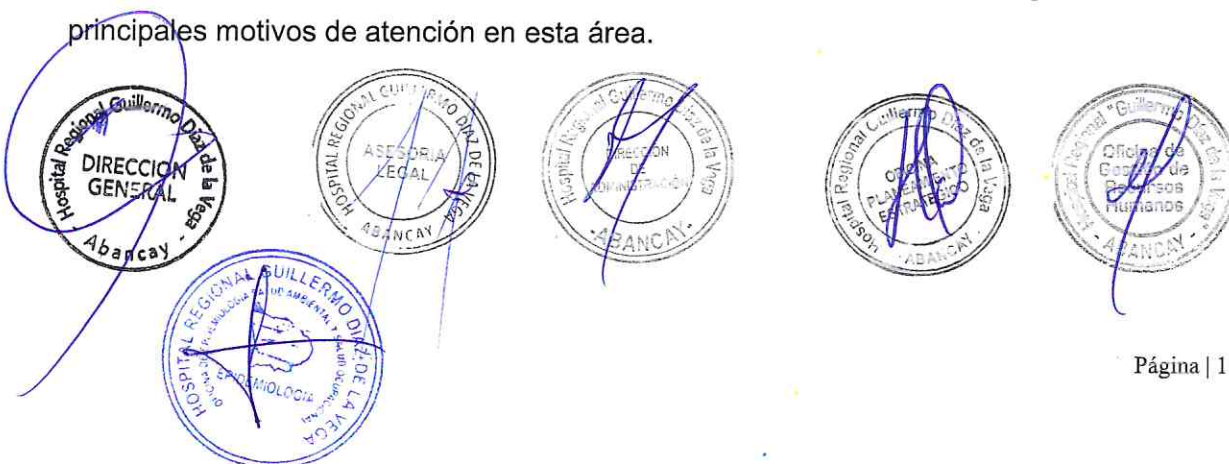


Tabla N° 69: Principales Atenciones de Egresos en Emergencia de Gineco-Obstetricia del HRGDV-2024

Nº	Atención de Egresos en Emergencia Gineco-Obstetricia - 2024	FEM	%
1	Contracciones primarias inadecuadas	904	30.8
2	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	282	9.6
3	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	146	5
4	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	138	4.7
5	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	112	3.8
6	Amenaza de aborto	99	3.4
7	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	74	2.5
8	Aborto espontáneo, completo o no especificado, sin complicación	51	1.7
9	Aborto retenido	44	1.5
10	Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	43	1.5
	Demás causas	1045	35.5
Total	Total General	2938	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

En la emergencia de gineco-obstetricia del HRGDV durante el 2024 se registraron 2938 egresos, de los cuales la mayor parte estuvo relacionada con problemas del trabajo de parto y complicaciones en etapas tempranas del embarazo. Las contracciones primarias inadecuadas fueron la principal causa, representando el 30,8% de los casos, seguidas por el aborto espontáneo incompleto sin complicación con 9,6%. Asimismo, el falso trabajo de parto antes de las 37 semanas alcanzó el 5,0% y a las 37 semanas o más el 4,7%, mientras que la atención materna por cicatriz uterina debido a cirugías previas representó el 3,8% y la amenaza de aborto el 3,4%. Otras causas de menor frecuencia fueron la hemorragia vaginal y uterina anormal con 2,5%, el aborto espontáneo completo con 1,7%, la detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme con 1,5% y la ruptura prematura de membranas con 1,1%. En conjunto, estas diez principales causas concentraron el 64,1% de las atenciones, mientras que las demás causas representaron el 35,9%, evidenciando que los problemas vinculados a complicaciones obstétricas y abortos siguen siendo los principales motivos de atención en esta área.



4.3. MORBILIDAD EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN

4.3.1. Principales causas de Morbilidad en Hospitalización de Medicina del HRGDV.

En hospitalización de medicina del HRGDV-2024 se registraron 883 casos en total, con ligera mayoría femenina (53,5%). La principal causa fue la neumonía no especificada con 54 casos (6,1%), seguida de infecciones de vías urinarias con 39 (4,4%) e insuficiencia cardíaca congestiva con 34 (3,9%). También destacaron la insuficiencia respiratoria aguda con 27 casos (3,1%), la nefritis tubulointersticial aguda con 23 (2,6%) y la celulitis de partes blandas con 21 (2,4%). Otras causas fueron pancreatitis aguda 17 casos (1,9%), hemorragia gastrointestinal no especificada 15 (1,7%), cirrosis hepática alcohólica 14 (1,6%) e insuficiencia renal crónica no especificada 12 (1,4%). El grupo de demás enfermedades representó el 71,0% del total con 627 casos, confirmando un patrón de hospitalización dominado por patologías respiratorias, infecciones urinarias y complicaciones cardíacas.

Tabla N° 70: Principales causas de Morbilidad en Hospitalización de Medicina del HRGDV-2024

10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de MEDICINA del HRGDV-2024							
N°	CIE-10		F	%	M	%	N° Casos
1	J18.9	Neumonía, no especificada	30	3.4	24	2.7	54
2	N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificad	32	3.6	7	0.8	39
3	I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	18	2.0	16	1.8	34
4	J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	14	1.6	13	1.5	27
5	N12	Nefritis tubulointersticial aguda	18	2.0	5	0.6	23
6	L03.1	Celulitis de otras partes de los miembros	8	0.9	13	1.5	21
7	K85.0	Pancreatitis aguda	12	1.4	5	0.6	17
8	K85.0	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	7	0.8	8	0.9	15
9	K70.3	Cirrosis hepática alcohólica	2	0.2	12	1.4	14
10	N18.9	Insuficiencia renal crónica, no especificada	5	0.6	7	0.8	12
Demás Enfermedades			326	36.9	301	34.1	627
Total General			472	53.5	411	46.5	883

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.3.2. Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización de Cirugía.

La hospitalización en cirugía del HRGDV durante 2024 estuvo marcada principalmente por casos de apendicitis y colecistitis. La apendicitis aguda no especificada ocupó el primer lugar con 156 casos (10,6%), seguida por colecistitis crónica con 97 casos (6,6%) y colecistitis aguda con 86 casos (5,9%). Otras causas frecuentes fueron los cálculos biliares, destacando el cálculo de vesícula con colecistitis (70 casos, 4,8%) y la apendicitis con peritonitis generalizada (63 casos, 4,3%). Asimismo, se presentaron casos de apendicitis con absceso peritoneal (61 casos, 4,1%) y de cálculo biliar con colecistitis (61 casos, 4,1%). Entre los diagnósticos adicionales resaltan la hiperplasia prostática (45 casos, 3,1%), hernia umbilical



(45 casos, 3,1%) y hernia inguinal unilateral (42 casos, 2,9%). Finalmente, las demás enfermedades representaron la mayor proporción con 730 casos (49,7%). En conjunto, se atendieron 1470 hospitalizaciones en cirugía, de las cuales 737 correspondieron a mujeres y 733 a varones, mostrando una distribución bastante equitativa por sexo.

Tabla N° 71: Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización de Cirugía del HRGDV-2024

N°	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de CIRUGÍA del HRGDV-2024	F	%	M	%	N° Casos	%
1	K35.8	Apendicitis aguda, no especificada	82	5.6	74	5.0	156	10.6
2	K81	Colecistitis crónica	75	5.1	22	1.5	97	6.6
3	K81.0	Colecistitis aguda	68	4.6	18	1.2	86	5.9
4	K80.1	Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	56	3.8	14	1.0	70	4.8
5	K35.2	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	31	2.1	32	2.2	63	4.3
6	K35.1	Apendicitis aguda con absceso peritoneal	26	1.8	35	2.4	61	4.1
7	K80.0	Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	50	3.4	11	0.7	61	4.1
8	N40.1	Hiperplasia de la próstata		0.0	59	4.0	59	4.0
9	K42.9	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	34	2.3	11	0.7	45	3.1
10	K40.9	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	13	0.9	29	2.0	42	2.9
Demás Enfermedades			302	20.5	428	29.1	730	49.7
Total General			737	50.1	733	49.9	1470	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024

4.3.3. Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización de Traumatología.

En la hospitalización de Traumatología del HRGDV-2024 se registraron 653 casos, de los cuales 68,8% correspondieron a varones y 31,2% a mujeres. Las principales causas fueron

fractura de la diáfisis de la tibia con 52 casos (8,0%), fractura de la clavícula con 31 casos (4,7%), fractura del maléolo externo con 25 casos (3,8%) y fractura de otro dedo de la mano con 24 casos (3,7%). También se reportaron fracturas en otras partes de la pierna con 21 casos (3,2%), fractura de peroné solamente con 19 casos (2,9%), fractura de la diáfisis del húmero con 16 casos (2,5%), así como lesiones menos frecuentes como herida de rodilla (2,5%), traumatismo del tendón de Aquiles (2,1%) y fractura de la diáfisis del fémur (1,8%). Finalmente, el grupo de "demás enfermedades" concentra la mayoría de los casos con 423 pacientes, equivalente al 64,8% del total.

Tabla N° 72: Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización de Traumatología del HRGDV-2024.



Nº	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de TRAUMATOLOGÍA del HRGDV-2024	F	%	M	%	Nº Casos	%
1	S82.2	Fractura de la diáfisis de la tibia	15	2.3	37	5.7	52	8.0
2	S42.0	Fractura de la clavícula	7	1.1	24	3.7	31	4.7
3	S82.6	Fractura del maléolo externo	9	1.4	16	2.5	25	3.8
4	S62	Fractura de otro dedo de la mano	7	1.1	17	2.6	24	3.7
5	S82.8	Fractura de otras partes de la pierna	11	1.7	10	1.5	21	3.2
6	S82.4	Fractura del peroné solamente	10	1.5	9	1.4	19	2.9
7	S42.3	Fractura de la diáfisis del húmero	5	0.8	11	1.7	16	2.5
8	S81.0	Herida de la rodilla	2	0.3	14	2.1	16	2.5
9	S86.0	Traumatismo del tendón de Aquiles	1	0.2	13	2.0	14	2.1
10	S72.3	Fractura de la diáfisis del fémur	3	0.5	9	1.4	12	1.8
Demás Enfermedades			134	20.5	289	44.3	423	64.8
Total General			204	31.2	449	68.8	653	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.3.4. Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización en Pediatría

La hospitalización en Pediatría del HRGDV-2024 registró un total de 366 casos, siendo las principales causas neumonía no especificada con 28 casos (7,7%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 18 casos (4,9%), e infección de vías urinarias con 17 casos (4,6%). Le siguieron celulitis de otras partes de los miembros (2,7%), bronquiolitis (2,5%) y nefritis tubulointersticial aguda (2,5%). Otras causas menos frecuentes fueron linfadenitis mesentérica inespecífica (2,2%), neumonías por microorganismos no especificados (2,2%), asma no especificada (1,9%) y bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados (1,6%). Finalmente, las demás enfermedades acumularon 246 casos, representando el 67,2% del total.

Tabla Nº 73: Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización en Pediatría del HRGDV-2024

Nº	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de PEDIATRÍA del HRGDV-2024	F	%	M	%	Nº Casos	%
1	J18.9	Neumonía, no especificada	13	3.6	15	4.1	28	7.7
2	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7	1.9	11	3.0	18	4.9
3	N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	14	3.8	3	0.8	17	4.6
4	L03.1	Celulitis de otras partes de los miembros	4	1.1	6	1.6	10	2.7
5	J21.0	Bronquiolitis	4	1.1	5	1.4	9	2.5
6	N10	Nefritis tubulointersticial aguda	6	1.6	3	0.8	9	2.5
7	I88.0	Linfadenitis mesentérica inespecífica	3	0.8	5	1.4	8	2.2
8	J18.8	Otras neumonías, de microorganismo no especificado	5	1.4	3	0.8	8	2.2
9	J45.9	Asma, no especificada	4	1.1	3	0.8	7	1.9
10	J21.8	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados	4	1.1	2	0.5	6	1.6
Demás Enfermedades			103	28.1	143	39.1	246	67.2
Total General			167	45.6	199	54.4	366	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024



4.3.5. Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Neonatología

Durante el año 2024, la Unidad de Cuidados Intermedios en Neonatología del HRGDV registró un total de 142 egresos hospitalarios. La principal causa fue la ictericia neonatal no especificada, con 22 casos, lo que representa el 15,5% del total. Le siguió la neumonía congénita, organismo no especificado, con 2 casos (1,4%). Otras causas con menor frecuencia, con 1 caso cada una (0,7%), fueron: acidosis metabólica tardía del recién nacido, bronquiolitis, bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, hipoglicemia neonatal yatrogénica, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada, síndrome de la bilis espesa, y taquipnea transitoria del recién nacido.

Tabla N° 74: Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Neonatología (Unidad de cuidados Intermedios) del HRGDV-2024

10 Primeras causas de Morbilidad en									
N°	CIE-10	Hospitalización	F	%	M	%	N°	%	
de NEONATOLOGIA (Intermedios) del HRGDV-									
1	P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	9	0.6	13	0.9	22	15.5	
2	J18.9	Neumonía congénita, organismo no especificado	1	0.1	1	0.1	2	1.4	
3	P74.0	Acidosis metabólica tardía del recién nacido	1	0.1		0.0	1	0.7	
4	J21.0	Bronquiolitis		0.0	1	0.1	1	0.7	
5	J21.0	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respirato	1	0.1		0.0	1	0.7	
6	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso		0.0	1	0.1	1	0.7	
7	P70.3	Hipoglicemia neonatal yatrogénica	1	0.1		0.0	1	0.7	
8	P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada		0.0	1	0.1	1	0.7	
9	P59.1	Síndrome de la bilis espesa	1	0.1		0.0	1	0.7	
10	P22.1	Taquipnea transitoria del recién nacido	1	0.1		0.0	1	0.7	
Demás causas			51	3.6	59	4.2	110	77.5	
Total General			66	4.7	76	5.4	142	100.0	

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024

4.3.6. Principales Causas de Morbilidad en el Servicio de Ginecología

En el Servicio de Ginecología del HRGDV durante el 2024 se atendieron 1817 casos de hospitalización. Las principales causas de morbilidad fueron el parto por cesárea sin otra especificación con 18,6% (338 casos), seguido del parto por cesárea de emergencia con 10,3% (188 casos) y el aborto espontáneo incompleto sin complicación con 4,7% (85 casos). Otras causas importantes fueron el aborto retenido (1,0%), quistes ováricos no especificados (1,0%), embarazo ectópico (0,9%), amenaza de aborto (0,8%), leiomioma del útero (0,8%),



hiperplasia de glándula endometrial (0,7%) y trastornos inflamatorios de la mama (0,7%). Finalmente, el grupo de “demás causas” representó el 60,3% de los egresos hospitalarios.

Tabla N° 75: Principales Causas de Morbilidad en el Servicio de Ginecología, HRGDV-2024

N°	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de GINECOLOGÍA del HRGDV-2024	F	%
1	O82.9	Parto por cesárea, sin otra especificación	338	18.6
2	O82.1	Parto por cesárea de emergencia	188	10.3
3	O03.4	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	85	4.7
4	O02.1	Aborto retenido	19	1.0
5	N83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	19	1.0
6	O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	17	0.9
7	O20.0	Amenaza de aborto	15	0.8
8	D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	15	0.8
9	N85.0	Hiperplasia de glándula del endometrio:	13	0.7
10	N61	Trastornos inflamatorios de la mama	13	0.7
		Demas causas	1095	60
		Total General	1817	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.3.7. Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Obstetricia

En la hospitalización de Obstetricia del HRGDV-2024 se registraron 1,286 egresos, siendo la principal causa el parto único espontáneo en presentación cefálica de vértice con 25,6%, seguido por parto único espontáneo en otras presentaciones con 14,2%. Otras causas relevantes fueron la retención de fragmentos de la placenta o membranas sin hemorragia (0,5%), hemorragia postparto secundaria o tardía (0,5%), retención de la placenta sin hemorragia (0,2%) y anemia que complica el embarazo, parto o puerperio (0,1%). Asimismo, se reportaron casos de infección de vías urinarias consecutiva al parto, mastitis no purulenta asociada al parto, preeclampsia moderada y hemorragias postparto inmediatas, cada una con 0,1%. Las demás causas concentraron el 58,6% de los casos, lo que evidencia que los partos espontáneos constituyen más del 39% de las hospitalizaciones en este servicio.

Tabla N° 76: Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Obstetricia del HRGDV-2024



Nº	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de OBSTETRICIA del HRGDV-2024	F	%
1	O80.0	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	329	25.6
2	O80.8	Parto único espontáneo, otras presentaciones	183	14.2
3	O73.1	Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	6	0.5
4	O72.2	Hemorragia postparto secundaria o tardía	6	0.5
5	O73.0	Retención de la placenta sin hemorragia	3	0.2
6	O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	0.1
7	O86.2	Infección de las vías urinarias consecutiva al parto	1	0.1
8	O91.2	Mastitis no purulenta asociada con el parto	1	0.1
9	O14.0	Preeclampsia moderada	1	0.1
10	O72.1	Otras hemorragias postparto inmediatas	1	0.1
Demás causas			754	59
Total General			1286	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

4.4. MORBILIDAD EN AREAS CRITICAS

4.4.1. Principales Causas de Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Tabla Nº 77: Principales Causas de Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del HRGDV-2024.

Nº	CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de UCI NEONATAL del HRGDV-2024	F	%	M	%	Nº Casos	%
1	P59.9	Ictericia neonatal, no especificada	14	7.8	14	7.8	28	15.6
2	P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	3	1.7	5	2.8	8	4.5
3	J21.0	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio	2	1.1	1	0.6	3	1.7
4	J21.0	Bronquiolitis	1	0.6		0.0	1	0.6
5	Q24.9	Cardiopatía congénita	1	0.6		0.0	1	0.6
6	J81	Edema pulmonar	1	0.6		0.0	1	0.6
7	G93.4	Encefalopatía no especificada		0.0	1	0.6	1	0.6
8	K40.3	Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena		0.0	1	0.6	1	0.6
9	P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido		0.0	1	0.6	1	0.6
10	Q89.7	malformación congénita múltiples	1	0.6		0.0	1	0.6
Demás Enfermedades			69	38.5	64	35.8	133	74.3
Total General			92	51.4	87	48.6	179	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

Durante el año 2024, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se registraron un total de 179 casos de morbilidad, de los cuales el 51.4% correspondió a recién nacidos de sexo femenino y el 48.6% a masculino. Las principales causas de hospitalización neonatal estuvieron relacionadas con afecciones infecciosas, respiratorias y metabólicas, propias del periodo perinatal. La ictericia neonatal no especificada ocupó el primer lugar con el 15.6% del total de casos, reflejando un alta



frecuencia de hiperbilirrubinemias que requieren control y tratamiento especializado. En segundo lugar, se ubicó la sepsis bacteriana del recién nacido con el 15.5%, indicador de importancia clínica que evidencia la persistencia de infecciones neonatales. En tercer lugar, se encontró la bronquiolitis aguda, principalmente por virus sincitial respiratorio, con un 1.7% de los casos, lo que refleja el impacto estacional de las infecciones respiratorias en neonatos, especialmente durante los meses fríos del año. Otras causas menos frecuentes fueron la cardiopatía congénita (0.6%), el edema pulmonar (0.6%), la encefalopatía no especificada (0.6%), la hernia inguinal unilateral (0.6%) y la insuficiencia respiratoria del recién nacido (0.6%). Cabe destacar que las “demás enfermedades” representaron el 74.3% del total, lo que sugiere una amplia diversidad de diagnósticos menores que demandan hospitalización y seguimiento clínico. En general, la morbilidad neonatal del HRGDV en 2024 evidencia la

necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de infecciones perinatales, el control de factores de riesgo obstétricos y neonatales, así como la atención integral en los primeros días de vida, con énfasis en el manejo de sepsis e ictericia neonatal, principales causas de ingreso a cuidados intensivos.

4.4.2. Principales Causas de Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos General

Tabla N° 78: Principales Causas de Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos General del HRGDV-2024

N° CIE-10	10 Primeras causas de Morbilidad en Hospitalización de UCI-GENERAL del HRGDV-2024	F	%	M	%	N° Casos	%
1 J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	1	0.8	4	3.3	5	4.2
2 K56.6	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas		0.0	4	3.3	4	3.3
3 S09.9	Traumatismo intracraneal, no especificado		0.0	4	3.3	4	3.3
4 S06.5	Hemorragia subdural traumática		0.0	3	2.5	3	2.5
5 K56.2	Vólvulo		0.0	3	2.5	3	2.5
6 I64	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico		0.0	2	1.7	2	1.7
7 K81.0	Colecistitis aguda	1	0.8	1	0.8	2	1.7
8 N17	Insuficiencia renal aguda	1	0.8	1	0.8	2	1.7
9 J18.9	Neumonía, no especificada	1	0.8	1	0.8	2	1.7
10 S36.7	Traumatismo de múltiples órganos intraabdominales		0.0	2	1.7	2	1.7
Demas Enfermedades		47	39.2	44	36.7	91	75.8
Total General		51	42.5	69	57.5	120	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En la Unidad de Cuidados Intensivos General del HRGDV-2024 se registraron 120 casos de morbilidad. La principal causa fue la insuficiencia respiratoria aguda con 5 casos (4,2%), seguida de otras obstrucciones intestinales (4 casos, 3,3%), traumatismo intracraneal no especificado (4 casos, 3,3%) y hemorragia subdural traumática (3 casos, 2,5%). Otras causas relevantes fueron vólvulo (3 casos, 2,5%), accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico (2 casos, 1,7%), colecistitis aguda (2 casos, 1,7%), insuficiencia renal aguda (2 casos, 1,7%), neumonía no especificada (2 casos, 1,7%) y traumatismo de múltiples órganos intraabdominales (2 casos, 1,7%).

4.5. MORTALIDAD, UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

4.5.1. MORTALIDAD, UPSS DE EMERGENCIA

Tabla N° 79: Pacientes Fallecidos en el Servicio de Emergencia General en HRGDV (2022- 2024)

Indicadores	2022	2023	2024	Estándar
Total, ATC. Emergencia	14557	15392	15301	<2%
Total, de fallecidos en el servicio de Emergencia	79	57	119	
Tasa de Mortalidad en Emergencia	0.54	0.37	0.78	

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV 2024/ Registros de emergencia.

En el periodo 2022-2024, el volumen de atenciones en emergencia se mantuvo elevado, con un ligero incremento entre 2022 (14,557 atenciones) y 2023 (15,392), seguido de una leve disminución en 2024 (15,301). En cuanto a los fallecidos, se observa una reducción de 79 casos en 2022 a 57 en 2023; sin embargo, en 2024 se presentó un incremento significativo a 119 casos, duplicando prácticamente la cifra del año anterior.

La tasa de mortalidad en emergencia también refleja esta tendencia: pasó de 0.54% en 2022 a 0.37% en 2023, para luego aumentar a 0.78% en 2024. Pese al incremento, en los tres años la mortalidad se mantiene por debajo del estándar establecido de <2%, lo que indica un nivel de control dentro de los parámetros aceptables.

En conclusión, aunque la tasa de mortalidad en emergencia no supera el estándar nacional, el aumento registrado en 2024 tanto en número absoluto de fallecidos como en la tasa (0.78%) representa una señal de alerta que amerita revisar el subregistro y fortalecer los procesos de atención crítica y la capacidad resolutoria del servicio de emergencia.



4.5.2. MORTALIDAD, UPSS DE HOSPITALIZACIÓN

Tabla N° 80: Mortalidad General por Años de Hospitalización (UPSS) HRGDV- 2024

	SERVICIOS	2022	%	2023	%	2024	%
NO COVID	Medicina	79	87.8	74	82.2	119	73.5
	Cirugía	5	5.6	1	1.1	8	4.9
	Ginecología	0	0	0	0	2	1.2
	Pediatría	1	1.1	3	3.3	1	0.6
	UCI	10	11.1	18	20	16	9.9
	UCI Adultos	6	6.7	3	3.3	3	1.9
	Neonatología	0	0	0	0	0	0
	UCIN	12	13.3	8	8.9	13	8
Total		113	100	107	100	162	100
COVID	CAT COVID	9	90	0	0	0	0
	UCI COVID	1	10	0	0	0	0
	Intermedio COVID	0	0	0	0	0	0
	Triage COVID	0	0	0	0	0	0
Total		10	100	0	0	0	0
TOTAL, GENERAL		123		107		162	

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV- 2024

Entre 2022 y 2024 la mortalidad hospitalaria presentó variaciones importantes.

- En 2022 se registraron 123 fallecimientos, en 2023 descendieron a 107, pero en 2024 aumentaron a 162.
- La mayor proporción de muertes se concentra en el servicio de Medicina, que representa alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad en 2024 (73,5%), seguido por UCI (9,9%) y UCIN (8,0%).
- Servicios como Cirugía, Ginecología y Pediatría muestran cifras menores, mientras que Neonatología no registra decesos en el periodo.
- Respecto a los servicios COVID, en 2022 hubo 10 muertes, pero desde 2023 no se reportaron fallecimientos, lo que evidencia el cierre progresivo de dichas áreas.

En síntesis, el aumento de muertes en 2024 se asocia principalmente a los servicios clínicos (Medicina y UCI), consolidando su rol como áreas críticas en la atención hospitalaria, mientras que la mortalidad vinculada a COVID dejó de ser significativa desde 2023.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN.



4.5.2.1. Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización Medicina General

Tabla N° 81: Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización Medicina General del HRGDV-2024

N.º	CIE-10	Primeras causas de Mortalidad MEDICINA GENERAL en Hospitalización -HRGDV-2024	FEM	MASC	N.º Casos	Porcentaje
1	J18.9	Neumonía	28	22	50	42.0
2	J849	Fibrosis Pulmonar	3	4	7	5.9
3	C16	Cáncer De Estomago	6	1	7	5.9
4	A419	Sepsis	1	3	4	3.4
5	K703	Cirrosis Hepática Alcohólica	1	2	3	2.5
6	I61	Hemorragia Intracerebral	2		2	1.7
7	N189	Insuficiencia Renal Crónica	1	1	2	1.7
8	I69	Accidente Cerebrovascular Hemorrágico	1		1	0.8
9	C787	Adenocarcinoma Gástrico Metastásico	1		1	0.8
10	C530	Cáncer De Cérvix	1		1	0.8
Demas defunciones			22	19	41	34.5
Total, de Defunciones			67	52	119	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En el 2024 se registraron 119 defunciones en el servicio de Medicina General del HRGDV. la mortalidad fue mayor en mujeres con 67 fallecimientos (56,3%) frente a 52 en hombres (43,7%). La principal causa fue la neumonía con 50 fallecimientos (42%), seguida de la fibrosis pulmonar y el cáncer de estómago con 7 casos cada uno (5,9%). La sepsis produjo 4 muertes (3,4%), la cirrosis hepática alcohólica 3 (2,5%), y tanto la insuficiencia renal crónica como la hemorragia intracerebral tuvieron 2 defunciones cada una (1,7%). Otras causas menos frecuentes fueron el accidente cerebrovascular hemorrágico, el adenocarcinoma gástrico metastásico y el cáncer de cérvix, con 1 caso respectivamente (0,8% cada uno).

En términos de grupos de patologías, las enfermedades respiratorias concentraron el 47,9% de las muertes, las neoplásicas el 7,5% y las infecciosas (sepsis) el 3,4%, reflejando que los problemas respiratorios y oncológicos fueron los principales determinantes de mortalidad en este servicio.

4.5.2.2. Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización de Cirugía



Tabla N° 82: Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización de Cirugía General del HRGDV-2024

N.º	CIE-10	Primeras causas de Mortalidad CIRUGÍA GENERAL en Hospitalización -HRGDV-2024	Femenino	Masculino	N.º Casos	Porcentaje
1	R572	Shock Séptico	2		2	25.0
2	k352	Apendicitis Aguda Con Peritonitis Generalizada		1	1	12.5
3	C25	Cáncer De Páncreas	1		1	12.5
4	S021	Fractura De Base De Cráneo	1		1	12.5
5	I469	Paro Cardíaco, No Especificado		1	1	12.5
6	A419	Sepsis De Foco Abdominal Y Respiratorio		1	1	12.5
7	C23X	Tumor Maligno De Vesícula Biliar	1		1	12.5
Total, de Defunciones			5	3	8	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

En el servicio de Cirugía General del HRGDV en 2024 se registraron 8 defunciones, de las cuales el 62.5% correspondió a mujeres (5 casos) y el 37.5% a varones (3 casos). Entre las principales causas de mortalidad, el shock séptico representó el 25% del total (2 casos), seguido de apendicitis aguda con peritonitis generalizada, cáncer de páncreas, fractura de base de cráneo, paro cardíaco no especificado, sepsis de foco abdominal y respiratorio, y tumor maligno de vesícula biliar, cada uno con 12.5% (1 caso) del total de fallecimientos.

4.5.2.3. Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización de Pediatría

Tabla N° 83: Principales Causas de Mortalidad en Hospitalización de Pediatría del HRGDV- 2024

N.º	CIE-10	Primeras causas de Mortalidad Pediatría en Hospitalización -HRGDV-2024	Femenino	Masculino	N.º Casos	Porcentaje
1	I469	Paro cardíaco, no especificado	1		1	100
Total, de Defunciones			1		1	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En el servicio de hospitalización de Pediatría del HRGDV en el año 2024 se registró un solo fallecimiento, correspondiente a un caso de paro cardíaco no especificado. Este deceso representó el 100% de la mortalidad en dicho servicio durante el periodo. El caso correspondió a un paciente de sexo femenino.

4.5.2.4. Principales Causas de Mortalidad en UCI-Intermedios Adulto.



Tabla N° 84: Principales Causas de Mortalidad en UCI-Intermedios Adulto, HRGDV, 2024

N.º	CIE-10	Primeras causas de Mortalidad UCI-Intermedios Adulto en Hospitalización -HRGDV-2024	Femenino	Masculino	N.º Casos	Porcentaje
1	J18.9	Neumonía		2	2	66.7
2	R57.9	Shock Obstructivo Derrame Pericárdico	1		1	33.3
Total, Defunciones			1	2	3	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

En el servicio de UCI-Intermedios Adulto durante el 2024 se reportaron 3 defunciones. La neumonía representó la mayor proporción con 2 casos (66.7%), ambos en pacientes masculinos. El shock obstructivo por derrame pericárdico aportó 1 caso (33.3%), en paciente femenino. En términos de distribución por sexo, el 66.7% correspondió a hombres y el 33.3% a mujeres, reflejando que las causas de mortalidad en este servicio estuvieron centradas principalmente en complicaciones respiratorias e infecciones graves.

4.5.2.5. Principales Causas de Mortalidad en UCIN – Neonatal General

Tabla N° 85: Principales Causas de Mortalidad en UCIN – Neonatal General, HRGDV-2024

Nº	CIE 10	Principales causas de Mortalidad en Hospitalización de UCI-NEONATAL - HRGDV-2024	FEM	MASC	Nº Fallecidos	%
1	P072	Prematuridad extrema	2	3	5	38.5
2	I429	Cardiopatía congénita	1		1	7.7
3	J810	Edema pulmonar	1		1	7.7
4	P28.5	Encefalopatía no especificada		1	1	7.7
5	P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido		1	1	7.7
6	Q897	Malformación congénita múltiples	1		1	7.7
7	P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1		1	7.7
8	R57.8	Sepsis neonatal		1	1	7.7
9	P36.9	Shock séptico	1		1	7.7
Total Defunciones			7	6	13	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

Durante el año 2024, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró un total de 13 defunciones, de las cuales 7 correspondieron a recién nacidas mujeres y 6 a varones. La principal causa de mortalidad fue la prematuridad extrema, que representó el 38.5% de los fallecimientos, constituyéndose en el evento más determinante en la supervivencia neonatal. Otras causas, cada una con una frecuencia del 7.7%, estuvieron asociadas principalmente a condiciones graves al nacimiento y complicaciones severas, incluyendo cardiopatía congénita, edema pulmonar,



encefalopatía no especificada, insuficiencia respiratoria del recién nacido, malformaciones congénitas múltiples, sepsis bacteriana del recién nacido, sepsis neonatal y shock séptico. El patrón identificado evidencia que la mortalidad en la UCI Neonatal está principalmente asociada a prematuridad, malformaciones congénitas y causas infecciosas graves.

4.5.2.6. Principales Causas de Mortalidad en UCI - General

Tabla N° 86: Principales Causas de Mortalidad en UCI - General, HRGDV-2024

N°	CIE-10	Principales causas de Mortalidad en Hospitalización de UCI GENERAL - HRGDV-2024	MAS C	FE M	N° Fallecidos	Porcentaje
1	R572	Shock Séptico foco abdominal	1	4	5	35.7
2	G03.9	Meningitis		1	1	7.1
3	K35.0	Apendicitis Aguda Shock Séptico	1		1	7.1
4	J18.9	Neumonía	1		1	7.1
5	J84.10	Fibrosis Pulmonar	1		1	7.1
6	A41.9	Septicemia Pulmonar		1	1	7.1
7	I67.82	Isquemia Cerebral Extenso	1		1	7.1
8	I24.9	Síndrome Isquémico Coronario agudo	1		1	7.1
10	S06.361	Traumatismo Encefalocraneano severo	1		1	7.1
11	C18.9	Neoplasia Maligna de Mesosigmoides	1		1	7.1
Total, Defunciones			8	6	14	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024

Durante el año 2024, la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró un total de 14 defunciones, de las cuales 8 correspondieron a pacientes varones y 6 a mujeres. La principal causa de mortalidad fue el shock séptico de origen abdominal, responsable del 35.7% de los fallecimientos, reflejando la gravedad de los cuadros infecciosos complicados que ingresan a esta área. El resto de causas, cada una con una frecuencia del 7.1%, estuvo asociado a patologías críticas de origen neurológico, respiratorio, infeccioso, cardiovascular, quirúrgico y oncológico, entre ellas meningitis, apendicitis aguda complicada con shock, neumonía, fibrosis pulmonar, septicemia de origen pulmonar, isquemia cerebral extensa, síndrome isquémico coronario agudo, traumatismo encefalocraneano severo y neoplasia maligna avanzada. Este patrón evidencia que la mortalidad en la UCI General está fuertemente vinculada a cuadros sépticos graves, enfermedades crónicas descompensadas y emergencias médico-quirúrgicas de alta complejidad, lo que resalta la necesidad de continuar fortaleciendo la atención oportuna, la identificación precoz de sepsis, el manejo integral de pacientes críticos y la disponibilidad de recursos esenciales para la atención intensiva.



4.5.2.7. Principales Causas de Mortalidad en GINECOLOGIA

Tabla N° 87: Principales Causas de Mortalidad en GINECOLOGIA - General, HRGDV-2024

N.º	CIE-10	Primeras causas de Mortalidad GINECOLOGÍA en Hospitalización -HRGDV-2024	Femenino	N.º Casos	Porcentaje
1	C530	Cáncer Servical	1	1	50
2	C539	Tumor Maligno Del Cuello Del Útero, Sin Otra Especificación	1	1	50
Total, de Defunciones			2	2	100

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

Durante el año 2024, en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se registraron dos defunciones, todas correspondientes a pacientes del sexo femenino. Las causas de mortalidad estuvieron vinculadas exclusivamente a patologías oncológicas del aparato reproductor femenino. El cáncer cervicouterino (CIE-10 C530) representó el 50% de los casos, mientras que el tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación (CIE-10 C539) constituyó el 50% restante. Ambos diagnósticos evidencian la

persistencia de enfermedades prevenibles mediante estrategias efectivas de tamizaje y detección temprana, como el Papanicolaou y la prueba de VPH. La ausencia de otras causas de muerte en este servicio resalta la concentración de la mortalidad ginecológica en el componente oncológico, lo que subraya la necesidad de fortalecer los programas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento integral del cáncer cervicouterino, una de las principales causas de mortalidad femenina en el país

4.5.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD PERINATAL

La Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud ocupacional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, realiza la vigilancia de la Mortalidad Perinatal desde junio del año 2004, constituyendo uno de los principales problemas de Salud Pública permanente continua y visible, al igual que la mortalidad materna.

La Mortalidad Perinatal, es un indicador que refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud desde el punto de vista obstétrico, de la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y neonatal para la



adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.

4.5.3.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL

Situación de la Mortalidad Perinatal Mundo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11), la mortalidad perinatal abarca las muertes ocurridas entre las 22 semanas completas de gestación (154 días) y los 7 días después del nacimiento. Por otro lado, la mortalidad neonatal se refiere a las muertes de recién nacidos vivos ocurridas durante los primeros 28 días de vida.

Estas muertes son indicadores clave de las condiciones de vida y el desarrollo humano, además de reflejar la calidad y el acceso a los servicios de salud. En 2015, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, se priorizó la salud materna e infantil, estableciendo como meta para 2030 eliminar las muertes evitables de recién nacidos. También se fijó el objetivo de lograr el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen la planificación familiar, la educación e información en salud, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.

Según la OMS en el 2022, 2,3 millones de niños murieron en los primeros 28 días de vida, lo que representa el 47% de todas las muertes de niños menores de 5 años. Aunque la mortalidad neonatal ha disminuido significativamente desde 1990, los avances se han desacelerado desde 2010 y 64 países no alcanzarán los Objetivos de Desarrollo Sostenible en cuanto a mortalidad neonatal para 2030.

Las regiones más afectadas son el África subsahariana y el Asia meridional y central, con tasas de mortalidad neonatal mucho más altas que en otras partes del mundo, como Australia y Nueva Zelanda. Las principales causas de muerte neonatal incluyen el parto prematuro, complicaciones en el parto (como asfixia y traumatismo obstétrico), infecciones neonatales y anomalías congénitas, que en conjunto representan casi el 40% de las muertes de niños menores de 5 años.

Situación de la Mortalidad Perinatal América Latina



El riesgo de mortalidad durante los primeros 28 días de vida en la región de las Américas ha mostrado una tendencia a la baja, principalmente gracias al éxito de las campañas de vacunación que han logrado eliminar muchas enfermedades prevenibles. No obstante, persisten diferencias significativas entre los países. Las tasas más bajas de mortalidad neonatal se registran en Cuba, Uruguay y Chile, mientras que Haití, la República Dominicana y Guyana presentan las tasas más altas.

En 2023, la tasa regional de mortalidad neonatal en la región de las Américas descendió a 7 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en 2022. Los países con las tasas más bajas incluyen Uruguay, Cuba y El Salvador, mientras que Barbados, Belice, Perú y Honduras registran las tasas más altas. Los avances en la atención neonatal, especialmente en América Latina y el Caribe, han sido cruciales para la disminución de la mortalidad neonatal, con un aumento significativo en la supervivencia de recién nacidos prematuros o con factores de riesgo.

En términos de salud materno-infantil, se ha observado un incremento en el acceso a la atención prenatal, que pasó de un 72,6 % en 2005 a un 85,7 % en 2016. Sin embargo, algunos países todavía están por debajo de la media subregional, con cifras que varían entre el 79,5 % en Ecuador y el 43 % en Guatemala. Además, la cobertura de partos institucionales ha mejorado en casi todos los países de la región, pasando del 87,9 % en 2005 al 93,8 % en 2015, aunque aún hay países como Haití que tienen un acceso mucho más limitado.

En cuanto a las principales causas de muerte neonatal en 2021, las anomalías congénitas fueron responsables de la mayor parte de las muertes en la región, seguidas por la asfixia perinatal y las infecciones.

Situación de la Mortalidad Perinatal Perú

En el Perú según la Vigilancia epidemiológica de mortalidad fetal y neonatal desarrollada en el año 2024, el número de muertes neonatales es de 2232 casos; respecto al número de

óbitos fetales, se han notificado 2437 casos, de evidencia una disminución significativa en relación a los años anteriores en ambos grupos.



Gráfico N° 21: Mortalidad Fetal y Neonatal acumulado en Perú en el año 2012 al 2024

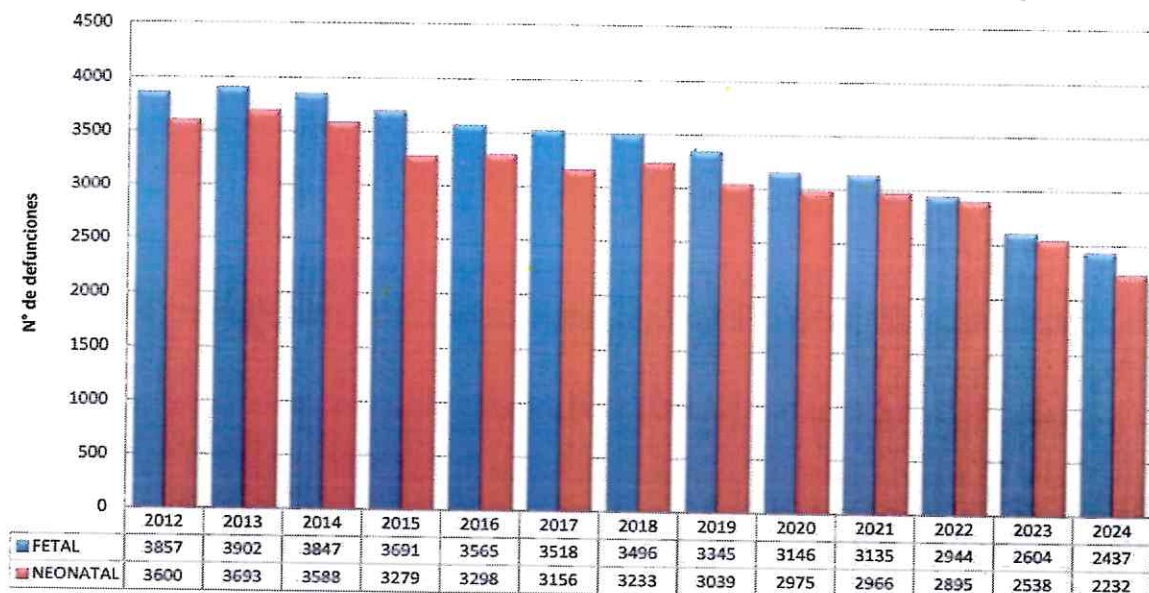


Tabla N° 88: Mortalidad Neonatal acumulado por Departamentos del Perú en el año 2013 al 2024

GERESAS/DIRESAS/DIRIS	MUERTE NEONATAL											
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DIRIS LIMA CENT	358	356	411	534	450	515	417	386	351	371	386	365
LA LIBERTAD	224	211	156	223	174	180	189	156	196	215	163	150
CUSCO	233	218	212	196	202	195	182	156	139	116	96	109
LORETO	171	158	127	152	159	152	151	145	216	197	173	113
LAMBAYEQUE	105	173	135	143	154	149	189	144	156	170	130	113
JUNIN	223	202	144	159	163	158	140	131	131	121	104	66
PUNO	236	217	194	173	150	152	128	116	82	67	89	66
CAJAMARCA	173	176	163	132	113	149	94	161	159	96	91	92
CALLAO	148	176	128	132	146	112	105	112	74	83	91	83
UCAYALI	104	119	145	104	71	94	99	113	102	143	126	89
SAN MARTIN	112	124	124	144	101	92	86	99	123	114	102	90
ANCASH	93	114	132	132	120	113	85	101	109	108	95	60
DIRIS LIMA NORT	141	116	108	103	95	124	128	111	94	85	75	76
HUANUCO	132	115	113	93	98	106	81	91	82	115	60	76
PIURA	136	129	98	73	92	96	116	109	73	88	63	49
AREQUIPA	130	88	111	84	94	93	103	95	84	65	51	56
AYACUCHO	101	117	83	92	114	83	99	83	81	71	38	53
DIRIS LIMA SUR	95	83	81	65	75	77	86	82	80	85	102	52
AMAZONAS	94	94	80	89	84	82	58	52	77	70	51	69
LUCIANO CASTILLO	84	56	42	37	27	57	70	65	65	75	76	60
DIRIS LIMA ESTE	77	73	55	62	58	74	62	53	54	40	47	24
ICA	65	42	43	64	49	77	69	45	47	58	36	73
LIMA PROVINCIAS	65	57	55	39	53	50	46	52	72	54	36	38
HUANCVELICA	77	64	51	41	41	40	42	39	46	44	37	17
PASCO	49	52	41	36	47	35	36	45	21	34	26	13
JAEN	23	37	30	36	33	32	29	43	34	41	39	36
MADRE DE DIOS	28	29	27	31	29	26	23	46	49	49	22	15
MORROPON-HUANCA	46	40	24	13	21	22	21	20	42	29	32	51
TACNA	48	25	45	33	27	16	26	36	22	26	24	14
TUMBES	50	37	32	21	27	11	25	19	29	22	25	19
APURIMAC	18	31	24	19	32	21	17	21	21	17	12	19
CHOTA	19	12	15	7	17	14	15	13	21	16	18	14
CHANKA	9	18	20	14	21	18	10	17	12	10	17	7
CUTERVO	22	26	22	17	12	15	6	15	12	2	3	3
MOQUEGUA	4	3	8	5	7	3	6	3	10	3	2	2
Total general	3693	3588	3279	3298	3156	3233	3039	2975	2966	2895	2538	2232

FUENTE: Sistema NotiWeb, Centro Nacional Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



En los últimos 5 años, los departamentos que más muertes neonatales ha reportado son la DIRIS Lima Centro (365), La Libertad (150), Cusco (109) Loreto (113), Lambayeque (113 r), uno de los departamentos que ha mostrado una reducción importante es Junín (66). Cabe recalcar que la región de Apurímac reporto 19 casos, habiendo un repunte del número de casos notificados al año 2024.

Tabla N° 89: Mortalidad Fetal acumulado por Departamentos del Perú en el año 2013 al 2024

GERESAS/DIRESAS/DIRIS	MUERTE FETAL											
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DIRIS LIMA CENT	410	397	403	460	412	443	356	406	331	331	290	264
LA LIBERTAD	275	292	215	260	274	304	239	230	248	225	209	183
CUSCO	216	201	240	193	190	178	179	176	154	150	156	101
JUNIN	217	167	137	150	197	206	170	191	112	160	114	129
PUNO	239	200	191	184	166	156	138	145	138	137	106	108
DIRIS LIMA NORT	179	136	140	135	153	162	169	138	112	134	118	125
LORETO	160	158	136	145	130	130	175	118	133	136	131	90
HUANUCO	192	150	150	111	134	141	115	130	135	116	95	82
CALLAO	134	181	189	146	140	136	139	110	95	75	70	56
CAJAMARCA	161	175	160	143	135	126	98	131	101	59	94	57
LAMBAYEQUE	112	119	112	117	77	85	116	115	158	134	85	107
ANCASH	111	143	150	134	139	93	124	55	109	72	92	88
DIRIS LIMA ESTE	135	126	107	103	112	103	107	130	111	99	67	55
DIRIS LIMA SUR	107	131	138	106	108	77	91	51	95	78	98	73
SAN MARTIN	68	157	143	118	71	92	100	58	89	84	82	88
PIURA	116	102	108	93	79	109	94	77	94	73	69	74
AYACUCHO	101	99	74	87	108	84	99	77	82	61	63	58
AMAZONAS	90	92	97	91	81	88	72	68	86	83	67	78
AREQUIPA	118	101	81	94	59	88	92	102	85	74	42	50
LIMA PROVINCIAS	85	90	116	102	81	91	79	70	71	74	52	59
LUCIANO CASTILLO	67	84	77	69	80	85	82	76	73	83	64	73
ICA	49	47	73	55	88	76	82	77	74	91	61	70
HUANCAVELICA	104	92	75	82	63	55	42	54	52	47	27	29
UCAYALI	23	18	39	68	75	46	55	63	71	53	86	90
MORROPON-HUANCA	69	51	41	26	55	58	37	40	51	59	50	58
JAEN	68	53	50	47	54	51	55	31	37	38	36	39
CHOTA	71	67	57	50	45	34	43	46	39	41	29	26
PASCO	47	43	44	46	34	44	31	17	32	23	25	14
MADRE DE DIOS	27	27	35	30	26	33	32	32	35	21	14	18
TUMBES	31	35	23	22	32	28	19	19	28	25	23	21
TACNA	20	22	19	29	34	20	44	34	23	24	21	12
APURIMAC	32	31	21	22	34	25	22	18	22	29	25	21
CHANKA	20	30	21	20	17	23	19	31	25	34	16	22
CUTERVO	30	22	21	16	18	17	20	20	22	17	15	6
MOQUEGUA	18	8	8	11	17	9	10	10	12	4	12	13
Total general	3902	3847	3691	3565	3518	3496	3345	3146	3135	2944	2604	2437

FUENTE: Sistema NotiWeb, Centro Nacional Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

En los últimos, los departamentos que más muertes fetales ha reportado son la DIRIS Lima Centro (264), La Libertad (183), cusco (101), Junín (129), puno (108), DIRIS Lima Norte (125). Loreto (90), Cabe recalcar que la región de Apurímac en el año 2024 reporto 21, manteniendo la cantidad de casos en relación años anteriores.

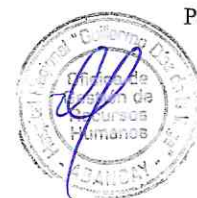
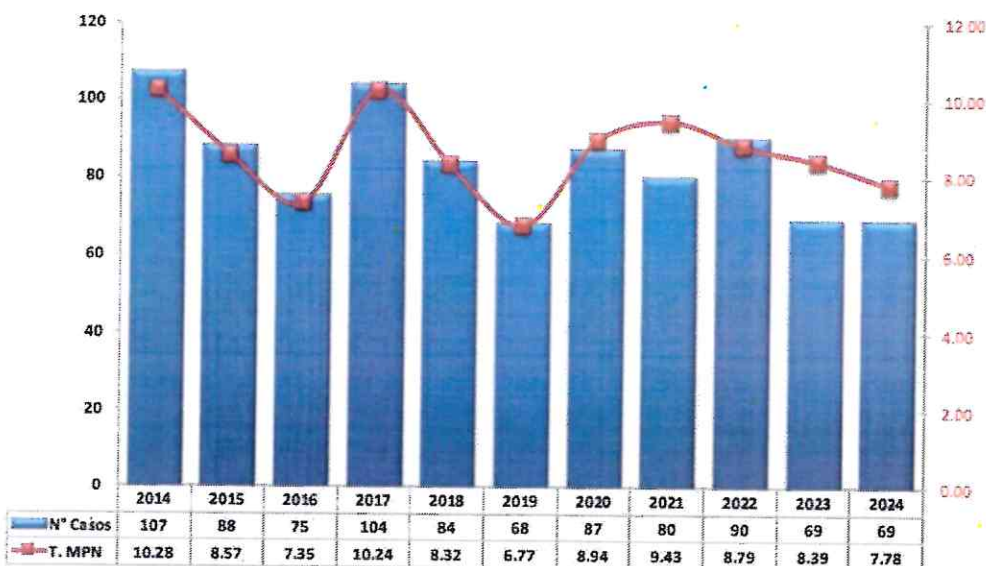


Gráfico N° 22: Mortalidad Perinatal en Apurímac en el año 2014 - 2024



FUENTE: Sistema NotiWeb, Centro Nacional Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – 2024.

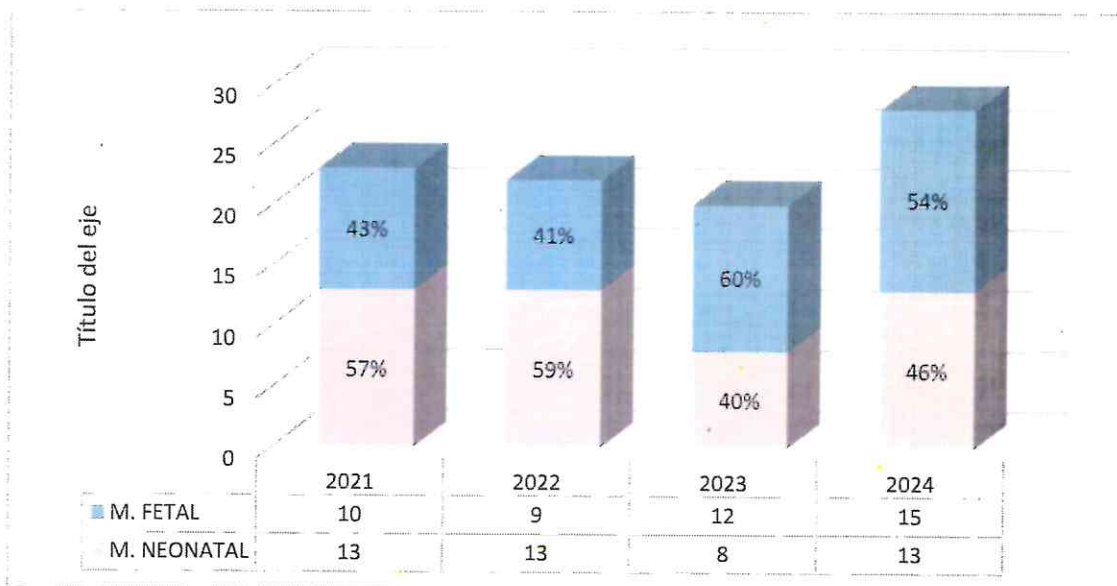
En la región de Apurímac, en los últimos años, se ha observado una disminución significativa en los casos de muertes perinatales, que incluyen tanto las muertes neonatales como las muertes fetales. Desde 2014, se ha logrado una importante reducción en el número y la tasa de mortalidad perinatal. En 2014, se registraron un total de 107 muertes, lo que correspondía a una tasa de mortalidad perinatal de 10.28 por cada 1,000 nacidos vivos. Para el año 2024, esa cifra descendió a 69 muertes, lo que representa una tasa de 7.78 por cada 1,000 nacidos vivos. Este cambio refleja una disminución de 2.5 puntos porcentuales respecto al año 2014.

Situación de la Mortalidad Perinatal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2024

La Oficina de Epidemiología Salud Ambiental y Salud ocupacional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, realiza la vigilancia de la mortalidad perinatal desde junio del año 2004, constituyendo al igual que la mortalidad materna, uno de los principales problemas de Salud Pública permanente continua y visible. Este es un indicador que refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud, tanto del punto de vista obstétrico para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad, como del punto de vista neonatal para la adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.



Gráfico N° 23: Proporción de Muertes Perinatales HRGDV 2020 – 2024.



Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.

En Apurímac, la mortalidad neonatal se mantuvo constante en 13 muertes en 2021 y 2022, disminuyó a 8 en 2023 y luego volvió a 13 en 2024. Las muertes fetales, por su parte, aumentaron de 10 en 2021 a 15 en 2024, con un repunte en los años 2023 y 2024.

Tabla N° 92: Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal según método Babies HRGDV año 2024.

Peso / denominación	Muerte Fetal			Muerte Neonatal (Según tiempo de vida del RN)			
	Ante parto	Intra parto	Total	<24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500-999 grs.	2	0	2	2	2	3	7
1000-1499 grs.	3	0	3	0	1	0	1
1500-1999 grs.	3	0	3	0	2	0	2
2000-2499 grs.	2	0	2	0	1	0	1
2500-2999 grs.	1	0	1	0	2	0	2
> 3000 grs.	4	0	4	0	0	0	0
TOTAL	15	0	15	2	8	3	13

Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.

SALUD MATERNA
CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO
CUIDADO DURANTE EL PARTO
CUIDADO DEL RN



La Mortalidad Perinatal según la matriz BABIES HRGDV 2024 se registraron un total de 15 muertes fetales (del total de óbitos fetales la mayoría de estos fallecimientos se producen en domicilio y las gestantes acuden al HRGDV para la atención de parto) y 13 muertes neonatales en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Las muertes fetales se distribuyeron principalmente en fetos con peso inferior a 1500 gramos, siendo el grupo de 500-999 gramos el más afectado. En cuanto a la mortalidad neonatal, la mayoría de las muertes ocurrieron en los primeros 7 días de vida, con un número elevado en neonatos con peso bajo, especialmente en aquellos con 500-999 gramos. La mortalidad neonatal fue más baja en neonatos de mayor peso (>3000 gramos), con una tasa de mortalidad significativamente menor en este grupo.

El peso bajo al nacer sigue siendo el principal factor de riesgo para la mortalidad fetal y neonatal, siendo las muertes más frecuentes en los neonatos más ligeros, especialmente en los primeros días de vida.

a) Mortalidad Neonatal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2024

El periodo neonatal, comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano debido a que se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia tales como muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas; lo cual será un factor decisivo en la calidad de vida del recién nacido, en su desarrollo físico, neurológico y mental.

La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la disponibilidad y calidad de la atención médica recibida. Bajo este contexto, surge la mortalidad neonatal como un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.

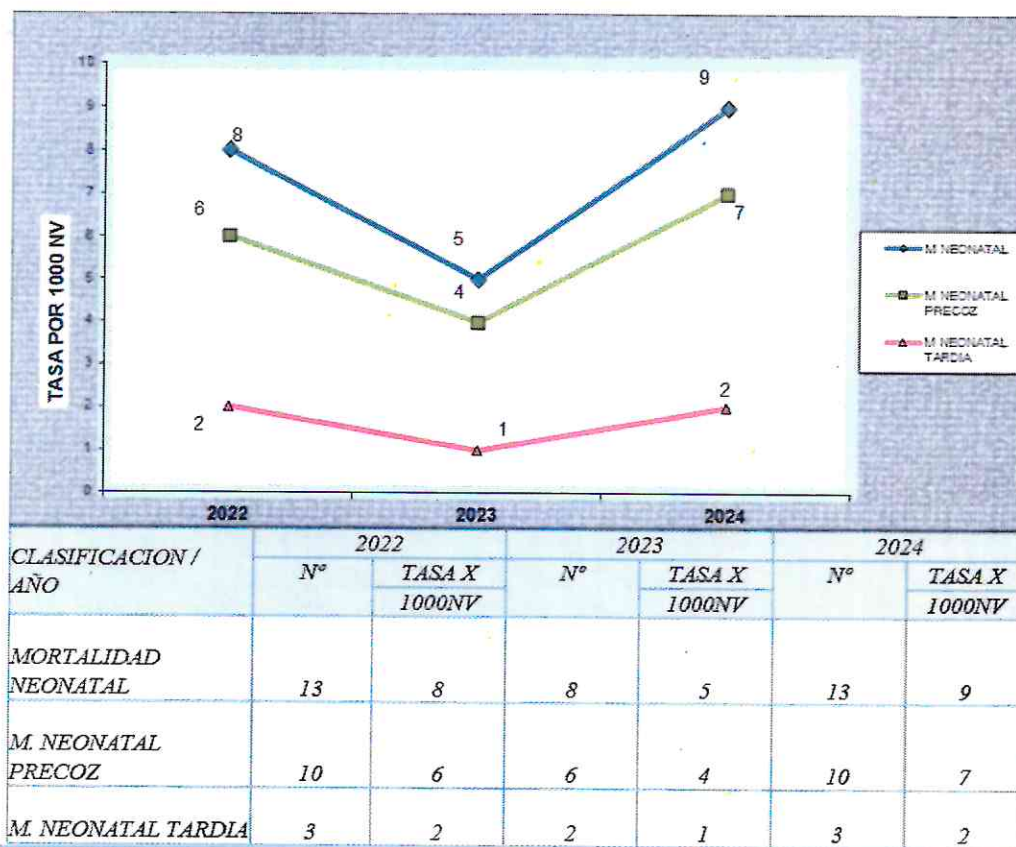
Según la Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, las definiciones de caso más importantes son las siguientes:

- Muerte Neonatal: defunción de un recién nacido vivo con peso igual o mayor a 500 gr, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días de vida.
- Muerte neonatal precoz: acontecida entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida.
- Muerte neonatal tardía: acontecida a partir del día 8 hasta el día 28 de vida.
- Muerte Fetal: defunción de un producto de la concepción con peso igual o mayor a 500gr, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre.



En el mundo se estima que “el riesgo diario de muerte es mayor en las primeras 24 horas de vida, cuando suceden entre 25 y 45 % de las muertes; y cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida”.

Gráfico N° 24: Mortalidad Neonatal en el HRGDV EN EL AÑO 2022-2024



Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.

La mortalidad neonatal en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay experimentó variabilidad entre 2022 y 2024, con un descenso notable en 2023, pero un repunte en 2024. La mortalidad neonatal precoz sigue siendo la principal causa, aunque también hubo fluctuaciones en su tasa. La mortalidad tardía se mantuvo relativamente estable, pero aún presenta áreas de mejora. Esto resalta la necesidad de reforzar la atención neonatal, especialmente en las primeras semanas de vida, y asegurar una intervención oportuna en recién nacidos con alto riesgo de complicaciones.



Tabla N° 90: Mortalidad Neonatal Según Causas Básica del HRGDV 2021-2024

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	AÑO		
	2022	2023	2024
Prematuridad	9 (69%)	6 (75%)	7 (54%)
Malformación Congénita	2(15%)	1 (12%)	3 (23%)
Asfixia y Causas relacionadas			
Infección	1 (8%)		2(15%)
Otros	1 (8%)	1 (12%)	1(8%)
TOTAL	13 (100%)	8 (100%)	9 (100%)

Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.

Con relación a la causa básica de muerte neonatal durante el 2022 al 2024, se observa que la prematuridad ha sido la principal causa de mortalidad neonatal en los últimos años, representando más del 50% de las muertes, aunque con una leve disminución en 2024 (54%) respecto a años anteriores (75% en 2023) y 69% en el 2022.

Las malformaciones congénitas han mostrado variabilidad, con un descenso significativo en 2022 y 2023 (15% y 12%, respectivamente), pero repuntaron en 2024 al 23%, lo que indica la necesidad de continuar mejorando el diagnóstico y tratamiento de estas condiciones.

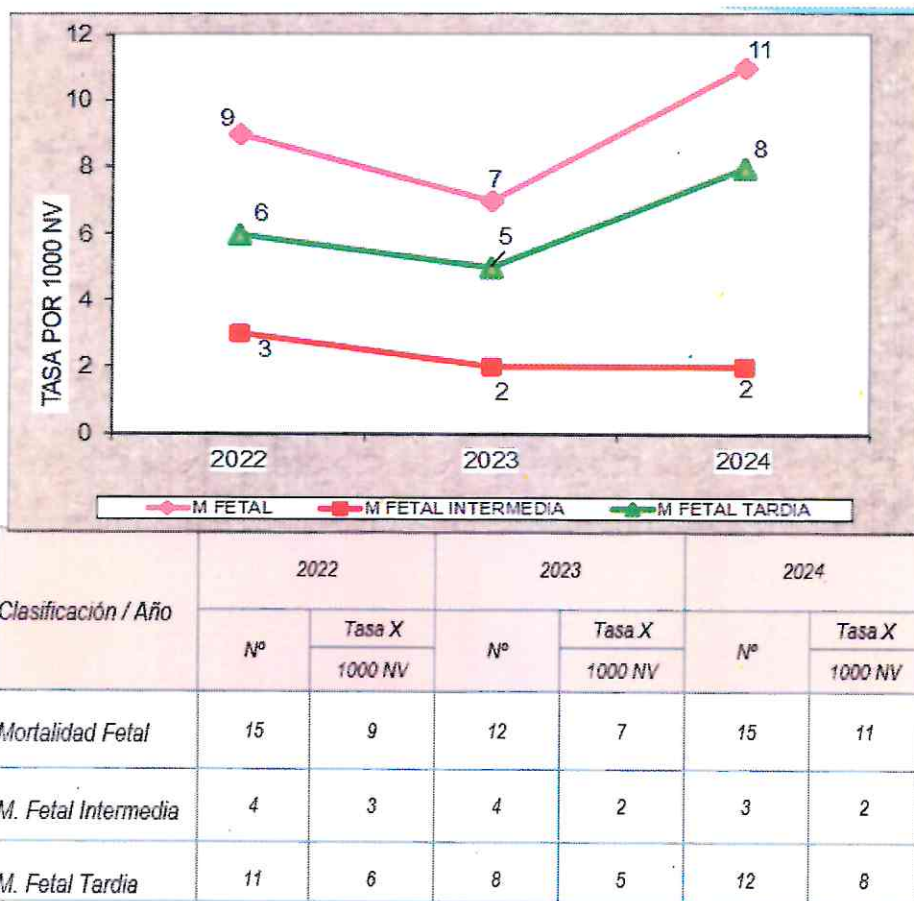
Las muertes por complicaciones relacionadas a infecciones neonatales han fluctuado a lo largo de los años, con un aumento de las infecciones (15%) también en ese año, lo que refleja que aún hay desafíos importantes en la atención neonatal.

b) Mortalidad Fetal en el en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega en el año 2024

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Gráfico N° 25: TASA DE MORTALIDAD FETAL, INTERMEDIA Y TARDÍA HRGDV 2022-2024





Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.

La mortalidad fetal se mantiene relativamente constante a lo largo de los años, con un aumento en la tasa observada en 2024 (11 muertes por cada 1,000 nacidos vivos). La mortalidad fetal intermedia ha disminuido ligeramente, mientras que la mortalidad fetal tardía muestra un aumento, lo que señala la necesidad de un enfoque específico para reducir las muertes fetales en etapas más avanzadas del embarazo.

Tabla N° 91: Mortalidad Fetal según Causas HRGDV 2021 - 2024

CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL	AÑO			
	2021	2022	2023	2024
Malformación Congénita	0	2	2	4
Hipoxia fetal	11	13	8	9
Distocias de cordón (prolapso de cordón, circula triple de cordón, nudos)	1	0	0	1
Asfixia / Anhidramnios/ Oligohidramnios severo	1	0	0	1
Hidrops fetal	3	0	0	
Feto afectado por corioamnionitis			1	
Mortalidad fetal de causa no especificada			1	
TOTAL	16	15	12	15

Fuente: Unidad de Epidemiología, HRGDV – 2024.



La mortalidad fetal en los años 2021 a 2024 ha mostrado fluctuaciones, siendo las principales causas hipoxia fetal y malformaciones congénitas. La hipoxia fetal ha sido la causa más frecuente, aunque ha disminuido de 11 casos en 2021 a 9 en 2024. Las malformaciones congénitas han aumentado de 0 casos en 2021 a 4 en 2024. Otras causas como distocias de cordón y asfixia también han contribuido, pero de forma menos constante. La mortalidad fetal total ha permanecido estable entre 15 y 16 casos anuales durante estos años.

4.5.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD MATERNA

Situación de la Mortalidad Materna a nivel Mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a su finalización, sin importar la duración o la ubicación del embarazo, ni las causas de la muerte (OMS, 2015).

Las muertes maternas son una manifestación clara de las desigualdades e inequidades que enfrentan las mujeres, lo que conlleva consecuencias negativas tanto para las familias como para la sociedad en general (UNFPA, 2024). Debido a esta realidad, en 2015, los países miembros de las Naciones Unidas, a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecieron la meta de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos (NV), como parte del objetivo número 3, "salud y bienestar" (Naciones Unidas, 2015).

El informe del UNFPA *Estado de la Población Mundial 2024* revela que, a pesar de los avances en salud y derechos sexuales y reproductivos en los últimos 30 años, las desigualdades siguen afectando a las comunidades más marginadas, como las mujeres de minorías raciales, étnicas, y las que viven en pobreza o conflicto. Las mujeres africanas, afrodescendientes e indígenas enfrentan mayores riesgos de mortalidad materna. Aunque se han logrado avances en algunos aspectos, la mortalidad materna sigue siendo un problema grave en muchas regiones, y los grupos marginados enfrentan barreras para acceder a servicios de salud. El informe insta a adaptar los programas a las necesidades de las comunidades y a invertir más en salud para reducir las disparidades existentes. En América Latina, persisten problemas como la alta fecundidad adolescente y el feminicidio, a pesar de algunos progresos (UNFPA, 2024).



La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la razón de mortalidad materna muestra una tendencia a la baja, aunque en los primeros cinco años de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), esta reducción se detuvo. Para 2016, la tasa de mortalidad materna se estimó en 223 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (NV), cifra que se mantuvo constante en 2020, con un rango de 202 a 255 muertes por 100,000 NV. La tasa anual de reducción fue de solo -0,03% (con un rango de -1,6% a 1,1%). Además, el riesgo de morir durante la vida no mostró una disminución significativa en ese período, pasando de 1 en 194 en 2016 a 1 en 210 en 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En Europa, se realizó un análisis del comportamiento de la mortalidad materna durante cinco años consecutivos, con el objetivo de identificar las diferencias entre países con niveles de renta y sistemas de vigilancia similares. Este análisis reveló variaciones significativas entre los países: Eslovaquia y el Reino Unido presentaron las tasas más altas (10,9 y 9,6 muertes por cada 100,000 NV), mientras que Noruega y Dinamarca tuvieron las tasas más bajas (2,7 y 3,4 muertes por cada 100,000 NV). Además, se observó que la mortalidad materna aumentaba con la edad, a excepción de los Países Bajos, donde las mujeres menores de 20 años tenían una mayor tasa de mortalidad en comparación con las de grupos de mayor edad. Entre las principales causas de muerte, se destacaron los eventos tromboembólicos en el Reino Unido y los Países Bajos, los trastornos hipertensivos en los Países Bajos, la embolia de líquido amniótico en Francia y la hemorragia en Italia (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Situación Epidemiológica en América Latina

Según el grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna (GTR), el ritmo de disminución de la razón de mortalidad materna (RMM) se ha desacelerado en la última década, lo que pone en riesgo el logro de las metas globales y regionales. Entre 2019 y 2021, se observaron afectaciones en la cobertura de salud sexual y reproductiva, los recursos y la disponibilidad de servicios de salud debido a la pandemia de Covid-19 (OPS, 2023).

La información preliminar de los países que han reportado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2023 muestra que en América Latina y el Caribe, la RMM aumentó un 46,9% en 2021, pasando de 47,3 a 69,5 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Además, persisten diferencias significativas entre los países en cuanto a la mortalidad materna. En 2021, Chile (19,0) y Nicaragua (32,2), y en 2022, Costa Rica (15,0) y Uruguay (3,1),



presentaron tasas bajas de mortalidad, mientras que Honduras (125,0) y Paraguay (160,0) tuvieron tasas altas (OPS, 2023).

En cuanto a la cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas), esta ha permanecido estable en la última década, con una cobertura regional del 90,7%. Sin embargo, algunos países presentaron cobertura por debajo del 80% en 2021, como Paraguay, Argentina y Granada, y en 2022, Antigua y Barbuda e Islas Turcas y Caicos (OPS, 2023).

La proporción de partos atendidos por personal calificado también se ha mantenido constante en la última década, con un 96,1% en América Latina y el Caribe. No obstante, países como México y Honduras presentaron proporciones más bajas en 2022, con un 87,5% y un 62,0%, respectivamente (OPS, 2023).

La evidencia sugiere que el 90% de las muertes maternas son evitables mediante una combinación de medidas que incluyan la implementación de cuidados maternos de calidad, el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos y esfuerzos para reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud (OPS, 2023).

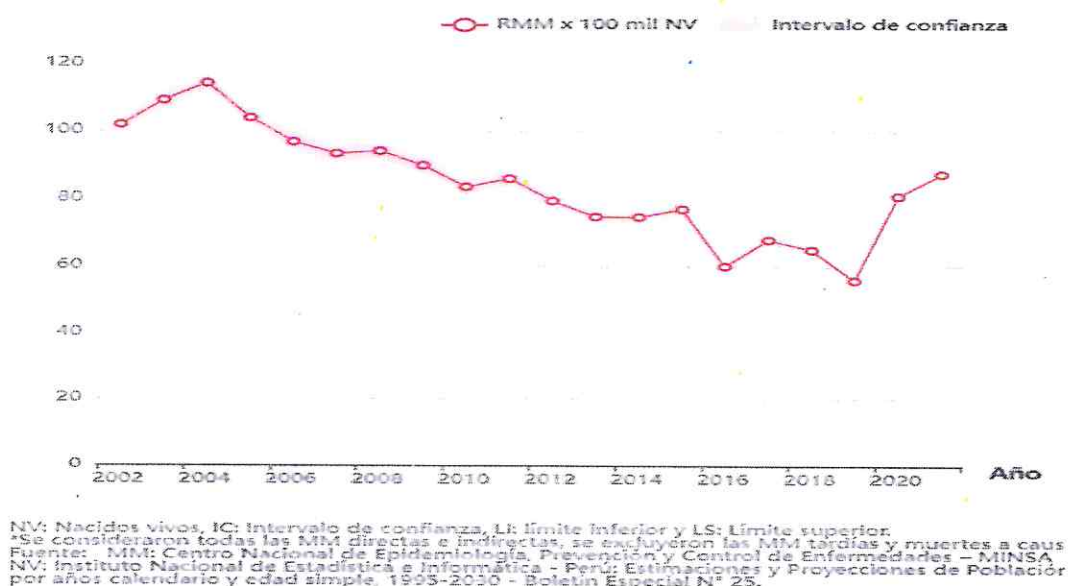
Situación Epidemiológica en Perú

En Perú, la razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido con el tiempo, según el informe conjunto de WHO, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial en 2015, que evaluó los logros de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En ese informe, la RMM de Perú se registró en 68 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (OPS, 2015). Además, el informe destaca que Perú estuvo entre los 20 países con mayor progreso en la reducción de la mortalidad materna.

Según las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se espera que Perú logre una RMM de 30,7 para el año 2030, lo que representaría una reducción de dos tercios. Sin embargo, con un promedio de reducción anual del 4%, y basándose en el grupo de países con una RMM inferior a 70, la meta de Perú para 2030 sería alcanzar una RMM de 41,3 por cada 100,000 nacidos vivos (OPS/OMS, 2023).



Gráfico N° 26: Razón estimada de muerte materna (RMM) según año Perú, 2002-2021



La RMM en Perú ha fluctuado en los últimos años: en 2019 fue de 55,9 por 100,000 nacidos vivos, en 2020 subió a 80,9, en 2021 alcanzó 88,2, en 2022 descendió a 51,6 y en 2023 se mantuvo en 51,9 (Ministerio de Salud de Perú, 2023).

El Ministerio de Salud de Perú ha implementado diversas estrategias para reducir la mortalidad materna, con los mejores resultados registrados en 2023, con 264 muertes maternas. Antes de la pandemia de COVID-19, la mortalidad materna mostraba una tendencia decreciente. Sin embargo, durante 2020 y 2021, la mortalidad materna aumentó considerablemente, con 439 muertes en 2020 y 471 en 2021, lo que representa un incremento de 137 y 169 muertes, respectivamente, en comparación con 2019 (Ministerio de Salud de Perú, 2023). Este aumento se atribuye a la dificultad de acceso a servicios de salud debido a la saturación de los hospitales y la falta de acceso a la inmunización y cuidados especiales durante la pandemia. La introducción de la vacunación contra el COVID-19 en gestantes a partir de junio de 2021 ayudó a reducir la mortalidad materna (Ministerio de Salud de Perú, 2023). En 2022, las muertes maternas notificadas disminuyeron en un 41% en comparación con 2021. En 2023, las muertes maternas cayeron un 10% en relación con el año anterior, con un total de 262 muertes maternas notificadas (Ministerio de Salud de Perú, 2023).



Tabla N° 93 Razón de Mortalidad Materna Estimada según años, Perú, 2002-2021.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA ESTIMADA SEGÚN AÑOS, PERÚ, 2002-2021				
AÑO	RMM x 100 mil NV	LI	LS	MM estimados*
2002	101.9	99	104.8	619
2003	109.1	105.9	112.4	665
2004	114.2	111.8	116.6	700
2005	103.9	102.1	105.7	642
2006	96.8	93.6	100.1	601
2007	93.2	90.6	95.8	577
2008	94	91.4	96.7	575
2009	89.8	87	92.6	538
2010	83.5	81.2	85.8	488
2011	85.9	83.4	88.3	491
2012	79.4	77.6	81.2	447
2013	74.8	72.6	77	419
2014	74.7	72.8	76.5	418
2015	77	75.1	79	433
2016	60.1	58.7	61.5	339
2017	68	67	69.1	385
2018	65	64	66	368
2019	55.9	55	56.9	317
2020	80.9	80	81.8	459
2021	87.4	87	87.8	496

FUENTE: CDC Epidemiología, MINSA

La razón estimada de mortalidad materna (RMM) según año en el Perú, 2002- 2021, a lo largo de los años se evidencia que en los primeros años (2002-2013), la RMM mostró una tendencia ligeramente descendente. Durante estos años, la razón de mortalidad materna pasó de 101.9 en 2002 a 74.7 en 2014. una reducción en los casos de muerte materna.

Sin embargo, desde 2015 hasta 2021, se observan fluctuaciones importantes. A pesar de una caída considerable en 2016 (60.1), que representó un avance significativo, en 2017 y 2018 la RMM aumentó ligeramente, aunque se mantuvo por debajo de los niveles de 2014.

En 2020, la mortalidad materna experimentó un aumento drástico (80.9), asociado con la pandemia de COVID-19, que afectó gravemente los sistemas de salud en todo el mundo. En 2021, la RMM volvió a aumentar, alcanzando 87.4, lo que refleja las secuelas de la crisis sanitaria. Es posible que la crisis provocada por la pandemia haya tenido un impacto negativo en la atención materna, con interrupciones en los servicios de salud y el aumento de la desnutrición y las complicaciones asociadas con el COVID-19.



Tabla N° 94: Causa de Muerte Materna en el periodo 2019-2023

Causas de defunción	2019	2020	2021	2022	2023
Causas directas	59,1%	56,1%	50,8%	63,2%	62,6%
Hemorragia obstétrica	25,2%	19,0%	19,8%	25,7%	21,8%
Trastornos hipertensivos	18,5%	21,6%	17,1%	21,9%	19,8%
Aborto y sus complicaciones	3,9%	2,3%	3,8%	2,4%	5,3%
Infección obstétrica / sepsis	3,1%	3,1%	3,6%	2,4%	4,1%
Otras causas directas	8,2%	10,1%	6,5%	10,8%	11,5%
Causas indirectas	36,6%	43,9%	49,2%	36,8%	37,4%
COVID-19	---	16,7%	29,2%	3,5%	0,4%
Enfermedad cerebrovascular/SN	9,1%	3,5%	2,5%	4,5%	1,2%
Enfermedades neoplásicas	4,7%	2,1%	2,0%	3,8%	4,1%
Trastorno cardiovascular / vascular	2,4%	3,1%	2,5%	3,5%	4,5%
Enfermedad sistema respiratorio	1,2%	4,2%	1,6%	3,5%	6,2%
Enfermedad sistema digestivo	3,1%	1,6%	1,1%	3,1%	2,1%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,5%	4,5%	2,2%	3,5%	8,6%
Otras causas indirectas	5,6%	8,2%	8,0%	10,1%	10,3%

Fuente: CDC Epidemiología MINSA.

En el año 2019, las principales causas de muerte materna fueron las causas directas, que representaron el 59,1% de los casos, superando a las causas indirectas, que representaron el 36,6%. Sin embargo, en 2020 y 2021, las muertes maternas relacionadas con causas indirectas aumentaron debido a la infección por COVID-19, que representó el 16,7% de las muertes maternas en 2020 y el 29,2% en

2021 (Ministerio de Salud de Perú, 2023). Las causas directas de muerte materna más comunes incluyeron hemorragias (como atonía uterina, retención de placenta, embarazo ectópico y acretismo placentario), hipertensión inducida por el embarazo, abortos y sus complicaciones, así como infecciones obstétricas (Ministerio de Salud de Perú, 2023).

Las causas indirectas, relacionadas principalmente con infecciones por COVID-19, aumentaron significativamente en 2020 y 2021, representando el 43,9% y el 49,2%, respectivamente. Muchas de estas complicaciones podrían haberse evitado si las mujeres hubieran recibido atención preconcepcional para identificar factores de riesgo reproductivo, patologías previas y su tratamiento antes de la gestación, y un seguimiento prenatal



adecuado con identificación temprana de riesgos, monitoreo constante y referencia a tiempo cuando fuera necesario (Ministerio de Salud de Perú, 2023).

El puerperio se destacó como el período en el que ocurrieron más muertes maternas en Perú, especialmente en partos domiciliarios, y esta proporción aumentó debido a la pandemia de COVID-19. En cuanto al lugar donde ocurrieron las muertes maternas, se observó que la mayoría de ellas ocurrieron en instituciones de salud, representando entre el 70% y el 75% de los casos. Los hospitales de los niveles I y II del Ministerio de Salud fueron los que registraron el mayor número de muertes. Además, la mayoría de las muertes maternas se presentaron en mujeres de entre 25 y 39 años, aunque en 2023 también se observó un aumento de casos entre mujeres menores de 19 años.

La medición de las funciones obstétricas y neonatales (FON) por niveles de atención es una herramienta utilizada para evaluar la capacidad de los establecimientos de salud en manejar los procesos relacionados con la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En 2022, solo el 2,5% de los establecimientos evaluados alcanzaron más del 90% en su capacidad resolutive para cumplir con las funciones obstétricas y neonatales según su nivel de atención. Además, en la evaluación por regiones de ese mismo año, se observó que la región San Martín, ubicada en el nororiente del Perú, no tenía ningún establecimiento que superara el 90% en su capacidad resolutive (Sistema Informático FON).

Mortalidad Materna Apurímac 2012 – 2024

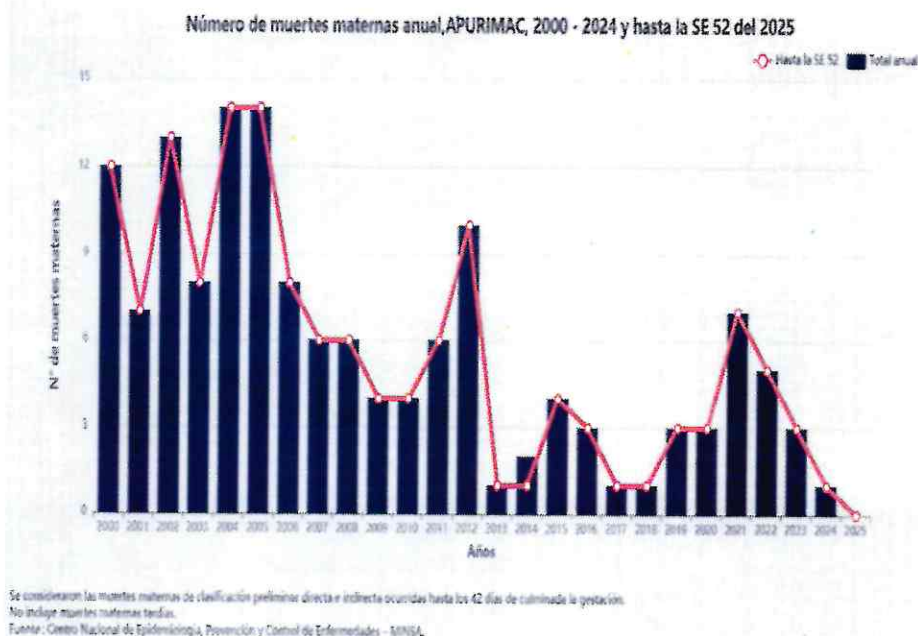
El análisis de las muertes maternas anuales en Apurímac (2012-2024) muestra fluctuaciones en los datos. En 2012, hubo un pico con 10 muertes, pero desde 2013, las cifras descendieron considerablemente, con 1 muerte en varios años (2013, 2014, 2017, 2018, 2019, 2024). En 2015 y 2021, hubo aumentos a 4 y 7 muertes, respectivamente, lo que podría estar relacionado con factores como dificultades en la atención de salud y los efectos de la pandemia de COVID-19.

Desde 2022, las cifras se estabilizaron, con 5 muertes en 2022 y 3 en 2023, sugiriendo una mejora en la atención materna. El año 2024 volvió a registrar 1 muerte, lo que indica una tendencia positiva en la reducción de la mortalidad materna en la región.



Gráfico N° 27: El Análisis de las Muertes Maternas anuales en Apurímac (2012-2024)

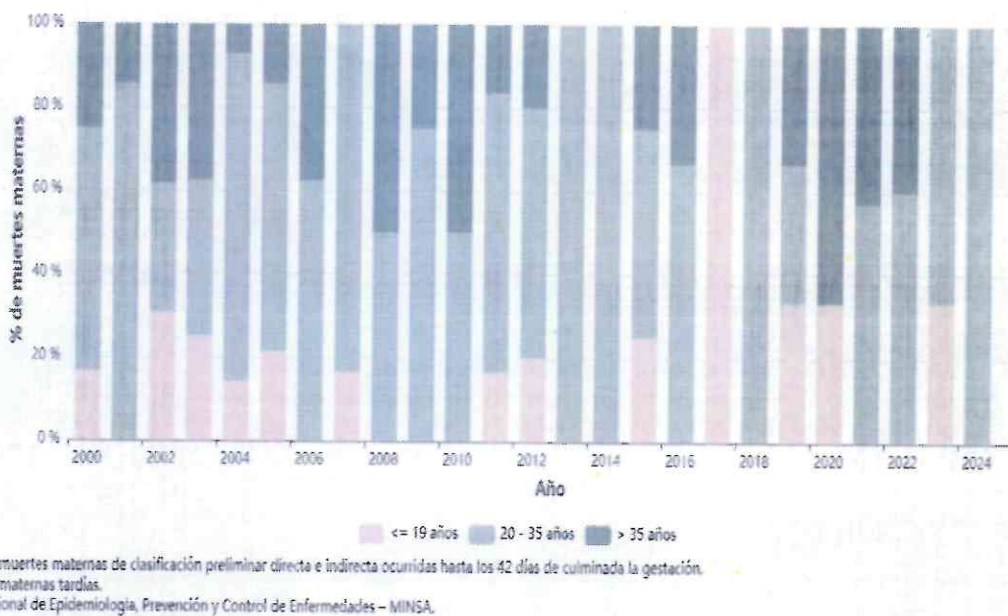
Año	Muertes Maternas Anual
2012	10
2013	1
2014	1
2015	4
2016	3
2017	1
2018	1
2019	3
2020	3
2021	7
2022	5
2023	3
2024	1



FUENTE: Centro Nacional Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Proporción de Muertes Maternas según grupo de edad Apurímac

Gráfico N° 28: Proporción de Muertes Maternas según grupo de edad Apurímac 200-2024



El análisis de las muertes maternas en Apurímac entre 2000 y 2024 revela lo siguiente:

El grupo <= 19 años: La proporción de muertes maternas en adolescentes muestra variabilidad, con un pico alarmante del 100% en 2017. Aunque los porcentajes fluctúan,



en algunos años es significativa la participación de este grupo, lo que señala una necesidad urgente de mejorar la atención y prevención en embarazos adolescentes.

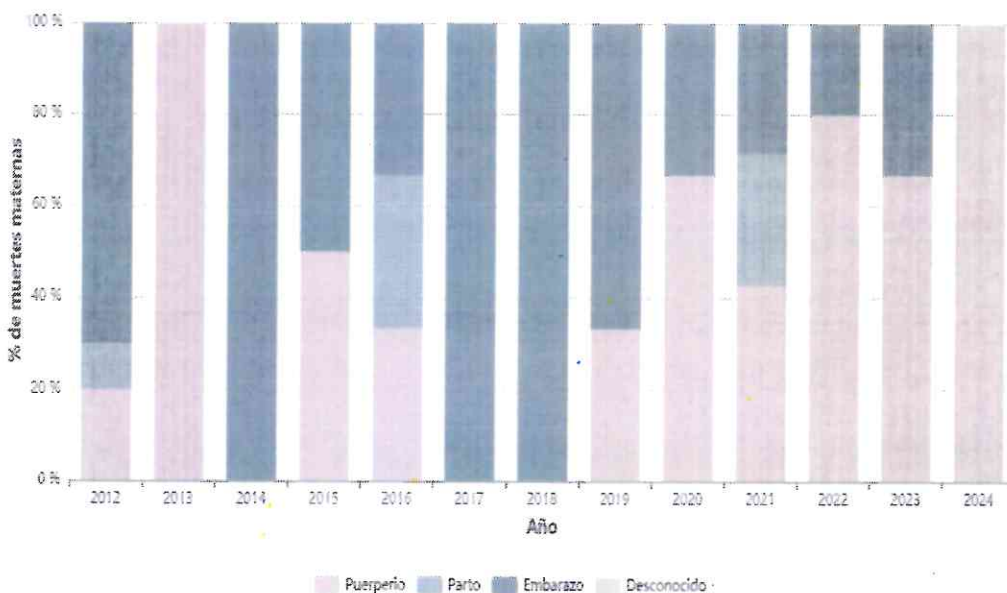
El grupo 20 - 35 años: Este grupo ha sido el más afectado en términos de muertes maternas a lo largo del período, con altos porcentajes, especialmente entre 2000 y 2007. Sin embargo, su representación ha disminuido en los últimos años, aunque sigue siendo el grupo más predominante.

El grupo > 35 años: La representación de muertes maternas en mujeres mayores de 35 años es baja y ha disminuido considerablemente en los últimos años, con un porcentaje de 0% en varios de ellos.

Proporción de Muertes Maternas según momento de Fallecimiento Apurímac

Gráfico N° 29: Proporción de Muertes Maternas según momento de Fallecimiento Apurímac 2012-2024

Proporción de muertes maternas según momento de fallecimiento, Apurímac, 2012 - 2024*



*Constituye información válida disponible de la notificación inmediata y/o investigación epidemiológica actualizada al 27 de diciembre de 2024. Esta información está sujeta a actualizaciones y al desarrollo de los procesos de investigación epidemiológica por lo que podría variar. Se consideraron las muertes maternas directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. No incluye muertes maternas tardías. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.

La proporción de muertes maternas según momento de fallecimiento Apurímac 2012-2024, muestra una alta proporción de muertes durante el embarazo (especialmente entre 2014, 2017 y 2018) y en los últimos tres años el momento de mayor proporción es durante el puerperio.

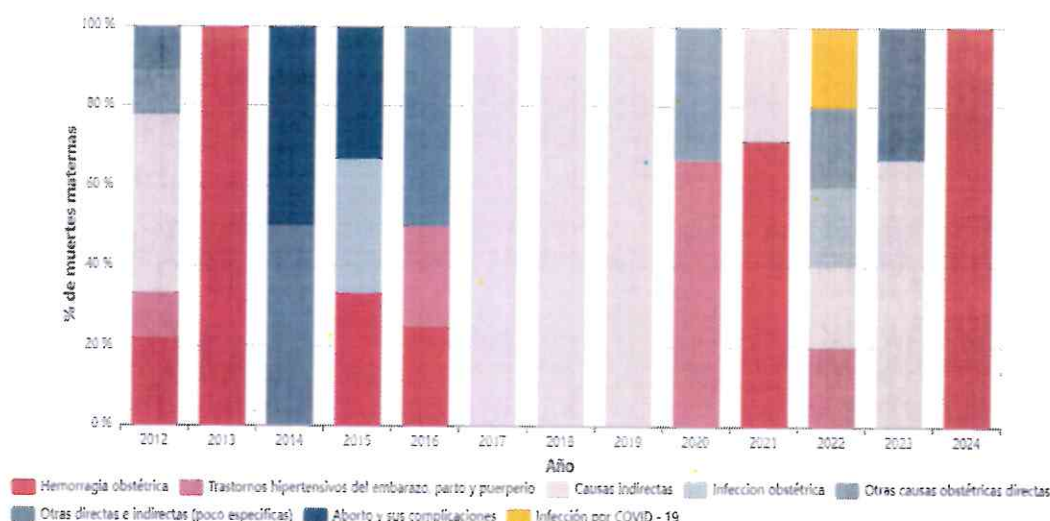


Se observa que una menor frecuencia de muertes se produce durante el parto (estos casos se hacen manifiestan en los años 2012, 2016 y 2021) Es fundamental mejorar la atención prenatal y postnatal en la región, enfocándose en la prevención de complicaciones durante el embarazo y asegurando una atención adecuada después del parto para reducir las muertes maternas.

Proporción de Muertes Maternas según causa Apurímac

Gráfico N° 30: Proporción de Muertes Maternas según causa Apurímac 2012-2024

Proporción de muertes maternas según causa,
Apurímac, 2012 - 2024*



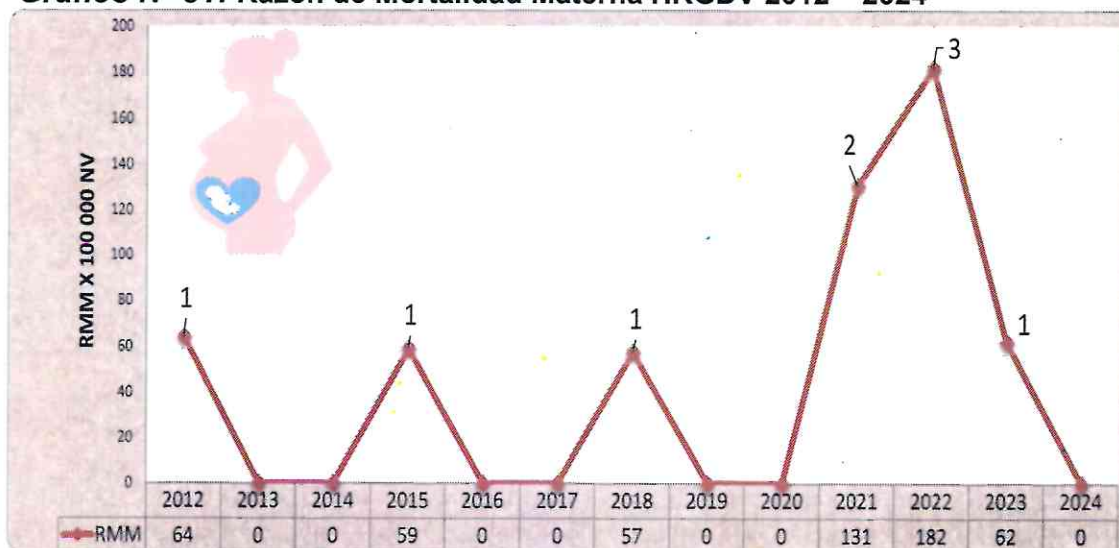
*Constituye información válida disponible de la notificación inmediata y/o investigación epidemiológica actualizada al 27 de diciembre de 2024. Esta información está sujeta a actualizaciones y al desarrollo de los procesos de investigación epidemiológica por lo que podría variar. Se consideraron las muertes maternas directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. No incluye muertes maternas tardías. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.

En Apurímac, las muertes maternas entre 2012 y 2024 dentro de las causas directas fueron causadas principalmente por trastornos hipertensivos y hemorragia obstétrica, con picos de mortalidad significativa en 2022 debido a la pandemia de COVID-19. Las causas indirectas y complicaciones del aborto también fueron relevantes en algunos años, lo que indica áreas críticas que requieren atención, como el manejo de enfermedades preexistentes y la prevención de complicaciones en el embarazo.

Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Perinatal en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega.



Gráfico N° 31: Razón de Mortalidad Materna HRGDV 2012 – 2024



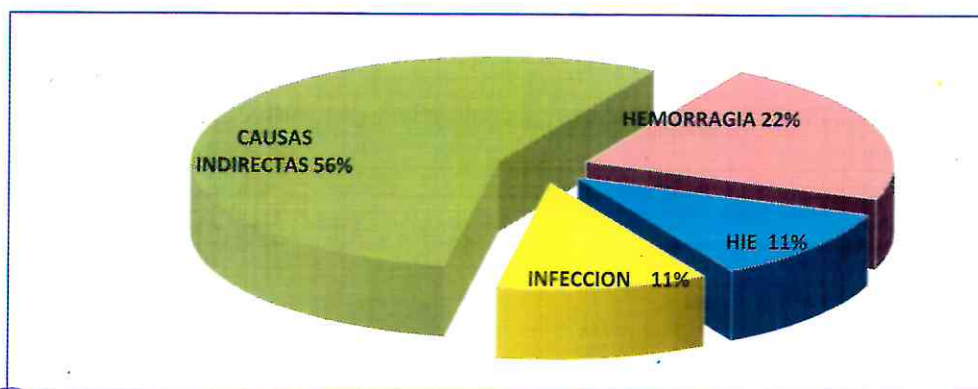
Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

A lo largo de los años 2012 a 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ha experimentado fluctuaciones en las muertes maternas, con picos preocupantes en 2021 y 2022. Estos picos pueden estar relacionados con complicaciones obstétricas graves y los efectos de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, también se ha observado un período sin muertes maternas en varios años, como en el 2024, lo que sugiere que la mejora en la atención obstétrica, la prevención y los cuidados prenatales son factores importantes para reducir la mortalidad materna.

Es crucial seguir mejorando en áreas como la atención prenatal de calidad, el manejo de embarazos de alto riesgo, y asegurar el acceso oportuno a los servicios médicos, especialmente en tiempos de crisis sanitarias.

Mortalidad Materna según causas de Fallecimiento

Gráfico N° 32: Mortalidad Materna según causas de Fallecimiento HRGDV 2012 – 2024



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

En el Gráfico se muestra las causas de Mortalidad Materna desde el año 2012 al 2023, el 56% de las muertes fueron de causa indirecta y el 44% por causa directa, siendo la causa más frecuente las hemorragias con 22%, seguido de la hipertensión inducida por el embarazo con 11% y las infecciones con el 11%.

Causas de Mortalidad Materna Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Tabla N° 95: Causas de Mortalidad Materna Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2012-2024

AÑO/ CAUSA	CAUSAS DIRECTAS									TOTAL
	HEMORRAGIA		HIE	INFECCION	CAUSAS INDIRECTAS					
	Placenta Previa	Embarazo Ectópico	Eclampsia	Sepsis	Hemorragia digestiva Alta - Cirrosis Hepatica	Shock Septico foco pulmonar y Renal	Infarto Agudo miocardio	Trombosis Mesenterica	Torment a Tiroidea	
2012					1					1
2013										0
2014										0
2015				1						1
2016										0
2017										0
2018						1				1
2019										0
2020										0
2021	1						1			2
2022		1	1					1		3
2023									1	1
2024										0
SUBTOTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
TOTAL	2 (22%)		1 (11%)	1 (11%)	5 (56%)					9 (100%)

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

En la tabla se muestran las causas de muerte materna por año, en un análisis retrospectivo de las causas de Mortalidad Materna desde el año 2012 al 2023, se evidencia que el 56% de las muertes fueron de causa indirecta, y el 44% por causa directa. Se observa picos alarmantes en 2021 y 2022, los cuales podrían estar vinculados a complicaciones obstétricas serias y a los impactos de la pandemia de COVID-19. Dentro de las causas directas las hemorragias obstétricas causadas por embarazo ectópico y la placenta previa son las causas más frecuentes, seguido de las complicaciones de las enfermedades hipertensivas del embarazo con 11% y las infecciones con 11%. Dentro de las causas indirectas figuran causas como cirrosis hepática, shock séptico foco pulmonar y renal, infarto agudo a miocardio, trombosis mesentérica y tormenta



tiroidea las cuales fueron analizadas por el Comité de Prevención de muerte materna del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega.

La Salud Materna en la Region de apurimac, esta relacionada con situaciones y condiciones extremas como la accesibilidad geografica, condicion socioeconomica, el acceso a la atencion durante el embarazo, parto y puerperio, que si no son corregidos pueden desencadenar en una muerte. Es por ello que se debe estructurar acciones inmediatas sobre la base de la cultura de la región, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad. Para la toma de decisiones en forma oportuna como la capacitación en la Región y el fortalecimiento de competencias en los temas que causaron mortalidad, así como de priorización de recursos humanos e implementación. Con el fin de reducir la mortalidad materna en la región.

Distribución de las Muertes Según Tiempo de Estancia.

Tabla N° 96: Distribución de las Muertes Según Tiempo de Estancia 2012 -2024

AÑO	< 48 HORAS	> = 48 HORAS	TOTAL
2012	4hrs		1
2013			
2014			
2015		2 días 4 hrs 11 min	1
2016			
2017			
2018			
2019			
2020			
2021	7hrs 15 min	*30 días 10 días *	3
2022	3hrs	*6 días/22hrs/5min *12hrs/53min	3
2023	18hrs 27min		1
2024			
TOTAL	4 (44.4%)	5 (55.6%)	9(100%)

Fuente: Unidad de Epidemiologia HRGDV

En la presente tabla se observa la distribución de muertes según tiempo de estancia hospitalaria en el HRGDV desde el año 2012 al 2024, el 55.6% de muertes maternas tuvieron una estancia mayor a 48 horas, conllevando la admisión de estas pacientes por emergencia en condición de morbilidad materna

extrema con complicaciones severas; se hace imperioso y necesario que el personal esté constantemente actualizado en el manejo de complicaciones obstétricas. El 44.4% se producen en pacientes con una estancia menor a 48 horas, estas muertes con estancias

más cortas podrían señalar que las complicaciones en estos casos fueron agudas, lo que resalta la importancia de la detección temprana y el manejo inmediato, así como la actualización constante de protocolos de atención hospitalaria.

Distribución de Muertes Maternas según Edad Materna

Tabla N° 97: Distribución de Muertes Maternas según Edad Materna en el HRGDV, en el año 2012-2024

AÑO	10 a 19	20 - 29	30 - 39	> 40
2012			1	
2013				
2014				
2015	1			
2016				
2017				
2018				
2019				
2020				
2021			1	2
2022	1		1	1
2023		1		
2024				
TOTAL	2	1	3	3

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

Entre 2012 y 2024, las muertes maternas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se distribuyen principalmente en los grupos de edad de 10-19 años, 30-39 años y >40 años. Las muertes en adolescentes (10-19 años) fueron dos, una en 2015 y otra en 2022. En el grupo de 20-29 años, solo hubo una muerte en 2021. Las mujeres de 30-39 años y mayores de 40 años presentaron un riesgo más elevado, con 3 muertes en cada grupo, principalmente en 2021 y 2022. Esto resalta la importancia de prestar atención a las complicaciones en embarazos en adolescentes y en mujeres mayores, especialmente a partir de los 30 años.

4.6. SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario externo de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contra referencia de este último a su establecimiento de origen, con el objetivo de continuar la atención y el cuidado de la salud del paciente.



4.6.1. Referencias Recibidas en Emergencia

Tabla N° 98: Principales causas de Referencias Recibidas en Emergencia en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega 2024 pacientes SIS

CIE10 2024	DIAGNOSTICO	DEMANDA INTERNA	%
R10.0	Abdomen agudo	358	37
R10.1	Otros dolores abdominales y los no especificados	289	31
T00.9	Traumatismos superficiales múltiples	122	13
O03.4	Aborto espontáneo sin complicaciones	102	11
O62.0	Contracciones inadecuadas primarias	75	8
TOTAL		946	100%

Fuente: Unidad de Seguros, HRGDV- 2024

En el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega recibió un total de 946 referencias, siendo la mayor demanda por casos de abdomen agudo (CIE-10: R10.0), que representaron 358 referencias y el 37 % del total. En segundo lugar, se ubicaron los diagnósticos de otros dolores abdominales y los no especificados (CIE-10: R10.1) con 289 referencias, equivalente al 31 %. Los traumatismos superficiales múltiples (CIE-10: T00.9) concentraron 122 referencias, lo que corresponde al 13 %, mientras que los abortos espontáneos sin complicaciones (CIE-10: O03.4) alcanzaron 102 casos, equivalente al 11 %. Finalmente, las contracciones inadecuadas primarias (CIE-10: O62.0) representaron 75 referencias, correspondientes al 8 %.

El análisis refleja que los cuadros abdominales, tanto agudos como inespecíficos, concentran más de dos tercios de las referencias recibidas (68 %), lo que evidencia la alta carga de morbilidad digestiva y abdominal en la demanda hospitalaria.

Tabla N° 99: Referencias recibidas por Emergencia al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega según lugar de origen

LUGAR DE ORIGEN PACIENTES SIS	DEMANDA INTERNA	2024	%
C.S. Dr. Carlos Alfredo Ayestas la torre	977	977	30
C.S. Tamburco	749	749	23
C.S. Metropolitano	368	368	11
P.S. San Martin	354	354	11
C.S. Bellavista	229	229	7
C.S. Villagloria	208	208	6
C.S. Curahuasi	205	205	6
San Camilo de Lellis (Chuquibambilla)	189	189	6
TOTAL	3297	3297	100%

Fuente: Unidad de Seguros, HRGDV- 2024



En el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega recibió un total de 3,297 referencias de pacientes SIS procedentes de diversos establecimientos de salud de la región. El mayor volumen provino del C.S. Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, con 977 casos (30 %), seguido del C.S. Tamburco con 749 referencias (23 %). En tercer lugar, se ubicaron el C.S. Metropolitano y el P.S. San Martín, con 368 y 354 casos respectivamente, ambos representando el 11 % del total. Asimismo, se registraron 229 referencias del C.S. Bellavista (7 %), 208 del C.S. Villagloria (6 %), 205 del C.S. Curahuasi (6 %) y 189 del hospital San Camilo de Lellis de Chuquibambilla (6 %).

El análisis muestra que casi tres cuartas partes de las referencias (75 %) provienen de cuatro establecimientos principales (Ayestas, Tamburco, Metropolitano y San Martín), lo que refleja su rol central en la red asistencial de la provincia y la alta dependencia de estos centros respecto al hospital regional para la resolución de casos de mayor complejidad.

4.6.2. Referencias Realizadas a otros Hospitales de mayor Capacidad Resolutiva.

Tabla N° 100: Principales Causas de Referencias enviadas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega a Hospitales de mayor Capacidad Resolutiva 2024

CIE10 2024	REFERENCIAS ENVIADAS A HOSPITAL DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA 2024	DEMANDA EXTERNA	%
T07.X	Traumatismos múltiples	26	36
I61.2	Hematomas intracraneales	18	25
S06.5	Hemorragias intracraneales	12	17
T08.x	Fracturas vertebro medulares	9	13
T29.2	Quemaduras II grado	7	9
TOTAL		72	100%

Fuente: Unidad de Seguros, HRGDV- 2024.

En el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró un total de 72 referencias enviadas a hospitales de mayor capacidad resolutiva. La principal causa correspondió a traumatismos múltiples (CIE-10: T07.X), con 26 casos, lo que representó el 36 % del total. Le siguieron los hematomas intracraneales (CIE-10: I61.2) con 18 referencias (25 %), y las hemorragias intracraneales (CIE-10: S06.5) con 12 casos (17 %). Asimismo, las fracturas vertebro medulares (CIE-10: T08.X) concentraron 9 referencias (13 %), mientras que las quemaduras de segundo grado (CIE-10: T29.2) representaron 7 casos (9 %).



El análisis evidencia que más de tres cuartas partes de las referencias (78 %) estuvieron asociadas a patologías traumáticas y neurológicas de alta complejidad, lo que refleja la necesidad de derivación hacia establecimientos de mayor resolución para garantizar una atención oportuna y especializada.

Tabla N° 101: Referencias realizadas por Emergencia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega a otros Hospitales de mayor capacidad resolutive según lugar de destino

LUGAR DE DESTINO PACIENTES SIS	DEMANDA EXTERNA	2024	%
Hospital Antonio Lorena Cusco	28	28	44
Hospital Regional Cusco	21	21	33
Hospital Nacional Dos de Mayo	6	6	11
Hospital de Emergencia de Villa el Salvador	4	4	6
Instituto Nacional del Niño	4	4	6
TOTAL	63	63	100%

Fuente: Unidad el de Seguros, HRGDV- 2024.

En el año 2024, las referencias realizadas por emergencias del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realizaron un total de 63 referencias de pacientes SIS a establecimientos de mayor complejidad. El principal destino fue el Hospital Antonio Lorena del Cusco, que concentró 28 casos, equivalente al 44 % del total. En segundo lugar, el Hospital Regional Cusco recibió 21 referencias, representando el 33 %.

Otros destinos fueron hospitales de Lima y la capital: el Hospital Nacional Dos de Mayo con 6 referencias (11 %), el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador con 4 casos (6 %) y el Instituto Nacional del Niño con 4 referencias (6 %).

En conjunto, el 77 % de las referencias se dirigieron a hospitales del Cusco, confirmando su rol como centros de referencia inmediata para la región de Apurímac, mientras que un 23 % requirió ser derivado a hospitales nacionales especializados en Lima para la atención de casos de mayor complejidad.

4.6.3. Referencias realizadas a Consultorios Externos

Tabla N° 102: Principales Causas de Referencias al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.



CIE X	DIAGNOSTICO	DEMANDA INTERNA	TOTAL	%
K801	Cálculo de la vesícula biliar	125	125	28%
R040	Epistaxis	61	61	14%
Z359	Supervisión de embarazo	96	96	22%
N40X	Hiperplasia de la próstata	84	84	19%
H259	Catarata senil, no especificada	74	74	17%
TOTAL			440	100%

Fuente: Unidad el de Seguros, HRGDV- 2024.

En el año 2024, los consultorios externos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega recibieron un total de 440 referencias provenientes de establecimientos de salud. La principal causa fue el cálculo de la vesícula biliar (CIE-10: K801) con 125 casos, equivalente al 28 % del total. En segundo lugar, se registraron referencias por supervisión de embarazo (CIE-10: Z359) con 96 casos (22 %), seguido por hiperplasia de la próstata (CIE-10: N40X) con 84 referencias (19 %). Asimismo, se atendieron 74 referencias por catarata senil no especificada (CIE-10: H259), que representaron el 17 %, y 61 por epistaxis (CIE-10: R040), que constituyeron el 14 %.

El análisis muestra que la mayoría de las referencias estuvieron vinculadas a condiciones quirúrgicas y gineco-obstétricas, concentrando más de dos tercios del total, lo que evidencia la importancia del hospital como centro de resolución especializada en patologías de mediana y alta complejidad.

Tabla N° 103: Diagnóstico de Referencias a Establecimientos de Mayor Capacidad Resolutiva

CIE X	DIAGNOSTICO	DEMANDA EXTERNA	TOTAL	%
C73X	Tumor maligno de la glándula tiroidea	17	17	33%
150	Insuficiencia cardíaca congestiva	7	7	13%
S02.4	Fractura del malar y del hueso maxilar superior	4	4	8%
K80.5	Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	24	24	46%
TOTAL			52	100%

Fuente: Unidad el de Seguros, HRGDV- 2024.

En el año 2024, la consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realizó un total de 52 referencias hacia hospitales de mayor complejidad. La principal causa correspondió al cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis (CIE-10: K80.5), con 24 casos que representaron el 46 % del total. Le siguió el tumor maligno de la glándula tiroidea



(CIE-10: C73X) con 17 referencias (33 %), mientras que la insuficiencia cardíaca congestiva (CIE-10: I50) motivó 7 derivaciones (13 %). Finalmente, se registraron 4 referencias por fractura del maxilar y del hueso maxilar superior (CIE-10: S02.4), equivalente al 8 %.

Este perfil evidencia que casi la mitad de las referencias externas se relacionaron con patologías biliares, mientras que las enfermedades oncológicas y cardiovasculares representaron otro 46 %, reflejando que los motivos principales de derivación están asociados a la necesidad de atención quirúrgica compleja y manejo especializado de patologías crónicas y neoplásicas.

Tabla N° 104: Referencias a la Consulta Externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega según lugar de origen

LUGAR DE ORIGEN	DEMANDA INTERNA	TOTAL	%
C.S. Dr. Carlos Alfredo Ayestas la Torre	4223	4223	31%
C.S. Tamburco	1845	1845	14%
C.S. Chuquibambilla	2149	2149	16%
Hospital de emergencia Chalhuanca	2279	2279	17%
C.S. Curahuasi	3015	3015	22%
TOTAL		13511	100%

Fuente: Unidad el de Seguros, HRGDV- 2024.

En el año 2024, la consulta externa del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega recibió un total de 13,511 referencias provenientes de distintos establecimientos de salud de la región. El mayor volumen correspondió al C.S. Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre con 4,223 referencias, equivalente al 31 % del total. En segundo lugar, se ubicó el C.S. Curahuasi con 3,015 referencias (22 %), seguido del Hospital de Emergencia de Chalhuanca con 2,279 casos (17 %). Asimismo, se registraron 2,149 referencias procedentes del C.S. Chuquibambilla (16 %) y 1,845 del C.S. Tamburco (14 %).

El análisis evidencia que más de dos tercios de las referencias provienen de tres establecimientos principales (Ayestas, Curahuasi y Chalhuanca), lo que muestra su papel central como proveedores de la mayor demanda hacia el hospital regional, confirmando la importancia de la red asistencial para garantizar la atención de casos especializados y de mayor complejidad.

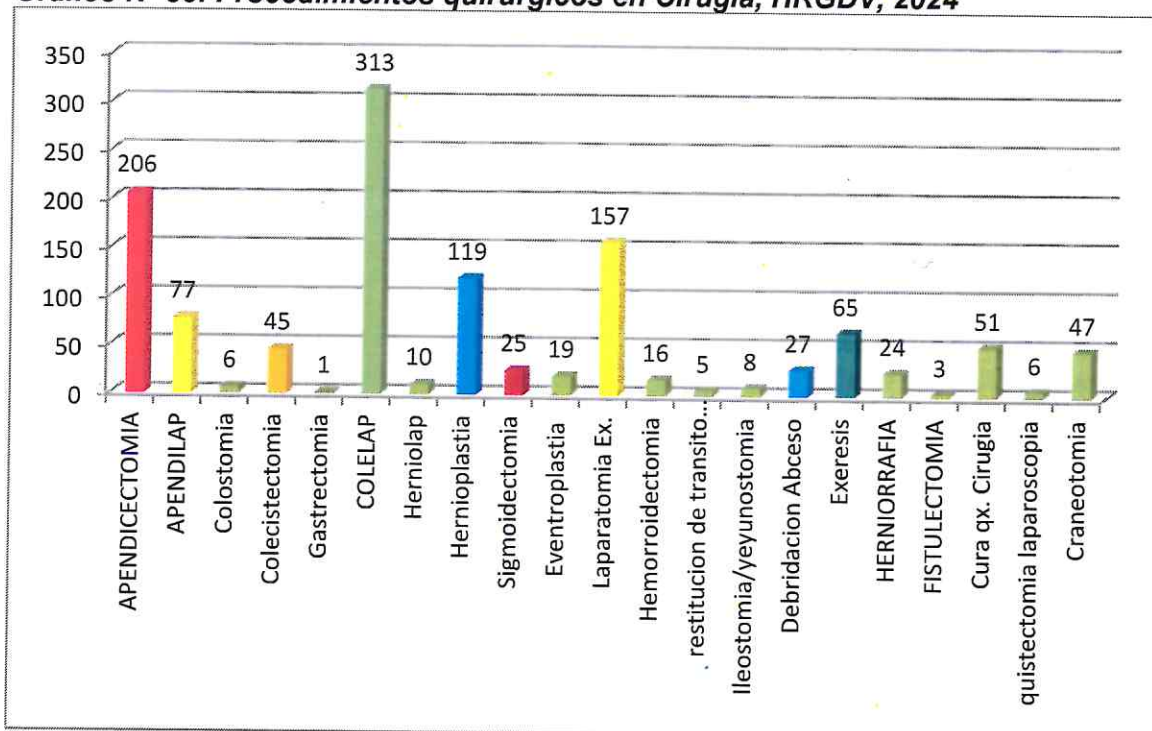


4.7. INDICADORES HOSPITALARIOS

4.7.1. CENTRO QUIRURGICO

4.7.1.1. Procedimientos quirúrgicos en Cirugía

Gráfico N° 33: Procedimientos quirúrgicos en Cirugía, HRGDV, 2024



Fuente: Registro de SOP, HRGDV- 2024.

En el año 2024, el servicio de Cirugía del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realizó una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos, siendo las intervenciones de mayor frecuencia la colecistectomía laparoscópica (COLELAP) con 313 casos (25,6 %), seguida de la apendicectomía convencional con 206 casos (16,9 %) y la laparotomía exploratoria con 157 casos (12,8 %). Otros procedimientos relevantes fueron la hernioplastia con 119 casos (9,7 %), la apendicectomía laparoscópica con 77 casos (6,3 %), %, la exéresis tumoral con 65 casos (5,3 %), la colecistectomía abierta con 45 casos (3,7), la herniorrafia con 24 casos (2,0 %), así como la craneotomía con 47 casos (3,8 %) y la cura quirúrgica con 51 casos (4,2 %).

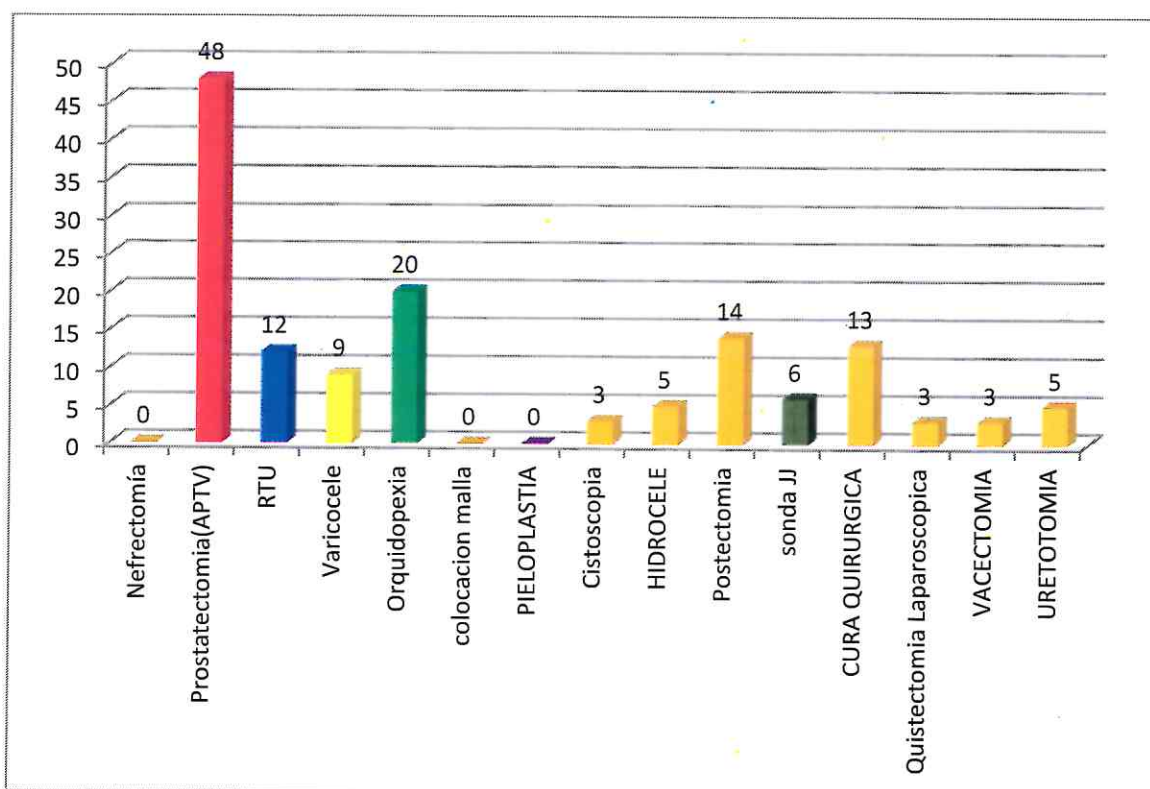
En menor proporción se realizaron procedimientos como sigmoidectomía (25 casos), eventroplastia (19 casos), hemorroidectomía (16 casos), colostomía (6 casos), resecciones intestinales con anastomosis (ileostomía/ yeyunostomía) con 8 casos, fistulectomía (3 casos), quistectomía laparoscópica (6 casos) y otros de menor frecuencia.



Este panorama refleja que la mayor carga quirúrgica del servicio se concentra en patologías abdominales de urgencia y alta prevalencia, como colelitiasis complicada, apendicitis aguda y cuadros abdominales agudos que requieren laparotomía, lo que confirma la importancia de fortalecer las capacidades resolutivas en cirugía general y de emergencia.

4.7.1.2. Procedimientos quirúrgicos Urología

Gráfico N° 34: Procedimientos quirúrgicos Urología, HRGDV, 2024



Fuente: Registro de SOP, HRGDV- 2024.

En el año 2024, el servicio de Urología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realizó diversos procedimientos quirúrgicos, siendo el más frecuente la prostatectomía (APT) con 48 casos, lo que representa la principal carga operatoria del servicio. Le siguieron la orquidopexia con 20 casos (15,4 %), la resección transuretral (RTU) con 12 casos (9,2 %), la cirugía de varicocele con 9 casos (6,9 %) y la cura quirúrgica con 13 casos (10,0 %).

Otros procedimientos de importancia fueron la postectomía con 14 casos (10,8 %), la colocación de sonda JJ con 6 casos (4,6 %), la cistoscopia y la uretrotomía con 5 casos cada una (3,8 %), así como la hidrocelectomía con 3 casos (2,3 %) y la vasectomía también con

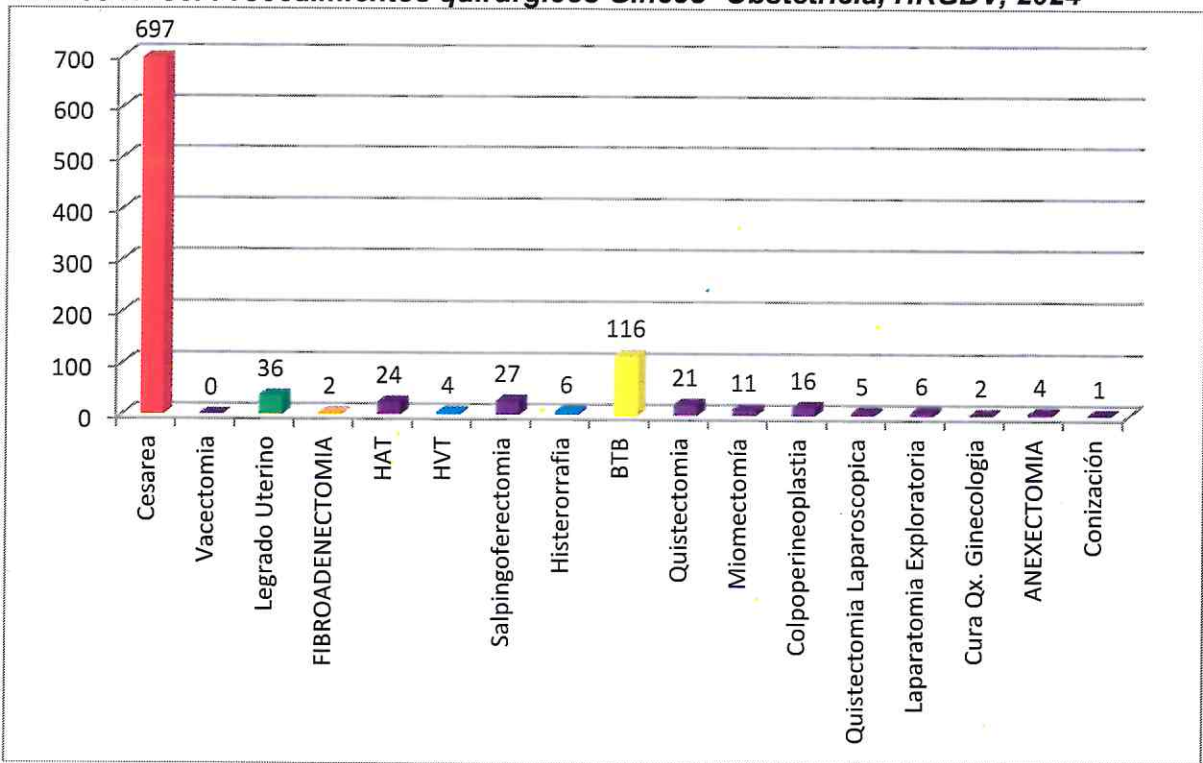


casos (2,3 %). En menor frecuencia se realizaron quistectomías laparoscópicas (2 casos, 1,5 %) y pieloplastías (0 casos reportados en este año).

Este comportamiento evidencia que la cirugía urológica en el hospital se concentra principalmente en patologías prostáticas, escrotales y reconstructivas, con predominio de la prostatectomía como necesidad quirúrgica prioritaria, complementada con procedimientos de corrección de malformaciones genitales y técnicas endoscópicas.

4.7.1.3. Procedimientos quirúrgicos Gineco- Obstetricia

Gráfico N° 35: Procedimientos quirúrgicos Gineco- Obstetricia, HRGDV, 2024



Fuente: Registro de SOP, HRGDV- 2024.

En el año 2024, el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realizó un total de 939 procedimientos quirúrgicos, siendo la cesárea el de mayor frecuencia con 697 casos (74,2 %), lo que refleja la principal carga operatoria del servicio.

En segundo lugar, se ubicó al bloqueo tubárico bilateral (BTB) con 116 casos (12,4 %), seguida del legrado uterino con 36 casos (3,8 %), la salpingooforectomía con 27 casos (2,9 %), la histerectomía abdominal total (HAT) 24 casos (2,6 %) la quistectomia con 21 casos (2,2 %) y la colpoplastia con 16 casos (1,7 %).

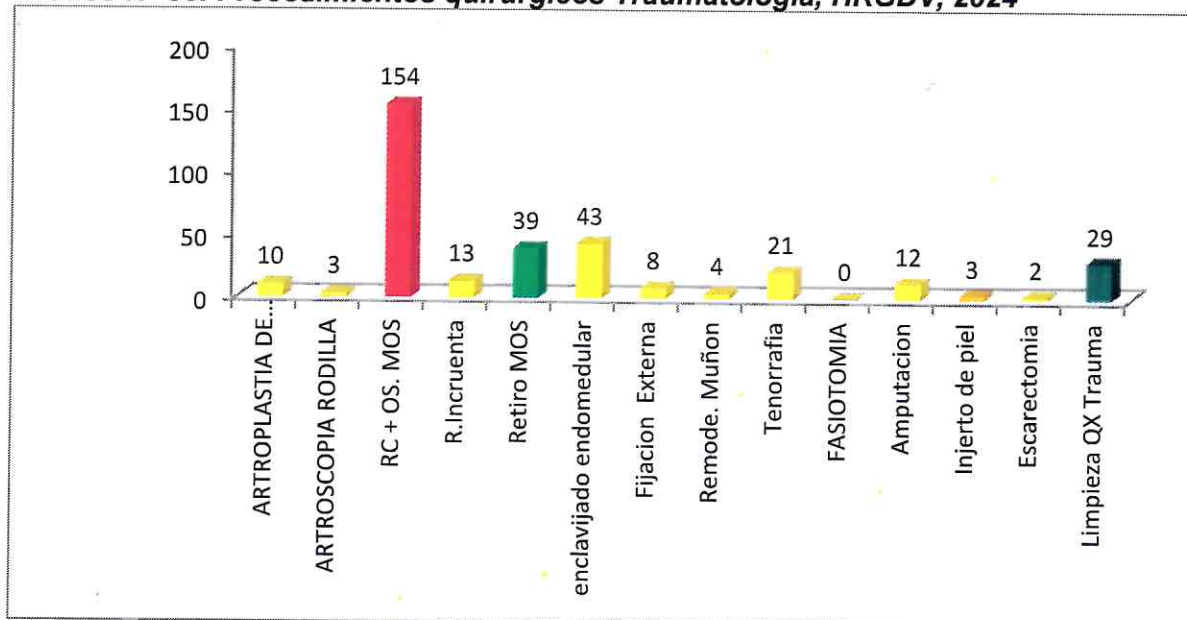


Otros procedimientos menos frecuentes fueron la fibroadenectomía (2 casos; 0,2 %), Histerectomía vaginal total (HVT) (4 casos; 0,4 %), la miomectomía (11 casos; 1,2 %), la quistectomía laparoscópica (5 casos; 0,5 %), la laparotomía exploratoria (6 casos; 0,6 %) y la anexectomía (4 casos; 0,4 %). Finalmente, se realizaron con menor incidencia la cura quirúrgica ginecológica (2 casos; 0,2 %) y la conización (1 caso; 0,1 %).

Este perfil evidencia que las cesáreas y las histerectomías concentran más del 86 % de los procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos, lo que pone de manifiesto la relevancia de la atención obstétrica de emergencias y de patologías uterinas dentro de la actividad quirúrgica del servicio.

4.7.1.4. Procedimientos quirúrgicos Traumatología

Gráfico N° 36: Procedimientos quirúrgicos Traumatología, HRGDV, 2024



Fuente: Registro de SOP, HRGDV- 2024

El gráfico muestra la distribución de diferentes procedimientos quirúrgicos realizados por el servicio de Traumatología del HRGDV durante el año 2024. El procedimiento con mayor frecuencia fue la Reducción y osteosíntesis de miembros óseos (RC+OS. MOS) con 154 casos, representando la principal actividad quirúrgica del servicio. En segundo lugar, se ubican con 43 casos el "Enclavijado endomedular el Retiro de material de osteosíntesis" con 39 casos, ambos procedimientos relacionados con la resolución y seguimiento de fracturas.



Otros procedimientos como la Limpieza quirúrgica por trauma (29 casos), Tenorrafia (21 casos), Las cirugías de Amputación y Artroplastia fueron poco frecuentes (12 y 10 casos respectivamente), Fijación externa" (8 casos), "Remodelación de muñón" (4 casos), y muestran una menor frecuencia, pero reflejan la variedad de intervenciones traumatológicas realizadas., al igual que las escarectomia y los Injertos de piel.

En general, el gráfico evidencia que la mayor carga quirúrgica del servicio se centra en el manejo de fracturas y sus complicaciones, siendo la reducción y osteosíntesis el procedimiento más representativo del año 2024 según el registro del SOP del HRGDV.

4.7.2. PRINCIPALES INDICADORES EN UPSS CENTRO QUIRURGICO

Tabla N° 105: Indicadores del Centro Quirúrgico del HRGDV (2022- 2024)

INDICADORES DE EFICIENCIA - 2024							
Ord.	Nombre del Indicador	Variables	2023	Valor	2024	Valor	Promedio Estándar hospital II
1	Grado de Cumplimiento	Cirugías programadas realizadas	1353	95.4	1145	98.9	Sin estándar
		total, de programadas	1418		1158		
2	Rendimiento de Sala de Operaciones	Nº Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas	3246	90.17	2855	119	80 a 100 por sala en el mes
		Nº de Salas de Operaciones Utilizados	36		24		
3	Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías de Emergencia)	Nº Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia	1824	50.67	1736	72	Sin estándar
		Nº de Salas de Operaciones Utilizados	36		24		
4	Rendimiento de Sala de Operaciones (Cirugías Electivas)	Nº Intervenciones Quirúrgicas Programadas Ejecutadas (Cirugías Electivas)	1418	39.4	1119	47	Sin estándar
		Nº de Salas de Operaciones Utilizados	36		24		
5	Porcentaje de cirugías suspendidas:	Cirugías suspendidas	65	4.4	13	1.1	Estándar 5%
		Cirugías programadas	1483		1145		
6	Tasa de Mortalidad en Centro Quirúrgico	Nº muertes en SOP	1	0.03	1	0.03	Estándar 0.01%
		Total, de Intervenciones	3246		2971		

Grado de cumplimiento de operaciones programadas:



Este indicador establece el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas respecto a las programadas, en 2024, los indicadores de eficiencia del Centro Quirúrgico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestran mejoras respecto al año anterior. El grado de cumplimiento de cirugías programadas alcanzó el 98,9 % en el 2024, frente al 95,4 % en 2023, evidenciando mayor efectividad en la programación y ejecución. frente al 95,4 % en 2023, evidenciando mayor efectividad en la programación y ejecución.

Rendimiento Quirófono (Estándar 80 a 100 por sala en el mes):

Determina el promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operación. En 2023, el rendimiento fue de 90.17 intervenciones por sala, valor que se encontraba dentro del estándar. Para 2024, el indicador aumentó a 119 intervenciones por sala, superando ampliamente el rango óptimo. Este incremento refleja una mayor productividad y aprovechamiento de las salas quirúrgicas.

Rendimiento sala de Operaciones: Cirugías de Emergencia

Es el número de Intervenciones quirúrgicas (en sala de emergencia), en relación a los turnos quirúrgicos ejecutados por unidad de tiempo (mes). Durante 2023, el rendimiento fue de 50.67 intervenciones por sala, cifra que incremento en el 2024 a 72 intervenciones por sala.

Rendimiento de Sala de Operaciones: Cirugías Electivas

Representa el número de intervenciones quirúrgicas programadas en sala de cirugías electivas por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes. En 2023 se registraron 39.4 cirugías electivas por sala, mientras que en 2024 el indicador incremento a 47 intervenciones. Este incremento refleja una mayor productividad en las cirugías programadas, posiblemente vinculada a la optimización en la planificación quirúrgica.

Porcentaje de Cirugías Suspendidas

Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas. El porcentaje de cirugías suspendidas se redujo significativamente, de 4,4% en 2023 a 1,1% en 2024. Este valor se encuentra por debajo del estándar máximo de 5%, lo que indica una mejora notable en la organización y gestión quirúrgica, así como en la disponibilidad de recursos y resolución de contingencias.

Tasa de Mortalidad en Centro Quirúrgico

Este indicador permite evaluar la calidad de la atención en el Centro Quirúrgico. Establece la proporción de fallecidos en este servicio por diversas causas. Incluye a los pacientes fallecidos en sala de operaciones y de recuperación, así como a los fallecidos por administración anestésica. La tasa de mortalidad en el centro quirúrgico fue de 0,03% en 2023 y se mantuvo igual en 2024. Aunque se encuentra por encima del estándar de 0,01%, el valor sigue siendo bajo, reflejando un buen nivel de seguridad y calidad en la atención



quirúrgica. Sin embargo, se requiere fortalecer los protocolos de seguridad del paciente para acercarse aún más al valor de referencia.

4.7.2.1. Intervenciones Quirúrgicas por Especialidades

Tabla N° 106: Número de Intervenciones Quirúrgicas por Especialidades del HRGDV 2022- 2024

AÑO	2022	2023	2024
Cirugía	1242	1471	1230
Traumatología	321	442	341
Ginecobstetricia	1012	969	978
Urología	115	156	140
Neurocirugía	72	44	0
Oftalmología	25	37	24
Otras Intervenciones	49	139	89

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV/ Registros de Emergencia

Del Número de Intervenciones Quirúrgicas por Especialidades del HRGDV 2022- 2024; En el trienio evaluado, el hospital desarrolló una actividad quirúrgica destacada, con variaciones según especialidad:

Cirugía General fue la especialidad con mayor volumen, alcanzando 1,471 procedimientos en 2023, aunque descendió ligeramente a 1,230 en 2024.

Ginecobstetricia se mantuvo estable, con alrededor de 1,000 cirugías cada año (1,012 en 2022; 969 en 2023; 978 en 2024). Traumatología mostró un aumento en 2023 (442 intervenciones) respecto a 2022 (321), pero disminuyó en 2024 (341). Urología presentó crecimiento en 2023 (156 procedimientos) frente a 115 en 2022, pero bajó a 140 en 2024. Neurocirugía evidenció un descenso continuo: 72 cirugías en 2022, 44 en 2023, y sin registros en 2024. Oftalmología mantuvo cifras reducidas y constantes, con un pico en 2023 (37 intervenciones). Otras intervenciones se incrementaron notablemente en 2023 (139) en comparación con 2022 (49), aunque retrocedieron a 89 en 2024.

Tendencia general: El año 2023 fue el de mayor producción quirúrgica en casi todas las especialidades, seguido de una reducción en 2024, principalmente en cirugía general y traumatología, además de la ausencia de neurocirugía.



4.8. PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Tabla N° 107: Atención en el Departamento de Diagnóstico por imágenes HRGDV, 2024.

Tipo de prueba Diagnóstica	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	Total
Ecografía	664	566	600	624	608	606	620	626	609	650	571	552	7296
Tomografía	119	214	144	0	0	0	0	0	0	0	0	0	477
Servicio de Rayos X	354	513	785	872	981	121	308	569	962	616	924	843	7848
Mamografía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total													15621

Fuente: Departamento de Diagnóstico por Imágenes, HRGDV- 2024.

Durante el año 2024, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del HRGDV registró un total de 15 621 atenciones, distribuidas en tres tipos de pruebas: ecografías, tomografías y rayos X. La ecografía fue uno de los exámenes más solicitado, alcanzando 7296 atenciones (46,8%) con un promedio mensual de aproximadamente 608 estudios. Su comportamiento fue constante a lo largo del año, con picos en setiembre (650) y caídas en noviembre (571) y diciembre (552). El servicio de rayos X representó la mayor proporción de estudios realizados, con 7848 atenciones (50,4%), superando a la técnica diagnóstica de ecografía. Se observó una tendencia creciente hacia finales de año, con picos importantes en mayo (981), setiembre (924) y noviembre (843), lo que refleja una mayor demanda en estos meses. Por otra parte, la tomografía tuvo una producción baja, con 477 atenciones (3,1%), concentradas en los tres primeros meses del año (enero a marzo). A partir de abril no se registraron estudios, por inoperatividad del equipo de tomografía, limitando la capacidad diagnóstica del hospital y generando dependencia de referencias externas para casos que requieren este examen. Finalmente, no se registraron estudios de mamografía desde mayo 2023 el equipo esta inoperativo, lo que evidencia una brecha significativa en la atención preventiva y diagnóstica de patologías mamarias, especialmente cáncer de mama, afectando directamente las acciones de detección temprana en salud pública.



4.9. PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

4.9.1. INDICADORES DE PATOLOGÍA CLÍNICA

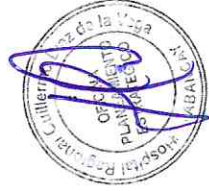
Porcentaje de exámenes de laboratorio en el HRGDV 2024 En el periodo 2022-2024, el Departamento de Patología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega evidenció un crecimiento sostenido en el número de exámenes de laboratorio, pasando de 193,036 pruebas en 2022 a 235,620 en 2024, lo que representa un incremento del 22 %. El análisis por áreas muestra que el examen de bioquímica concentra el mayor volumen de atenciones, con un aumento progresivo de 53 % en 2022 a 65 % en 2024, consolidándose como la principal demanda diagnóstica. En contraste, hematología redujo su participación de 27 % a 20 %, aunque mantuvo un número absoluto significativo (47,494 exámenes en 2024). Los demás servicios mantienen una participación estable: AGA pasó de 4 % a 2 %, urología se sostuvo en 3 %, parasitología en 1 %, microbiología en 2 % e inmunología se redujo de 10 % en 2022 a 7 % en 2024, pese a un ligero aumento en valores absolutos (de 15,728 a 17,278 pruebas entre 2023 y 2024). Estos resultados reflejan una mayor orientación diagnóstica hacia pruebas bioquímicas y un crecimiento general de la demanda de laboratorio, lo que plantea la necesidad de fortalecer recursos tecnológicos y de personal en el área de bioquímica, sin descuidar la capacidad resolutive en los demás campos especializados.

Tabla N° 108: Porcentajes de Exámenes de laboratorio en HRGDV 2022 - 2024.

PORCENTAJE DE EXÁMENES DE LABORATORIO SEGÚN TIPO AÑO 2022-2024																
MES	HEMATOLOGIA	%	BIOQUIMICA	%	AGA	%	UROLOGIA	%	PARASITOLOGIA	%	MICROBIOLOGIA	%	INMUNOLOGIA	%	TOTAL	%
2022	53,067	27	102,637	53	6,898	4	5,081	3	1,227	1	3,912	2	20,214	10	193,036	100.00
2023	55,482	24	142,277	62	6,259	3	6,056	3	1,529	1	3,513	2	15,728	7	230,844	100.00
2024	47,494	20	154,292	65	5,033	2	5,899	3	1,651	1	3,973	2	17,278	7	235,620	100.00

Fuente: Servicio de Patología, HRGDV -2024.

Rendimiento Hora Laboratorista 2022- 2024.- El rendimiento hora laboratorista en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra variaciones entre las distintas áreas de patología clínica durante el periodo 2022-2024. En hematología y coagulación, el rendimiento se redujo de 12,1 exámenes



por hora en 2022 a 10,8 en 2024, lo que refleja una caída de productividad a pesar de un volumen elevado de atenciones. En bioquímica, el rendimiento pasó de 28,6 en 2022 a 35,2 en 2024, consolidándose como el área de mayor eficiencia en el uso del recurso humano.

En contraste, urología y parasitología mantienen un rendimiento bajo, con valores entre 2,9 y 3,5 exámenes por hora, lo que evidencia la necesidad de optimizar tiempos o fortalecer recursos de apoyo. En microbiología, el rendimiento es estable, fluctuando entre 1,6 y 1,8 exámenes por hora. Finalmente, en inmunología, se observa una ligera reducción respecto a 2022 (8,0 exámenes por hora), llegando a 7,9 en 2024, aunque con mayor número absoluto de pruebas procesadas.

En conjunto, se aprecia una concentración de eficiencia en bioquímica, mientras que hematología presenta una disminución y áreas como urología, parasitología y microbiología se mantienen con rendimientos bajos. Esto plantea la necesidad de revisar la distribución de carga laboral, incorporar procesos automatizados y fortalecer la capacitación del personal para mejorar la productividad global.

Tabla N° 109: Rendimiento Hora Laboratorista 2022- 2024.

AÑO	HEMATOLOGIA Y COAGULACION	N° HORA LABORATORISTA (1) / 12 HORAS	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA	AGA - BIOQUIMICA	N° HORA LABORATORISTA (1) / 12 HORAS	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA	UROLOGIA + PARASITOLOGIA	N° HORA LABORATORISTA (1) / 6 HORAS	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA	MICROBIOLOGIA	N° HORA LABORATORISTA (1) / 6 HORAS	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA	INMUNOLOGIA	N° HORA LABORATORISTA (1) / 6 HORAS	RENDIMIENTO HORA LABORATORISTA
2022	53067	4380	12.1	125335	4380	28.6	6308	2190	2.9	3912	2190	1.8	4414	552	8.0
2023	57484	4380	13.1	148745	4380	34.0	7585	2190	3.5	3513	2190	1.6	15742	2190	7.2
2024	47494	4380	10.8	154292	4380	35.2	7550	2190	3.4	3973	2190	1.8	17278	2190	7.9

Fuente: Servicio de Patología, HRGDV -2024.

El rendimiento hora laboratorista en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra variaciones entre las distintas áreas de patología clínica durante el periodo 2022-2024. En hematología y coagulación, el rendimiento se redujo de 12,1 exámenes por hora en 2022 a 10,8 en 2024, lo que refleja



una caída de productividad a pesar de un volumen elevado de atenciones. En bioquímica, el rendimiento pasó de 28,6 en 2022 a 35,2 en 2024, consolidándose como el área de mayor eficiencia en el uso del recurso humano.

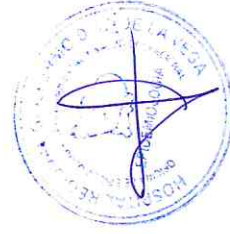
En contraste, urología y parasitología mantienen un rendimiento bajo, con valores entre 2,9 y 3,5 exámenes por hora, lo que evidencia la necesidad de optimizar tiempos o fortalecer recursos de apoyo. En microbiología, el rendimiento es estable, fluctuando entre 1,6 y 1,8 exámenes por hora. Finalmente, en inmunología, se observa una ligera reducción respecto a 2022 (8,0 exámenes por hora), llegando a 7,9 en 2024, aunque con mayor número absoluto de pruebas procesadas.

Porcentaje de Solicitudes por Servicio Atendidas

En el periodo analizado, se evidencia que el 100% de las solicitudes de exámenes fueron atendidas en todos los servicios, lo que refleja una cobertura total de la demanda interna. El mayor volumen de solicitudes correspondió a bioquímica (154,292; 65,5%), seguido de hematología (47,494; 20,1%) e inmunología (17,278; 7,3%), consolidándose como las áreas más requeridas dentro del laboratorio.

En los servicios hospitalarios, destacan medicina y emergencia como los principales generadores de demanda: medicina lidera en bioquímica (40,116 solicitudes) y hematología (12,348), mientras que emergencia muestra un peso significativo en bioquímica (26,230) y hematología (8,074). Asimismo, ginecología presenta altos requerimientos en bioquímica (16,272) y hematología (5,224), lo que refleja su papel crítico en la atención de pacientes.

En áreas de menor demanda, como uroanálisis (5,899; 2,5%), microbiología (3,974; 1,7%) y parasitología (1,651; 0,7%), aunque los volúmenes son reducidos, su cobertura fue total, garantizando la atención oportuna de casos específicos. Neonatología y pediatría destacan por una mayor proporción de bioquímica e inmunología en relación a otros exámenes, lo cual corresponde a la naturaleza de su atención clínica.

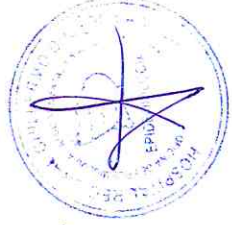
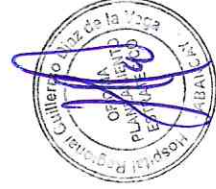


En síntesis, el HRGDV 2024 logró atender plenamente las solicitudes de laboratorio en todos los servicios, con una concentración marcada en bioquímica y hematología, que en conjunto representan más del 85% de la producción total. Este escenario reafirma la necesidad de priorizar recursos humanos y tecnológicos en estas dos áreas, sin descuidar los servicios de microbiología e inmunología, claves en la detección de patologías complejas y soporte en emergencias.

Tabla N° 110: Porcentaje de Solicitudes por Servicio Atendidas 2024

SERVICIO	HEMATOLOGIA	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS	BIOQUIMICA	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS	INMUNOLOGIA	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS	UROANALISIS	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS	MICROBIOLOGIA	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS	PARASITOLOGIA	% DE SOLICITUDES ATENDIDAS
EMER	8,074	100	26,230	100	2,937	100	1,003	100	79	100	264	100
EMER-OBS	2,850	100	9,258	100	1,037	100	354	100	437	100	0	0
CIRUGIA	3,800	100	12,343	100	1,382	100	472	100	318	100	0	0
GINECOLOGIA	5,224	100	16,972	100	1,901	100	649	100	795	100	33	100
MEDICINA	12,348	100	40,116	100	4,492	100	1,534	100	1,192	100	842	100
NEONATOLOGIA	1,425	100	4,629	100	518	100	177	100	238	100	0	0
TRAUMATOLOGIA	2,850	100	9,258	100	1,037	100	354	100	199	100	0	0
UCI - M	2,375	100	7,715	100	864	100	295	100	159	100	0	0
PEDIATRIA	2,850	100	9,258	100	1,037	100	354	100	199	100	512	100
NEUROLOGIA	4,274	100	1,543	100	1,555	100	59	100	0	0	0	0
OTORRINO	475	100	1,543	100	173	100	59	100	0	100	0	0
UROLOGIA	475	100	13,886	100	173	100	531	100	358	100	0	0
OFTALMO	475	100	1,543	100	173	100	59	100	1	100	0	0
TOTAL	47,494	100	154,292	100	17,278	100	5,899	100	3,974	100	1,651	100

Fuente: Servicio de Patología, HRGDV -2024.



4.9.2. INDICADORES ANATOMÍA PATOLÓGICA

Desde su apertura, el Servicio de Anatomía Patológica del HRGDV brinda cobertura total de procesamiento y lectura de muestras cito e histológicas procedentes no solo de nuestro nosocomio, sino también de las diferentes Redes de Salud conformantes de la región Apurímac; así mismo, se reciben muestras de otras instituciones como Salud Pol y Particulares. Los siguientes cuadros muestran la producción realizada.

Producción de Anatomía Patológica HRGDV

Tabla N° 111: Producción de Anatomía Patológica HRGDV (2022-2024)

APTOS	PIEZAS QUIRURGICAS	BIOPSIAS	PAP	CITOLOGIA DE LIQUIDOS	BLOCK CELL	TOTAL
2022	2424	262	3258	36	24	6004
2023	1928	772	3939	47	47	6733
2024	1561	956	3445	38	33	6033

Fuente: Servicio de Anatomía Patológica

El análisis de la producción de Anatomía Patológica en el HRGDV entre 2022 y 2024 evidencia una dinámica fluctuante en los diferentes procedimientos realizados. El total de exámenes pasó de 6,004 en 2022 a un pico de 6,733 en 2023 (+12,1%) y luego descendió ligeramente a 6,033 en 2024, nivel similar a la inicial. Las piezas quirúrgicas muestran una reducción constante, de 2,424 en 2022 a 1,561 en 2024, lo que representa una disminución del 35,6%, en contraste, las biopsias aumentaron de manera sostenida, de 262 en 2022 a 956 en 2024, con un incremento del 265%, lo que refleja mayor complejidad diagnóstica y fortalecimiento del análisis histopatológico. El examen de Papanicolaou (PAP) se mantiene como el procedimiento con mayor volumen, alcanzando 3,939 en 2023 (+20,9% respecto al 2022), aunque con descenso a 3,445 en 2024 (-12,5%). La citología de líquidos y el Block Cell representan menos del 2% del total anual, con cifras estables en los tres años.

4.9.3. INDICADORES BANCO DE SANGRE.

Tabla N° 112: Indicadores de Banco de Sangre en el HRGDV, 2022 – 2024

AÑO	SANGRE TOTAL						TRANSFUSIONES			HEMOCOMPONENTES FRACCIONADOS							
	UNIDADES COLECTADAS	UNIDADES Tamizadas	APTAS		No Aptas	% de donantes reactivos	Número de pacientes transfundidos	% de solicitudes de urgencia atendidos	% de uso apropiado de unidades fraccionadas	Globulos s rojos	PFC	CRIO	Plaquetas	Aferesis de Plaquetas	Aferesis de Globulos rojos	Aferesis de plasma	TOTAL
			Fractionadas	No Fractionadas													
2022	1242	100%	1010	0	202	16	411	98%	126%	1242	1024	106	870	4	0	0	3246
2023	1013	99%	838	0	170		431	99%	171%	1013	777	82	757	0	0	0	2639
2024	908	100%	757	0	151	17	384	100%	195%	908	663	40	728	4	0	0	2248

Fuente: Registros de Banco de Sangre, HRGDV- 2024

Número de paquetes globulares (estándar 99.5%):



Este indicador refleja la producción principal del banco de sangre. En 2022 se observa un total de 1242 unidades colectadas, representando un incremento respecto a años anteriores. Sin embargo, en 2023 las unidades colectadas descendieron a 1013, lo que muestra una reducción significativa en la recolección o menor demanda transfusional. En 2024 se mantienen cifras similares, con ligera estabilidad, pero aún por debajo del 2022, lo que plantea la necesidad de reforzar campañas de donación voluntaria y mejorar la captación de donantes.

Porcentaje de unidades tamizadas (estándar 100%):

Este es un indicador de sangre segura, es decir, permite evaluar el riesgo de reacciones postransfusionales, de tal manera que se garantice la calidad de la sangre. La norma internacional de la OMS- OPS, exige las 7 pruebas obligatorias para el tamizaje de sangre: VIH (sida); HTLV I-II (oncovirus o retrovirus); Antígeno Australiano (hepatitis B); Anticore (hepatitis B); Anti-VHC (hepatitis C); Detección de infección por *Tripanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas); Detección de infección de *Treponema Pallidum* (sífilis).

Unidad tamizada, se refiere a la sangre que ha sido sometida a las 7 pruebas de laboratorio según norma internacional. Una unidad de sangre total que es tamizada parcialmente, no se considera sangre segura y por lo tanto no se incluye en el conteo de unidades tamizadas.

Unidad recolectada, se refiere a aquellas que corresponden al número de postulantes que llegaron a donar sangre.

En 2022 se alcanzó el 100% de unidades tamizadas, garantizando sangre segura acorde con las exigencias de la OMS/OPS. En 2023 se produjo una leve disminución a 99%, lo cual, aunque mínimo, indica la necesidad de fortalecer los controles de calidad para mantener el 100% requerido. En 2024 se mantiene en 100%, lo que evidencia continuidad en la cobertura, alcanzando el estándar óptimo.

Porcentaje de solicitudes de urgencia atendidas (estándar 99.8%):

En 2022 se logró cubrir el 98% de las solicitudes de urgencia, nivel que se mantuvo estable y refleja una cobertura aceptable pero aún por debajo del estándar internacional. En 2023 se mejoró a 99%, incrementando la capacidad de respuesta pese a limitaciones de personal.



En 2024 se mantiene en 99%, mostrando consolidación del servicio, aunque es necesario garantizar recurso humano suficiente para llegar al estándar de 99.8%.

Porcentaje de uso apropiado de unidades fraccionadas (estándar 99.8%): Este indicador superó ampliamente el estándar en los tres años analizados. En 2022 alcanzó 126%, mientras que en 2023 y 2024 llegó a 171%, lo que indica un manejo eficiente y racional de los hemo componentes (glóbulos rojos, plasma, crioprecipitados y plaquetas). El hecho de que el uso de componentes sea mayor que las unidades colectadas reflejan una optimización en el fraccionamiento y aprovechamiento de la sangre recolectada, garantizando cobertura adecuada a la demanda.

En conclusión, entre 2022 y 2024 se evidencia un comportamiento positivo en el uso de unidades fraccionadas y en el incremento de cobertura de urgencias, aunque persisten desafíos en el nivel de unidades colectadas y en alcanzar el 100% de tamizaje. Se recomienda fortalecer las campañas de donación, asegurar personal en turnos críticos y mantener un control estricto de la calidad del tamizaje para consolidar un banco de sangre seguro y eficiente.

4.10. INDICADORES HOSPITALARIOS, EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS (UPSS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como *“variables que sirven para medir los cambios”*. Los Indicadores de Salud, con frecuencia se utilizan en diversas combinaciones a su vez se emplea para evaluar la eficacia y los efectos.

En el campo de la Salud Pública existe una jerarquía de conceptos: el dato es la unidad más primaria (INPUT) que, al trabajar con ella, genera un indicador; una vez analizado, genera información luego de interpretada genera conocimiento; el conocimiento debe divulgarse por medio de procesos de comunicación adecuados y eficientes para influenciar en la toma de decisiones relacionadas con la salud y producir una acción. Este espiral de producción de evidencia que termina en la acción adoptada en el campo de la salud pública es la base de lo que se ha denominado *“salud pública basada en la evidencia”*.

Los Indicadores de Salud se definen como mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos, dimensiones del Estado de Salud y del desempeño de un Sistema de Salud. Los indicadores de salud intentan describir y monitorear la situación de salud de la demanda de una población. Los atributos se refieren a las características o



cualidades de la salud; y las dimensiones de la salud comprenden el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social.

La Gestión Hospitalaria es la función básica del proceso Administrativo Hospitalario que permite optimizar la Oferta Hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. Por ello, los indicadores de gestión y evaluación del desempeño en Hospitales, Institutos y DIRESA, constituyen una herramienta que ayudará a Evaluar y corregir la gestión acorde a los objetivos fundamentales del Sector Salud, en Atención de calidad a los usuarios.

4.10.1. INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA

Tabla N° 113: Indicadores de Producción y Rendimiento Hora Médico 2023-2024

Nombre del Indicador	Variables	2023	Valor	2024	Valor	Promedio Estándar hospital II
Rendimiento Hora Medico	N° de Atenciones Médicas Realizadas	40634	2.97	45162	3.12	3 - 4 por hora
	N° de horas médico Efectivas	13703		14497		
Concentración	N° de Atenciones Médicas	40634	1.95	45162	1.61	3 y 4 consultas en promedio
	N° de Atendidos (nuevos y reingresos)	20815		27978		
Utilización de los Consultorios (Médicos)	N° de Consultorios Funcionales (Médicos)	252	1.31	288	1.20	2 turnos
	N° de Consultorios Físicos (Médicos)	192		240		

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

Rendimiento Hora Médico Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico. En 2023 se registraron 2.97 atenciones por hora, aumentando a 3.12 en 2024, lo que muestra una ligera mejora y un acercamiento al estándar de 3 a 4 atenciones por hora. Sin embargo, aún se encuentra en el límite inferior del rango esperado, lo que indica que, si bien hubo una mayor eficiencia, todavía hay margen para optimizar el rendimiento.



Indicador Rendimiento Hora Médico por especialidades

Tabla N° 114: Indicador Rendimiento Hora Médico por especialidades 2023-2024.

ESPECIALIDADES	2023			2024			*ESTANDAR
	ATC	HORA	RENDIMIENTO	ATC	HORA	RENDIMIENTO	
		MÉDICO	MÉDICO		MÉDICO	MÉDICO	
Medicina Rehabilitación	2253	145	15.5	3130	169	18.5	2-3 por Hora
Psiquiatría	1280	238	5.4	1006	215	4.7	2-3 por Hora
Urología	1748	384	4.6	1883	408	4.6	
Otorrinolaringología	2188	876	2.5	1991	516	3.9	
Ginecología y Obstetricia	4242	1156	3.7	3322	872	3.8	3-4 por hora
Endocrinología	1581	456	3.5	2070	592	3.5	
Gastroenterología	2573	652	3.9	3934	1148	3.4	
Neurología	1587	524	3.0	3009	924	3.3	2-3 por Hora
Traumatología	4603	1460	3.2	5664	1792	3.2	
Cardiología	2244	616	3.6	1724	540	3.2	
Cirugía	3568	1204	3.0	3447	1068	3.2	
Neumología	814	364	2.2	686	252	2.7	
Medicina Interna	1499	516	2.9	2288	916	2.5	
Pediatría	1659	692	2.4	2029	800	2.5	3-4 por hora
Neurocirugía	590	256	2.3	871	352	2.5	
Infectología	1581	456	3.5	852	392	2.2	
Dermatología	1929	1160	1.7	2466	1144	2.2	
Oftalmología	1719	992	1.7	2539	1216	2.1	
Medicina Oncológica	950	612	1.6	917	456	2.0	2-3 por Hora
Nefrología	2026	944	2.1	960	576	1.7	3-4 por hora
Rendimiento Hora Medico	40634	13703	2.97	44788	14348	3.12	3 - 4 por hora

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024

*Para establecer el estándar por especialidad se tomo referencia a la Directiva Administrativa N° 355-MINSA/DGAIN-2024

El **rendimiento hora médico** es un indicador clave para evaluar la eficiencia del recurso humano médico, al relacionar el número total de atenciones realizadas con las horas efectivas de trabajo registradas. Para el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega alcanzó un rendimiento promedio de 3.12 atenciones por hora, superando el promedio de 2.97 obtenido en 2023 y ubicándose dentro del estándar esperado de 3 a 4 atenciones por hora para establecimientos de salud de categoría II-2. Este incremento evidencia una



mejora en la productividad asistencial, optimización de tiempos y fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios.

Al analizar los resultados por especialidades, se identifica que Medicina de Rehabilitación alcanza el rendimiento más elevado con 18.5 atenciones por hora, muy por encima del estándar, Otras especialidades que superan el estándar incluyen: Psiquiatría (4.7), Urología (4.6) y Otorrinolaringología (3.9), mostrando una adecuada gestión del tiempo clínico y alta demanda.

En contraste, especialidades como Nefrología (1.7), y Oftalmología (2.1) registran rendimientos por debajo del estándar, posiblemente debido a la complejidad de los casos atendidos, la necesidad de procedimientos especializados y tiempos de consulta prolongados. Estas cifras sugieren la necesidad de revisar procesos internos y optimizar la programación asistencial.

Asimismo, las áreas de Ginecología y Obstetricia (3.8), Endocrinología (3.5), Gastroenterología (3.4), Neurología (3.3) y Medicina Oncológica (2.0) muestran rendimientos dentro de los parámetros aceptables, garantizando continuidad y eficiencia en la atención especializada. Por su parte, especialidades quirúrgicas como Traumatología, Cardiología y Cirugía General, con valores alrededor de 3.2 atenciones por hora, mantienen un desempeño estable, reflejando un equilibrio entre demanda, complejidad y disponibilidad de profesionales.

En síntesis, la mejora del indicador entre 2023 y 2024 demuestra un avance significativo en la gestión del recurso médico, evidenciando mayor eficiencia operativa y una mejor organización de los servicios hospitalarios. No obstante, persisten diferencias Inter especialidades que subrayan la necesidad de optimizar tiempos de atención, revisar cargas asistenciales y fortalecer los servicios con menor rendimiento, con el fin de asegurar el cumplimiento sostenido del estándar institucional y brindar una atención oportuna y de calidad a la población.

Concentración Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo, reflejando la eficiencia en la gestión de la demanda. En 2023 la concentración fue de 1.95 consultas por paciente, mientras que en 2024 disminuyó a 1.61 consultas por paciente, ambos valores muy por debajo del estándar de 3 a 4 consultas en promedio.



Utilización de Consultorios Médicos. Este indicador evalúa el grado de uso de los consultorios médicos en función del número de ambientes disponibles frente a los realmente funcionales, esperándose al menos 2 por turno. En 2023 se registró un valor de 1.31, que disminuyó a 1.20 en 2024, alejándose del estándar. Esto refleja un sub aprovechamiento de los consultorios disponibles, posiblemente debido a limitaciones de personal, inadecuada programación o turnos sin cobertura, lo que repercute en la productividad general.

4.10.2. INDICADORES EN UPSS HOSPITALIZACIÓN

Promedio Permanencia Cama.

Respecto al **promedio de permanencia cama o estancia hospitalaria**: este indicador sirve para evaluar, el grado de aprovechamiento de las camas del Hospital e indirectamente la calidad de los Servicios en la diferentes UPSS, a mayor tiempo de hospitalización puede reflejar, deficiencias técnicas y otras causas. A su vez establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.

Durante el periodo 2022-2024, el promedio de permanencia cama en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una tendencia a la reducción, pasando de 5.3 días en 2022 a 4.6 días en 2024, manteniéndose dentro del estándar de 6 a 8 días. Los servicios de Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Neonatología presentan valores por debajo del rango óptimo, lo que refleja mayor rotación de pacientes y eficiencia en el uso de camas. En cambio, Traumatología y Salud Mental superan el estándar, con 8.3 y 15.3 días respectivamente, evidenciando estancias prolongadas relacionadas con la complejidad de los casos. Los servicios de Medicina y Pediatría se mantienen cercanos al promedio general.

Tabla N° 115: Promedio Permanencia Cama en el HRDV 2022-2024

INDICADORES HOSPITALARIOS -UPSS-(2022-2024)-HRGDV				
Promedio Permanencia Cama	Anual			Estándar
Total, días estancia de egresos /Nº egresos en el mismo periodo	2022	2023	2024	
Cirugía	4.5	4.2	3.8	6- 8 días
Ginecología	3	3.0	3.0	6- 8 días
Traumatología	12	9.9	8.7	6- 8 días
Medicina	5.8	5.9	5.3	6- 8 días
Pediatría	4.9	4.3	4.9	6- 8 días
Obstetricia	2.6	2.6	2.6	6- 8 días
COVID hospitalización	4.9	0	0	6- 8 días
Neonatología	5.3	5.9	5.3	6- 8 días
Salud Mental		8.3	15.3	5 - 15 días
PROMEDIO TOTAL	5.3	4.6	4.6	6- 8 días

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.



Intervalo de sustitución cama.

El Intervalo de sustitución cama, este indicador se describe como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día. En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el promedio total de este indicador pasó de 10.8 días en 2022 a 2.0 días en 2023 y 2.2 días en 2024, mostrando una mejora significativa en la eficiencia del uso de camas, aunque aún por encima del valor óptimo.

Los servicios de Cirugía, Ginecología, Traumatología, Medicina, Obstetricia y Neonatología se encuentran dentro o muy cerca del estándar, reflejando una adecuada rotación de camas hospitalarias. Sin embargo, Pediatría (6.5 días) y Salud Mental (16.7 días) presentan intervalos altos, lo que sugiere retrasos en la ocupación de camas, posiblemente por procesos mantenimiento o tiempos de espera en reasignación.

En síntesis, el hospital ha mejorado su capacidad de respuesta y optimización del uso de camas respecto a años anteriores, aunque persiste la necesidad de reducir los tiempos de sustitución en algunos servicios específicos para alcanzar el estándar recomendado y fortalecer la eficiencia hospitalaria.

Tabla N°116: Intervalo de sustitución cama de las UPSS del HRGDV 2022-2024

Indicadores Hospitalarios –UPSS (2022-2024) HRGDV				
Intervalo de Sustitución cama	Anual			Estándar
N° Días cama disponibles - N° pacientes día/N° de egresos hospitalarios	2022	2023	2024	
Cirugía	0.6	2.9	2.0	0.6- 1 día
Ginecología	1	4.1	1.3	0.6- 1 día
Traumatología	0.1	4.3	1.0	0.6- 1 día
Medicina	0.3	4.1	1.9	0.6- 1 día
Pediatría	5.2	6.0	6.5	0.6- 1 día
Obstetricia	0.6	0.7	1.2	0.6- 1 día
COVID hospitalización	76.9	0	0	0.6- 1 día
UCI COVID	17.9	0	0	0.6- 1 día
Neonatología	2.2	1.7	1.1	0.6- 1 día
Salud Mental		25	16.7	0.6- 1 día
PROMEDIO TOTAL	10.8	2.00	2.2	0.6- 1 día

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV -2024.



Rendimiento Cama.

Respecto al rendimiento cama, el valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo, Entre los años 2022 y 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una disminución progresiva en el rendimiento cama, pasando de 5.9 a 4.6 egresos promedio por cama, aunque se mantiene dentro del estándar establecido (≥ 4). Los servicios con mayor eficiencia son Cirugía, Ginecología y Obstetricia, que superan ampliamente el valor de referencia, mientras que Medicina y Pediatría presentan rendimientos menores, reflejando menor rotación o estancias prolongadas. Traumatología y Neonatología muestran mejoras hacia 2024, alcanzando los valores estándar, y las camas COVID dejan de registrar actividad, evidenciando el retorno a la normalidad hospitalaria. En conjunto, los resultados indican un uso adecuado, pero con tendencia a la baja en la eficiencia de hospitalización, lo que sugiere fortalecer la gestión de camas y optimizar tiempos de estancia.

Tabla N° 117: Rendimiento Cama, HRGDV: 2022 -2024

Indicadores Hospitalarios –UPSS (2022-2024) HRGDV				
Rendimiento cama	Anual			Estándar
N° egresos/N° camas disponibles promedio	2022	2023	2024	
Cirugía	11.2	6.3	5.5	4
Ginecología	7.9	5.4	7.3	4
Traumatología	3.9	2.8	4.4	4
Medicina	6.3	3.4	3.2	4
Pediatría	3.0	3.5	2.7	4
Obstetricia	10.0	11.6	8.2	4
COVID hospitalización	0.4	0	0	4
Neonatología	4.5	5.1	5.5	4
Salud Mental			0.9	4
PROMEDIO TOTAL	5.9	4.8	4.6	4

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV -2024

Porcentaje de Ocupación Cama

El porcentaje de ocupación cama es un indicador que evalúa el grado de utilización de las camas hospitalarias en relación con la capacidad instalada, permitiendo medir la eficiencia operativa de los servicios hospitalarios. El valor óptimo se encuentra entre 85% y 90%, donde se garantiza un equilibrio entre disponibilidad y aprovechamiento adecuado de los recursos.

Durante el periodo 2022-2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega presenta un promedio total de ocupación de 69.6% en 2022 y 2024, con una reducción a 58.2% en 2023,



cifras que se mantienen por debajo del estándar recomendado, lo cual refleja una subutilización de la capacidad hospitalaria.

Por servicios, Traumatología (90.3%), Medicina (80%) y neonatología 82.1% alcanzan los valores más cercanos al rango ideal, evidenciando alta demanda y rotación de pacientes. En contraste, Pediatría (42.9%), Ginecología (69.4%), y Obstetricia (68.9%) muestran niveles bajos de ocupación, asociados a una menor demanda de internamientos como en el primer caso o a procesos de alta temprana como es el caso de Obstetricia. La desaparición de la hospitalización COVID confirma la transición postpandemia y la reasignación de recursos hacia servicios regulares.

En síntesis, los resultados indican que, aunque existen áreas con buen desempeño, el hospital requiere fortalecer la gestión de camas y la planificación de hospitalizaciones, optimizando la ocupación para alcanzar los niveles de eficiencia esperados en un hospital de su nivel de complejidad.

Tabla N° 118: Porcentaje de Ocupación Cama por UPSS, HRGDV- 2022-2024

Indicadores Hospitalarios -UPSS-2022-2024- HRGDV				
Porcentaje Ocupación Cama	Anual			Estándar
N° Pacientes-día X 100 / N° Días-camas disponibles	2022	2023	2024	
Cirugía	81.7	55.1	63.9	85-90%
Ginecología	74.0	50.6	69.4	85-90%
Traumatología	99.4	55.5	90.3	85-90%
Medicina	95.6	73.0	80	85-90%
Pediatría	48.6	50.4	42.9	85-90%
Obstetricia	80.2	92.5	68.9	85-90%
hospitalización COVID	8.9	0	0	85-90%
Neonatología	68.7	88.4	82.1	85-90%
Salud Mental			50.6	85-90%
PROMEDIO TOTAL	69.6	58.2	69.6	85-90%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV-2024.

4.10.3. INDICADORES LAS UPSS: UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Promedio de Permanencia Cama en Unidades Críticas

El promedio de permanencia cama en UCI mide el número promedio de días que un paciente permanece hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, siendo el estándar entre 10 a 15 días, lo que representa una estancia óptima según la gravedad de los casos y la eficiencia en la atención crítica.



Durante el periodo 2022-2024, el promedio total en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se ha mantenido dentro del rango esperado, con 11 días en 2022, 13.0 días en 2023 y 10.6 días en 2024, mostrando una tendencia a la mejora y a una mayor rotación de pacientes.

Por servicios, la UCI general presenta una disminución progresiva de la estancia (de 11.7 a 11.2 días), evidenciando mejor control clínico y eficiencia en la atención. En la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) se observa una reducción importante (de 12.7 a 12.9 días), lo que sugiere una optimización en el manejo y flujo de pacientes críticos. En cambio, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) mantiene una permanencia relativamente estable (de 9.5 a 8.6 días), alineada con los estándares.

En general, los datos reflejan una adecuada gestión de camas críticas y una mejora sostenida en la eficiencia hospitalaria, con reducción de los tiempos de estancia y una mejor utilización de los recursos asistenciales especializados.

Tabla N° 119: Promedio de Permanencia Cama en UCI, HRGDV (2022-2024)

INDICADORES HOSPITALARIOS UCI -UPSS-(2022-2024)-HRGDV				
Promedio Permanencia Cama	Anual			Estándar
Total, días estancia de egresos /N° egresos en el mismo periodo	2022	2023	2024	
UCI	11.7	13.5	11.2	10 - 15 días.
UCI COVID19	15.5	0	0	10 - 15 días.
Unidad de Cuidados Intermedios General (UCIN)	12.7	21.1	12.9	10 - 15 días.
UTIN Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	9.5	9.5	8.6	10 - 15 días.
PROMEDIO TOTAL	11.0	13.0	10.6	10 - 15 días.

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

4.10.3.1. Intervalo de Sustitución Cama en Unidades Críticas

El análisis del intervalo de sustitución cama en las unidades de cuidados críticos del HRGDV entre 2022 y 2024 muestra que el promedio total anual en los tres años evaluados supera consistentemente el estándar establecido de entre 0.6 a 1 día, con valores de 4.7 días en 2022, 7.7 días en 2023 y 4.5 días en 2024. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se observa un aumento progresivo entre 2022 y 2023, pasando de 2.77 a 6.6 días, aunque en



2024 se reduce ligeramente a 4.5 días, permaneciendo aún por encima del valor recomendado. La UCI COVID-19 reporta un elevado valor en 2022 con 17.93 días, reflejando probablemente una baja rotación por la naturaleza crítica y aislamiento requerido durante la pandemia; en los años 2023 y 2024 no se reportan datos, lo que sugiere su desactivación por disminución de casos. La Unidad de Cuidados Intermedios Generales (UCIN) presenta valores particularmente altos, destacando los 19.2 días en 2023 como el pico más preocupante, aunque se observa una mejora en 2024 con 5.8 días, sin llegar al estándar. Por otro lado, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) muestra una tendencia más estable, con valores que se mantienen relativamente constantes entre 3.96 y 3.8 días, pero aún por encima del rango aceptable.

Tabla N° 120: Intervalo de Sustitución Cama en UCI durante (2022-2024), HRGDV

INDICADORES HOSPITALARIOS -UNIDADES CRITICAS -2022-2024- HRGDV				
Intervalo de Sustitución cama	Anual			Estándar
N° Días cama disponibles - N° pacientes día/N° de egresos hospitalarios	2022	2023	2024	
UCI	2.77	6.6	4.5	0.6- 1 día
UCI COVID19	17.93	0	0	0.6- 1 día
Unidad de Cuidados Intermedios General (UCIN)	7.24	19.2	5.8	0.6- 1 día
UTIN Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	3.96	4.4	3.8	0.6- 1 día
PROMEDIO TOTAL	4.7	7.7	4.5	0.6- 1 día

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV -2024.

Promedio de Rendimiento Cama en Unidades Críticas

El promedio de rendimiento cama, que mide el número de egresos por cama disponible al mes, muestra resultados por debajo del estándar establecido de cuatro egresos por cama en todas las unidades críticas del HRGDV durante el periodo 2022 a 2024.

El promedio total institucional es de 1.8 en 2022, disminuye a 1.5 en 2023, y mejora a 2.2 en 2024, todos ellos valores significativamente por debajo del objetivo de cuatro egresos por cama mensual. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los valores fluctúan ligeramente, pasando de 2.1 en 2022, disminuyendo a 1.7 en 2023, y subiendo a 2.3 en 2024, sin llegar en ningún año al mínimo esperado. La UCI COVID-19 refleja una utilización muy baja en 2022 con 0.8, y sin actividad reportada en 2023 y 2024, lo cual se correlaciona con su desactivación progresiva debido al descenso de casos. En la Unidad de Cuidados

Intermedios Generales (UCIN), el rendimiento cae a 0.7 en 2023 desde 1.4 en 2022, mejorando en 2024 con 1.8, aunque aún muy por debajo del valor óptimo. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) muestra los resultados más estables dentro del grupo, con valores de 2.0, 2.2 y 2.3 en los tres años, respectivamente, aunque también sin alcanzar el estándar.

Estos resultados, en conjunto con los altos intervalos de sustitución de cama mostrados en la tabla anterior, reflejan una subutilización sostenida de las camas en unidades críticas.

Tabla N° 121: Promedio de Rendimiento Cama en la UCI, UTIN, UCINA del HRGDV 2022-2024

Indicadores Hospitalarios -UPSS-2022-2024- HRGDV				
Rendimiento Cama	Anual			Estándar
N° egresos/N° camas disponibles promedio	2022	2023	2024	
UCI	2.1	1.7	2.3	04 al mes
UCI COVID19	0.8	0	0	04 al mes
Unidad de Cuidados Intermedios General (UCIN)	1.4	0.7	1.8	04 al mes
UTIN Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	2.0	2.2	2.3	04 al mes
PROMEDIO TOTAL	1.8	1.5	2.2	04 al mes

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV -2024.

Porcentaje de Ocupación Cama en Unidades Críticas El porcentaje de ocupación cama en UCI, UTIN y UCIN mide el grado de utilización de las camas disponibles en los servicios de cuidados intensivos y neonatales, siendo un indicador clave de eficiencia hospitalaria y capacidad operativa. El estándar óptimo se sitúa entre 85% y 90%, rango que garantiza un equilibrio entre disponibilidad y uso adecuado de los recursos críticos.

Durante el periodo 2022-2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra un promedio total de ocupación cama inferior al estándar, con valores de 73.3.8% en 2022, 63.4% en 2023 y 68.5% en 2024, evidenciando una utilización de camas en las unidades críticas por debajo del estándar. La UCI general mantiene una ocupación de 82.3% en 2022, descendiendo a 63.6% y 66% en los años siguientes, mientras que la UTIN presenta valores relativamente más altos (74.3%, 69.4% y 72.1%), lo que refleja una demanda sostenida en atención neonatal crítica. En contraste, la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) mantiene



niveles entre 67.7% y 67.4%, mostrando una subutilización moderada, y la UCI COVID deja de registrar actividad, consolidando el proceso de transición hacia la atención postpandemia.

Tabla N° 122: Porcentaje de Ocupación Cama en la UCI, UTIN, UCINA del HRGDV (2022-2024).

Indicadores Hospitalarios -UPSS-2022-2024 HRGDV				
Porcentaje Ocupación Cama	Anual			Estándar
Nº Pacientes-día X 100 / Nº Días-camas disponibles	2022	2023	2024	
UCI	82.3	63.6	66.0	85-90%
UCI COVID19	51.2	0	0	85-90%
Unidad de Cuidados Intermedios General (UCIN)	67.7	58.5	67.4	85-90%
UTIN Unidad de Terapia Intensiva Neonatal	74.3	69.4	72.1	85-90%
PROMEDIO TOTAL	73.3	63.4	68.5	85-90%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV -2024.

4.10.4. INDICADORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Tabla N° 123: Indicadores de Atenciones en Emergencia del HRGDV (2022-2024).

INDICADORES	Estándar	2022	2023	2024
Razón de atenciones en emergencia por atenciones en consulta externa	1/10	0.17	0.36	0.34
Razón de urgencias por atenciones en consulta externa	Sin estándar	0.02	0.02	0.02
Tasa de reingreso a emergencia dentro de las 48 horas	< 1%	0.16%	0.14%	0.13%
Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancias mayores o iguales a 12 horas	0%	28%	25%	24%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV 2024/ Registros de emergencia.

Los indicadores del servicio de emergencia permiten evaluar la eficiencia, calidad y oportunidad de la atención brindada en situaciones críticas, comparando la demanda del servicio con la capacidad de respuesta institucional. Durante el periodo 2022-2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega presenta los siguientes resultados:

Razón de Atenciones en Emergencia por Atenciones en Consulta Externa:

El indicador “Razón de emergencias por consultas médicas” evalúa la magnitud de las atenciones en el servicio de emergencia en relación con las consultas externas realizadas



en el mismo periodo, permitiendo medir la presión asistencial del hospital y la eficiencia del sistema de referencia.

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, durante el periodo 2022–2024, la razón de emergencias por consultas médicas pasó de 0.17 en 2022 a 0.36 en 2023 y 0.34 en 2024, cifras que se ubican por encima del estándar hospitalario (1/10), evidenciando una alta demanda del servicio de emergencia respecto a las consultas externas. Esta tendencia refleja una sobrecarga asistencial posiblemente vinculada a la limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención, la búsqueda directa de atención en emergencias por parte de pacientes con patologías leves, y la falta de articulación efectiva entre los servicios ambulatorios y de urgencia. Si bien en 2024 se aprecia una leve disminución, el indicador aún sugiere la necesidad de fortalecer la red de atención primaria, mejorar los mecanismos de triaje y referencia, y optimizar la programación de consultas externas, con el fin de descongestionar el área de emergencia y asegurar una atención oportuna y de calidad a los casos realmente urgentes.

Razón de Urgencias por Atenciones en Consulta Externa:

El indicador “Razón de urgencia por consulta médica” mide la proporción de atenciones médicas en urgencias respecto al total de consultas externas en un mismo periodo. Su propósito es identificar la magnitud de la demanda de atención urgente en relación con la atención ambulatoria, permitiendo analizar la presión asistencial del servicio de emergencia y la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia.

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV), este indicador se ha mantenido estable entre 2022 y 2024, con un valor constante de 0.02, lo que significa que por cada 100 consultas externas se registran aproximadamente 2 atenciones por urgencia. Aunque el indicador no cuenta con un estándar establecido, su comportamiento sugiere que la proporción de atenciones de urgencia respecto al total ambulatorio es baja y controlada, lo que podría reflejar una adecuada derivación de pacientes y una menor congestión del servicio de emergencia.

Tasa de Reingreso a Emergencia dentro de las 48 horas:

El estándar establece que la tasa de reingreso a emergencia dentro de las 48 horas debe ser menor al 1%.



Este indicador, cuyo estándar es menor al 1%, ha mostrado valores favorables (0.16% en 2022, 0.14% en 2023 y 0.13% en 2024), lo que indica una atención resolutive adecuada y un bajo número de reingresos tempranos, evidenciando mejoras en la calidad de la atención inicial. La baja tasa de reingreso puede reflejar una atención efectiva en la emergencia, sugiere que los pacientes están recibiendo la atención adecuada en el primer contacto y no necesitan regresar a la emergencia en un corto período de tiempo.

Porcentaje de pacientes en Sala de Observación con estancias mayores o iguales a 12 horas:

El estándar establecido es del 0%, lo que implica que no se espera que ningún paciente permanezca en observación por 12 horas o más. Sin embargo, los valores observados indican que un porcentaje significativo de los pacientes se quedan en observación por un tiempo prolongado (más de 12 horas). los valores obtenidos 28% en (2022), 25% en (2023) y 24% en (2024) muestran una tendencia a la reducción, pero aún se mantiene por encima del ideal, lo que puede estar relacionado con demoras en la disponibilidad de camas, falta de espacios de hospitalización, falta de personal para la evaluación. Además, este tiempo prolongado en observación puede generar costos adicionales y disminuir la eficiencia del hospital.

Indicadores de Atenciones en Emergencia del HRGDV (2022- 2024)

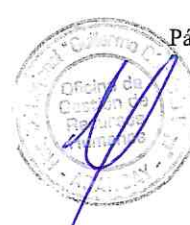
Tabla N° 124: Atención de acuerdo a Prioridades en Emergencia del HRGDV (2022- 2024)

PRIORIDADES	2022	%	2023	%	2024	%
Prioridad I	4142	28	1110	7.4	1366	8.9
Prioridad II	3060	21	3700	24.6	4536	29.7
Prioridad III	6851	47	9571	63.7	8493	55.6
Prioridad IV	504	3	638	4.2	884	5.8
TOTAL	14557	100	15019	100	15279	100.0

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, HRGDV - 2024, Registros de emergencia.

El indicador “Atención de acuerdo a prioridades en emergencia” permite conocer la distribución de los pacientes según la gravedad o urgencia de sus casos, conforme al sistema de triaje establecido. Durante el periodo 2022–2024, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV), se evidencia un cambio notable en la composición de las atenciones según nivel de prioridad.

La prioridad I (Emergencias críticas): Corresponde a los casos que ponen en riesgo inmediato la vida del paciente y requieren atención médica urgente. En el HRGDV, este grupo muestra una disminución drástica a lo largo del periodo analizado: pasó de 28% en 2022, a 7.4% en 2023 y 8.9% en 2024. Esta reducción podría interpretarse como una mejor



derivación y control de emergencias desde el primer nivel de atención, pero también podría reflejar subregistro o demoras en la clasificación del triaje, así como una posible disminución en la captación oportuna de casos críticos.

La prioridad II (Urgencias moderadas): Incluye a pacientes que requieren atención médica rápida, pero cuya condición no compromete de manera inmediata la vida. En este grupo se observa un incremento sostenido, de 21% en 2022 a 24.6% en 2023 y 29.7% en 2024. Este comportamiento indica un aumento en la demanda de urgencias atendibles dentro del hospital, probablemente por enfermedades agudas no graves o complicaciones de enfermedades crónicas que podrían haberse resuelto en consulta externa. Esto evidencia la insuficiente capacidad resolutive del primer nivel y la preferencia de la población por acudir directamente al hospital.

Prioridad III (Casos no urgentes): Representa el grupo más numeroso y de mayor crecimiento. En 2022, los casos prioridad III constituían el 47% del total; en 2023, aumentaron a 63.7%, y en 2024 representaron 55.6%. Este incremento refleja una alta proporción de pacientes que acuden al servicio de emergencia por afecciones leves o no urgentes, lo cual sobrecarga el sistema y reduce la disponibilidad de recursos para las emergencias verdaderas. Este patrón es común en hospitales de referencia y refleja deficiencias en la atención ambulatoria, así como falta de educación sanitaria en la población respecto al uso adecuado del servicio de emergencia.

Prioridad IV (Sin urgencia médica real): Son pacientes que no presentan urgencia y que podrían ser atendidos en consulta externa. Aunque su volumen es menor, ha mostrado un incremento sostenido: de 3% en 2022, a 4.2% en 2023 y 5.8% en 2024. Este crecimiento, aunque moderado, confirma la utilización inadecuada del servicio de emergencia como vía de acceso a atención médica rápida, afectando la eficiencia del servicio y generando mayores tiempos de espera para pacientes críticos.

Tabla N° 125: Total de pacientes Atenciones en Trauma Shock del HRGDV (2022-2024)

Año	Total, ATC emergencia	Pacientes ATC en trauma shock	%
2022	14557	420	3%
2023	15019	415	3%
2024	15279	457	3%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática – HRGDV/ Registros de emergencia.

Durante el periodo 2022-2024, el total de atenciones en el servicio de emergencia del HRGDV mostró una ligera tendencia al aumento, pasando de 14,557 en el año 2022 a 15,279 en el 2024. En cuanto a las atenciones en el área de trauma shock, se observa una



cifra relativamente constante, con 420 atenciones en 2022, 415 en 2023 y 457 en 2024, manteniéndose el porcentaje en 3 % respecto al total de atenciones de emergencia en los tres años analizados. Este comportamiento indica estabilidad en la proporción de casos críticos que requieren manejo en trauma shock, a pesar del incremento general de las atenciones en emergencia, lo que sugiere una adecuada capacidad de respuesta y un control sostenido en la atención de casos graves.

4.10.5. INDICADORES EN UPSS GINECO-OBSTETRICIA

Tabla N° 126: Indicadores en UPSS, Gineco – Obstetricia (2022-2024)

Año	Total, Partos	Tasa de cesáreas Estándar 20%-25%	% de cesáreas primarias	Razón de cesáreas primarias /iterativas	Rendimiento de sala de partos (2 salas)	Nº de Episiotomía	Laceración de IV grado	Laceración de IV grado asociado a episiotomía
2022	1570	46%	15%	0.49	428	94	1	1,06%
2023	1593	42%	13%	0.44	461	114	0	0%
2024	1426	49%	28%	1.3	365	105	0	0

Fuente: Registros de partos HRGDV- ESSRR

El análisis de los indicadores en el servicio de Gineco-Obstetricia del HRGDV (2022-2024) permite observar la dinámica de la atención obstétrica y los resultados perinatales, vinculados con la eficiencia del servicio y la calidad del parto institucional.

Durante el periodo analizado, el número total de partos presentó una disminución progresiva, pasando de 1,570 partos en 2022 a 1,426 en 2024, lo que equivale a una reducción de 9.1%.

Este descenso puede estar relacionado con la disminución de la natalidad regional o con la derivación de gestantes hacia otros establecimientos del nivel I-4 y II-1.

La tasa de cesáreas se mantiene elevada respecto al estándar recomendado por la OMS (20-25%), alcanzando 46% en 2022, 42% en 2023 y 49% en 2024, lo que refleja una tendencia creciente y una dependencia del parto quirúrgico. Este incremento sugiere la necesidad de evaluar las indicaciones obstétricas y protocolos clínicos empleados para la resolución de partos, dado que el exceso de cesáreas puede incrementar riesgos materno-perinatales y costos hospitalarios.

En cuanto al porcentaje de cesáreas primarias, que mide la frecuencia de primeras intervenciones sin antecedentes quirúrgicos previos, se observa un aumento de 15% en

2022 a 28% en 2024, lo que evidencia que una mayor proporción de mujeres está siendo sometida a cesárea por primera vez. Este dato es relevante, pues incrementa la probabilidad de cesáreas iterativas en embarazos futuros. La razón de cesáreas primarias/iterativas se incrementa notoriamente de 0.49 en 2022 a 1.3 en 2024, confirmando este cambio en el perfil obstétrico.

El rendimiento de la sala de partos (dos salas operativas) muestra una disminución en la productividad, de 428 partos atendidos en 2022 a 365 en 2024, lo que puede deberse a la reducción de partos espontáneos frente al aumento de cesáreas o a la redistribución de pacientes a otras instituciones.

Respecto a las episiotomías, se mantiene un número similar en los tres años (entre 94 y 114 casos), mientras que la laceración perineal de IV grado, indicador de complicación obstétrica grave, se redujo de 1.06% en 2022 a 0% en los dos años siguientes, lo que sugiere una mejora en la técnica obstétrica y en el manejo del parto vaginal.

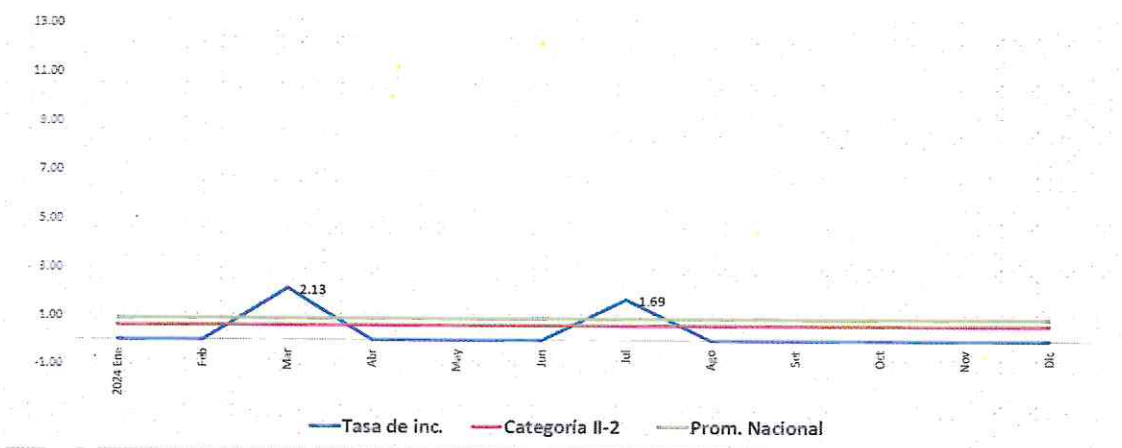


CAPÍTULO V

5.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA

5.1.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD 2024

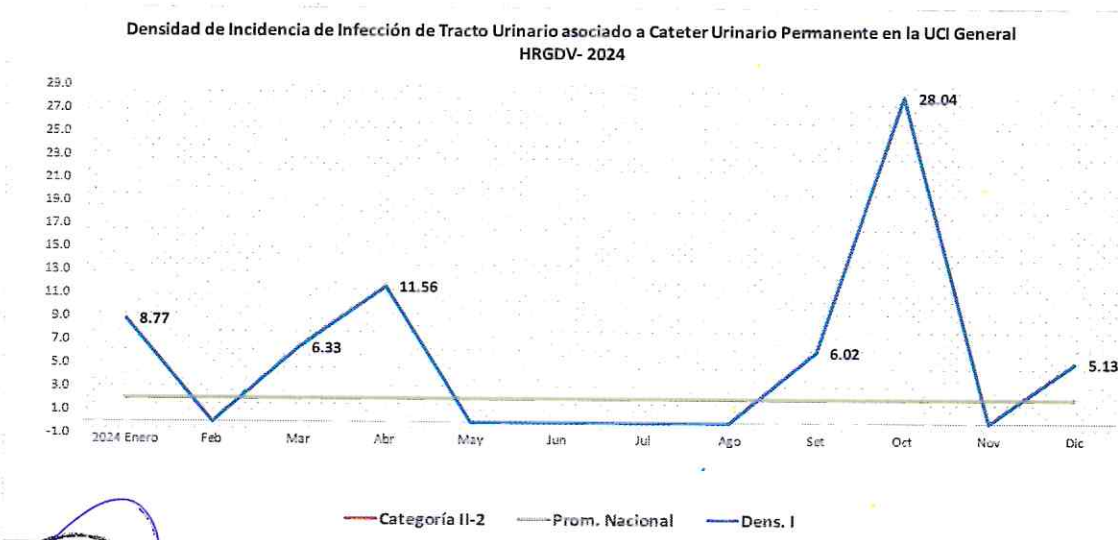
Gráfico N° 37: Tasa de incidencia de infección por herida operatoria asociado a parto por cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia HRGDV – enero a diciembre 2024



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV- 2024

Durante el año 2024 se notificaron 2 casos de infección de herida operatoria asociado a parto por cesárea en el Servicio de Gineco-obstetricia. En el mes de marzo se notificó el primer caso de IAAS, con una tasa de incidencia de 2.13 % y en el mes de julio se notificó el segundo caso de infección con una tasa de incidencia de 1.69%; ambas incidencias por encima del promedio nacional 0.91% y del nivel de categoría 0.65 %.

Gráfico N° 38: Densidad de Incidencia de Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI- HRGDV 2024



Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV- 2024



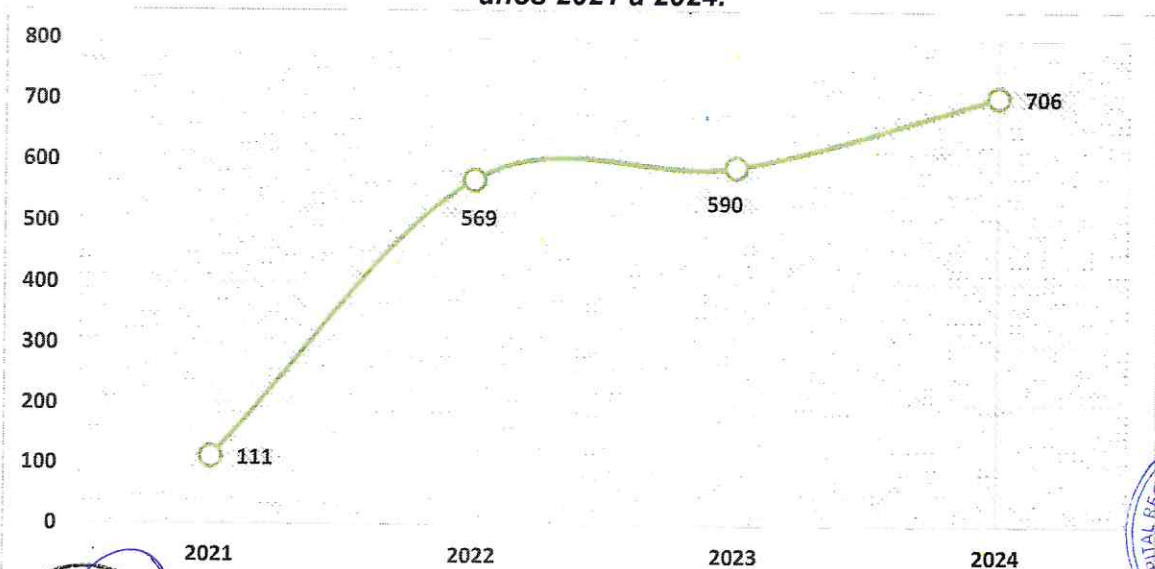
Durante el año 2024 se notificaron 9 casos de infección de tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos: el pico más alto se observa en el mes de octubre donde se notificó 3 casos de IAAS, con una densidad de incidencia de 28.04/1000 días de exposición seguido por el mes de abril donde se notificó 2 casos con una densidad de incidencia de 11.56 /1000 días de exposición. Es importante resaltar que esta densidad de incidencia fue seleccionada para el Convenio de Gestión 2024 teniendo como valor umbral 2.51/1000 días de exposición.

5.1.2. ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

5.1.2.1. Situación Epidemiológica de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Neumonías, SOBA/ASMA.

En la presente gráfica se observa la tendencia de casos de Infecciones Respiratorias Agudas a través de los años con una presentación sostenida y tendencia ascendente de casos desde el año 2021 (111 casos) al 2024 (706 casos); a diferencia del año 2021 con aparente número reducido de casos por causa de la pandemia COVID-19; donde todo caso respiratorio fue considerado como caso SARS-CoV-2 y no la presentación de otros virus respiratorios; como hospital referencia del ámbito de la región de Apurímac podemos decir que la frecuencia de casos es sostenido a través del tiempo.

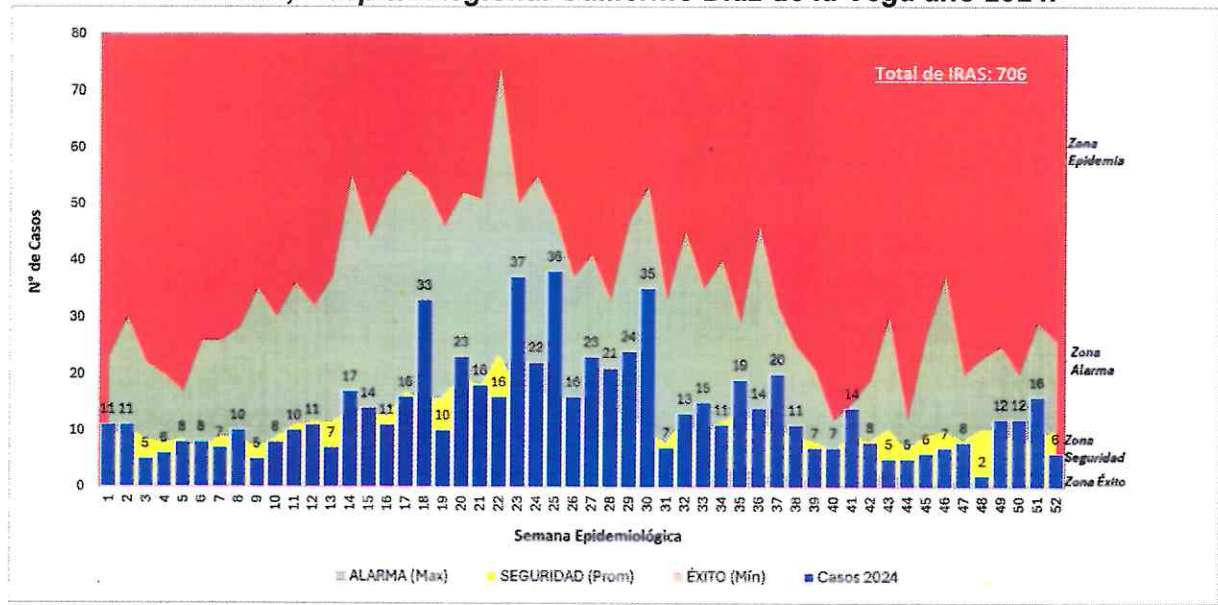
Gráfico N° 39: Tendencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el HRGDV según años 2021 a 2024.



Fuente: Notificación CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.



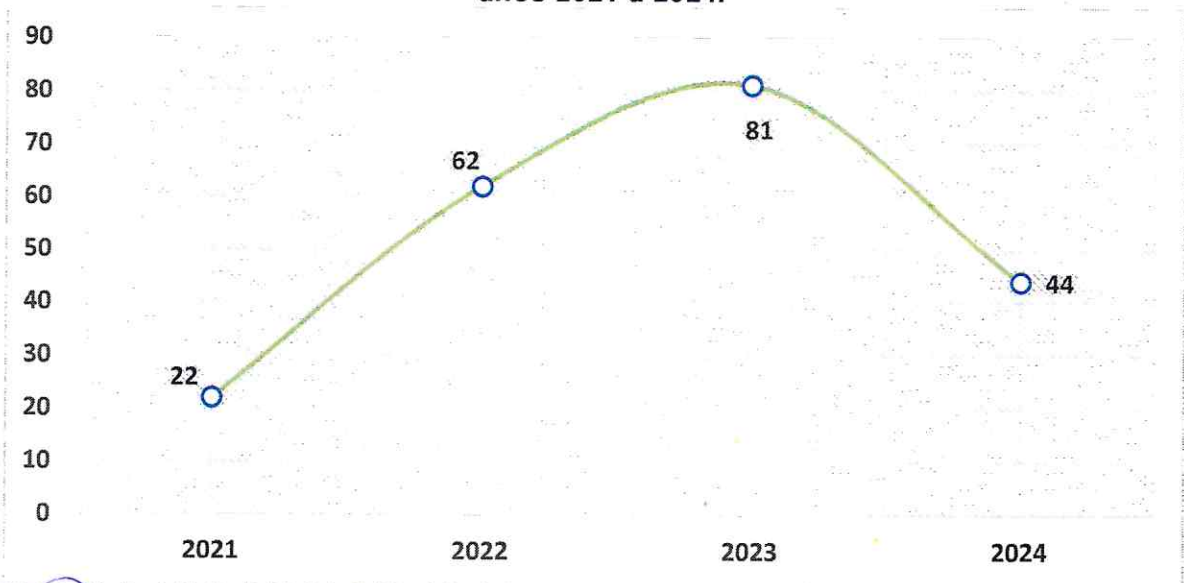
Gráfico N° 40: Canal Endémico de las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega año 2024.



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología 2024.

En el presente canal endémico de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años se observa 706 casos notificados en el hospital, identificándose picos en la zona de alarma, que implica un incremento de casos en las semanas epidemiológicas 23 a 30 que corresponde a los meses de mayo y junio evento relacionado a bajas temperaturas en la sierra del Perú.

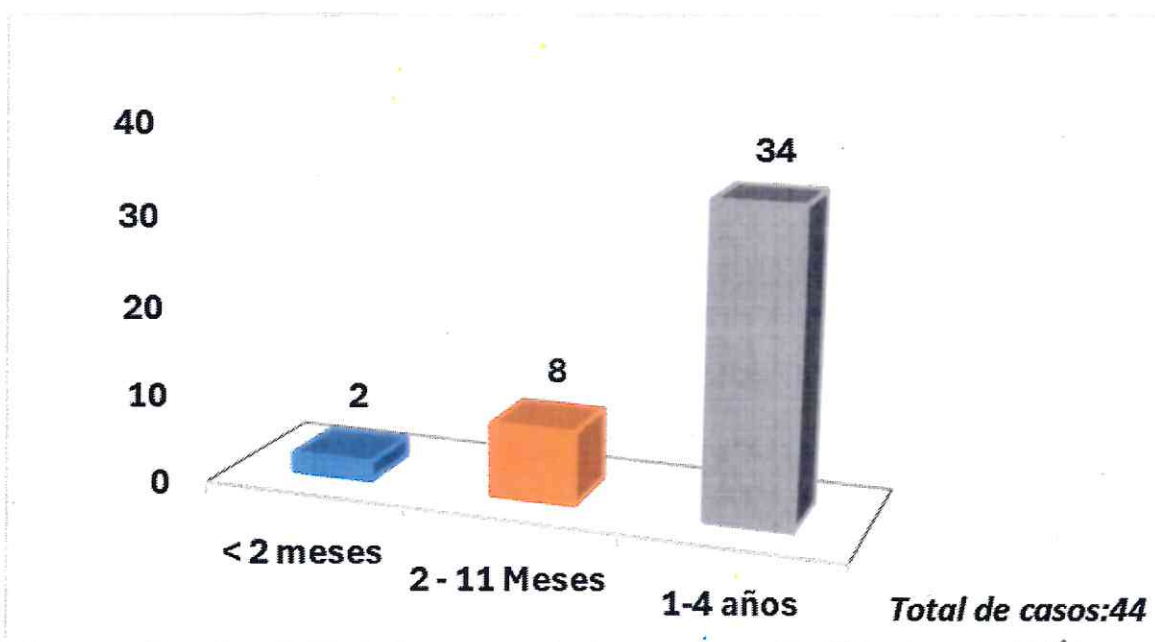
Gráfico N° 41: Tendencia de Neumonías en menores de 5 años en el HRGDV según años 2021 a 2024.



Fuente: Notiweb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

En la presente gráfica de casos de neumonía se observa para el año 2021 poca frecuencia de casos (22), esta se puede deberse a la pandemia por COVID-19 por la presentación clínica similar con neumonía, para el año 2022 (62) esta situación fue en incremento los casos notificados por neumonía y también para el año 2023 (81) fue más sostenido la presentación de casos, para el año 2024 (44) se observa una aparente disminución de casos se puede deberse por la mejora en las inmunizaciones en niños menores de 5 años como medida preventiva de las infecciones respiratorias. Como hospital referencial se prepara para las atenciones de casos hospitalizados por neumonía ya que la recuperación de los niños con neumonía es lenta.

Gráfico N° 42: Casos de Neumonía en Menores de 5 años según grupo etéreo HRGDV-2024.

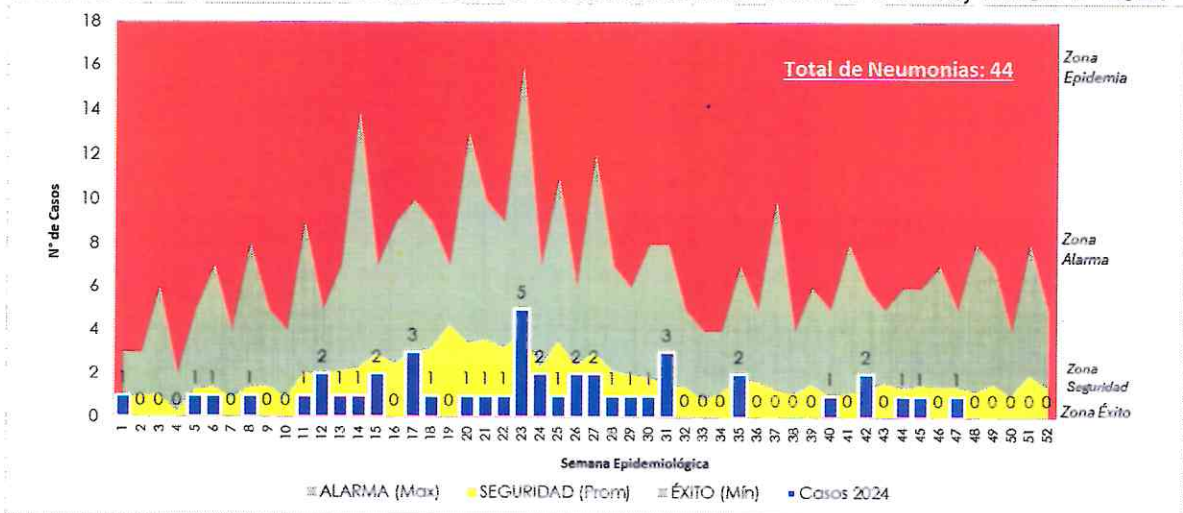


Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología del HRGDV 2024.

En la presente gráfica se observa mayor número de casos de neumonía se presentaron en las edades de 1 a 4 años, con 34 casos, esta situación puede deberse a la predisposición de niños del estado nutricional y mayor exposición a factores de riesgo, a diferencia de niños menores de 1 año de 2 a 11 meses con 8 casos y < de 2 meses con 2 casos, que cuentan con la protección de inmunidad materna y vacunas: El hospital como nosocomio referencial cuenta con ambientes preparados para eventos de neumonía como parte de respuesta hospitalaria.



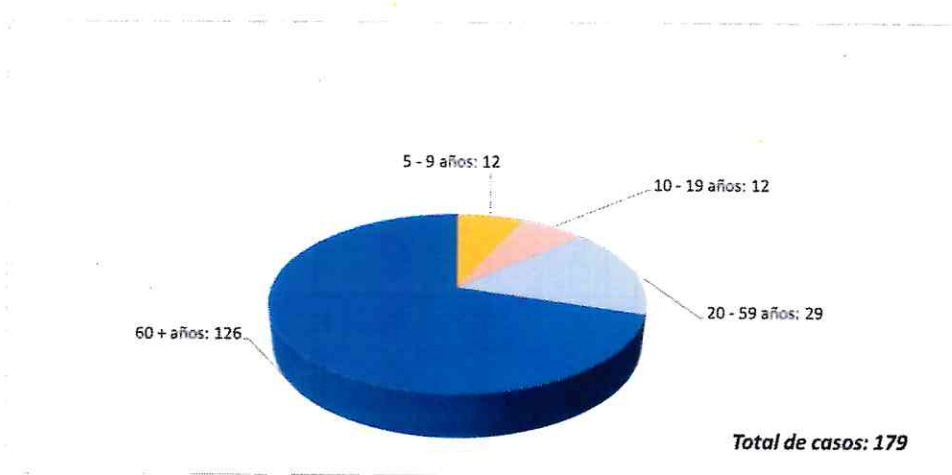
Gráfico N° 43: Corredor Endémico de Neumonías menores de 5 años, HRGDV- 2024



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

En el presente canal endémico de casos de neumonías en menores de 5 años, se observa que en la zona de alarma se presentaron casos durante las semanas epidemiológicas que corresponden al mes de mayo y junio evento relacionado a las bajas temperaturas en la sierra del Perú, la mayoría de presentación de casos se sostiene dentro de la zona segura; esta situación garantiza los pocos casos hospitalizados durante el calendario del año 2024.

Gráfico N° 44: Casos de Neumonía en mayores de 5 años por grupo etáreo en el HRGDV-2024.

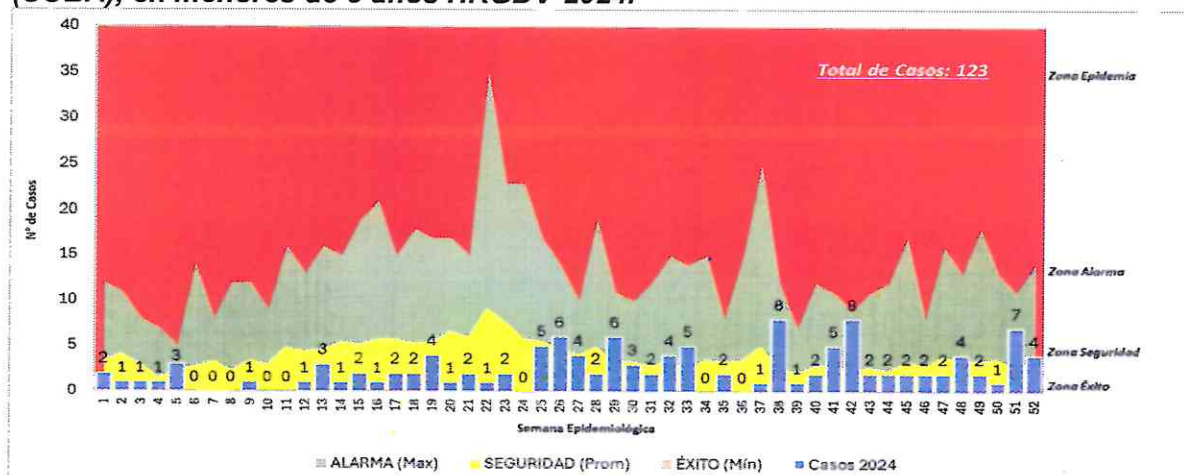


Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

En la presente gráfica se observa el número de casos de neumonías en mayores de 5 años según grupo etario, donde la mayor presentación de casos es en 60 años a más con 126 casos debido a factores de comorbilidad u otras condiciones de riesgo, seguido de 20 a 59 años con 29 casos, en población de 10 a 19 años con 12 casos, estos eventos se

presentaron con mayor frecuencia entre los meses de mayo y junio relacionado a las bajas temperaturas en la sierra del Perú.

Gráfico N° 45: Canal Endémico de Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo (SOBA), en menores de 5 años HRGDV-2024.

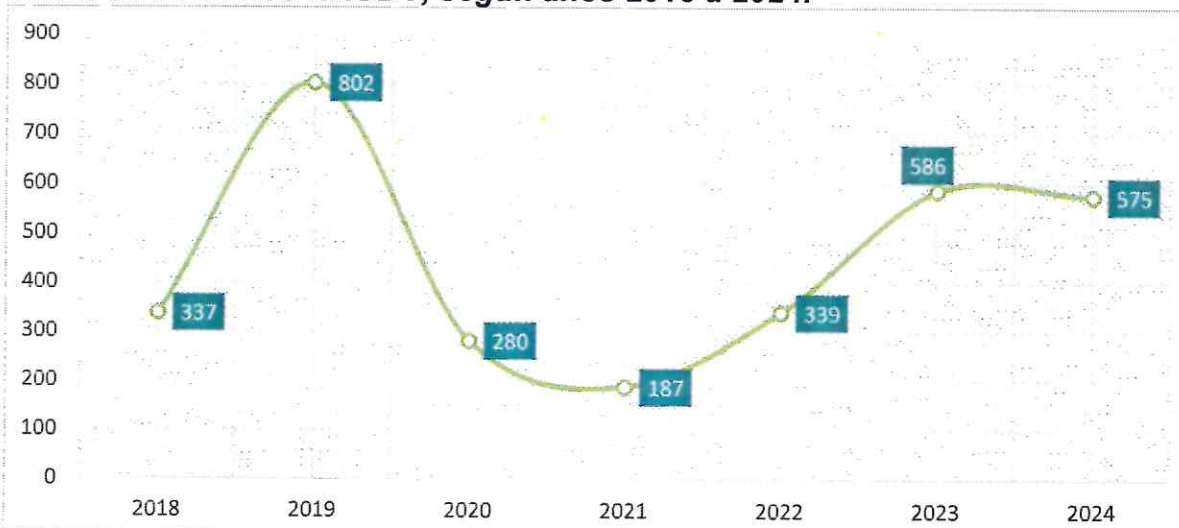


Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología del HRGDV 2024.

En el presente canal endémico de casos de Síndrome de Obstrucción Bronquial en menores de 5 años se notificaron 123 casos en el HRGDV durante el año 2024, de los cuales observamos mayores picos en zona de alarma en las semanas epidemiológicas de 18 al 28 correspondiente a los meses de mayo y junio, evento relacionado a las bajas temperaturas en la sierra del Perú.

5.1.2.2. Tendencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDAS)

Gráfico N° 46: Tendencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDAS) en menores de 5 años HRGDV, según años 2018 a 2024.

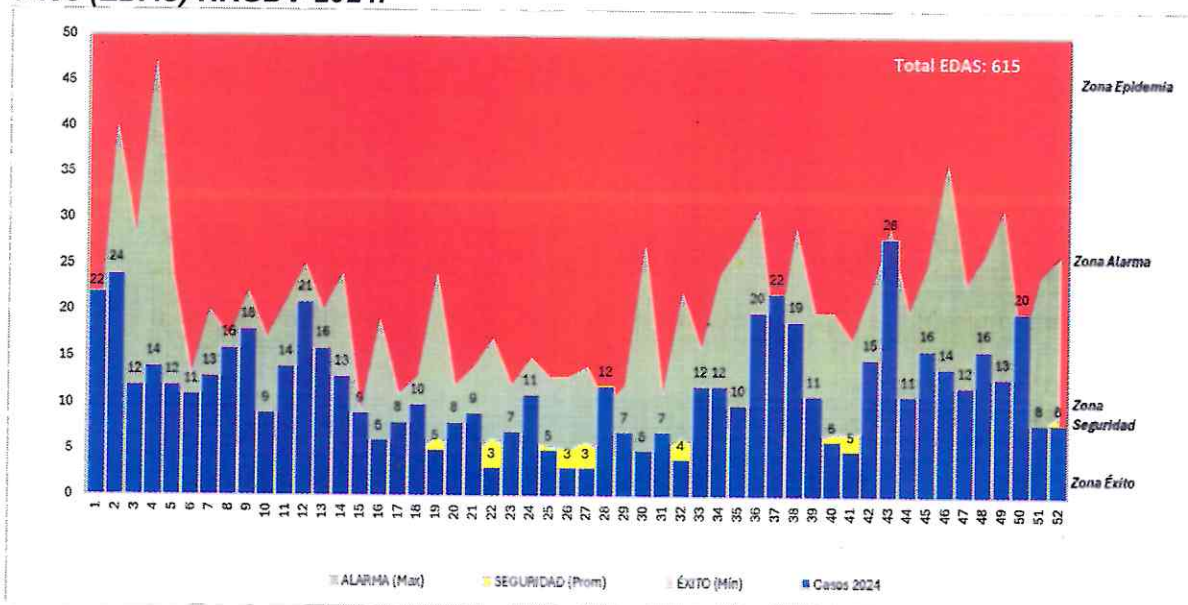


Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología del HRGDV 2024.



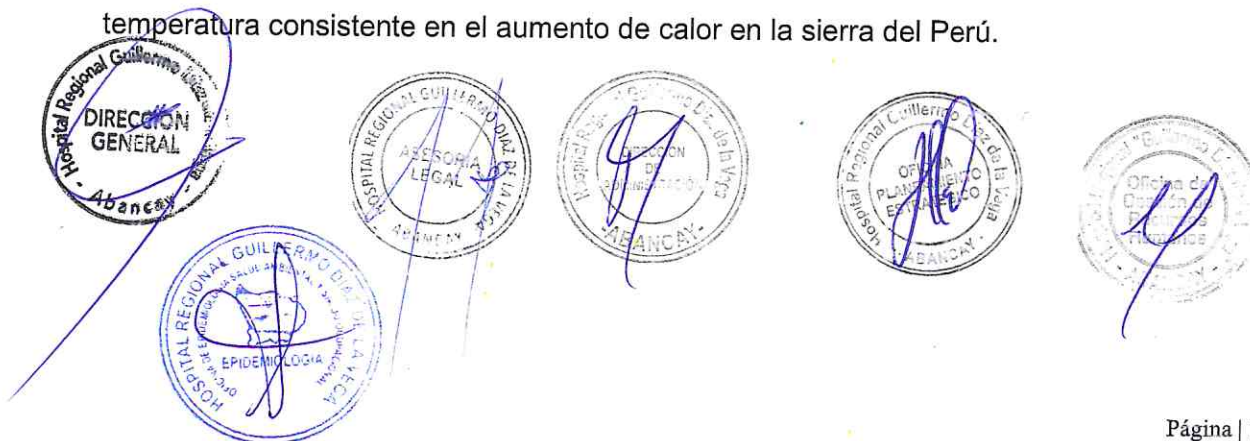
En la presente gráfica de tendencia de presentación de casos de la enfermedad diarreica aguda, a través de los años se observa una tendencia ascendente a diferencia de los años 2020 y 2021 por causa de la pandemia por COVID-19; donde la vigilancia epidemiológica estaba enfocado en COVID-19; en el año 2024 se presentaron 615 casos de EDAS en menores de 5 años, esta sostenibilidad de incremento de casos se debe a que el hospital como nosocomio referencial del ámbito del departamento de Apurímac, recibe casos referidos de primer nivel de atención para mayor manejo clínico y laboratorio.

Gráfico N° 47: Corredor Endémico de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años (EDAS) HRGDV-2024.



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología del HRGDV 2024.

En el presente canal endémico de casos de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años se notificaron 615 casos en el HRGDV durante el año 2024, de los cuales observamos mayores picos en la zona de alarma en las semanas epidemiológicas de 34 al 45 correspondiente a los meses de setiembre y octubre evento relacionado a los cambios de temperatura consistente en el aumento de calor en la sierra del Perú.

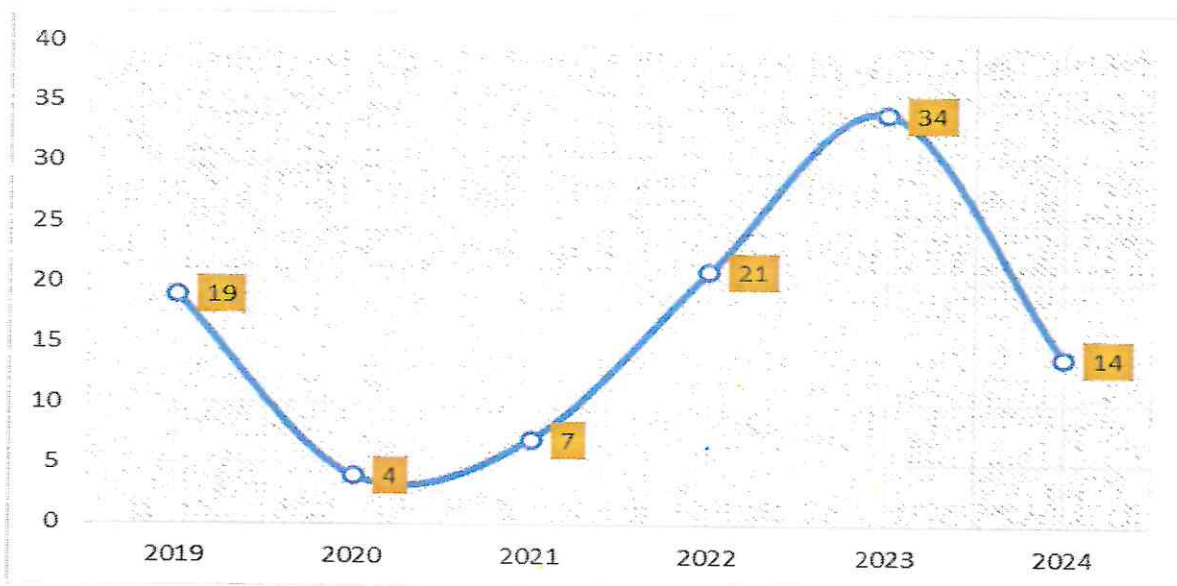


5.1.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

5.1.3.1. Situación Epidemiológica de Hepatitis B.

En la presente gráfica de tendencia de presentación de casos de Hepatitis B a través de los años se observa una tendencia ascendente de casos a diferencia de los años 2020 y 2021 por causa de la pandemia por COVID-19; donde la vigilancia epidemiológica estaba enfocado en COVID-19; en el año 2022 se notificaron 21 casos, en el año 2023 34, en tanto que en el año 2024 se identificó 14 casos; esta sostenibilidad de casos se debe a que el hospital como nosocomio referencial del ámbito del departamento de Apurímac recibe casos referidos de primer nivel de atención para manejo y confirmación laboratorial.

Gráfico N° 48: Número de Casos Confirmados de Hepatitis B, según años de 2019 a 2024 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.



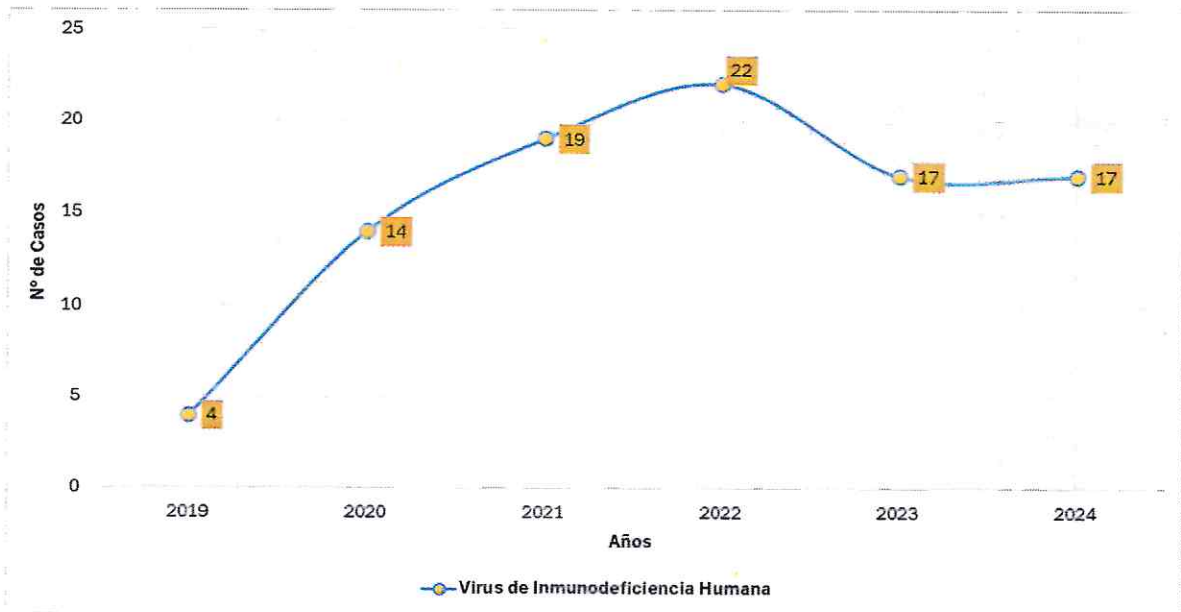
Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

5.1.3.2. Situación Epidemiológica de VIH/SIDA.

Entre los años 2019 y 2024, los casos de VIH/SIDA en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega presentan una tendencia ascendente hasta 2022 y una leve estabilización posterior. En 2019 se notificaron 4 casos, aumentando a 14 en 2020, 19 en 2021 y alcanzando el máximo de 22 casos en 2022. Durante 2023 y 2024, los casos se mantuvieron en 17, reflejando una estabilidad con ligera reducción respecto al pico anterior.



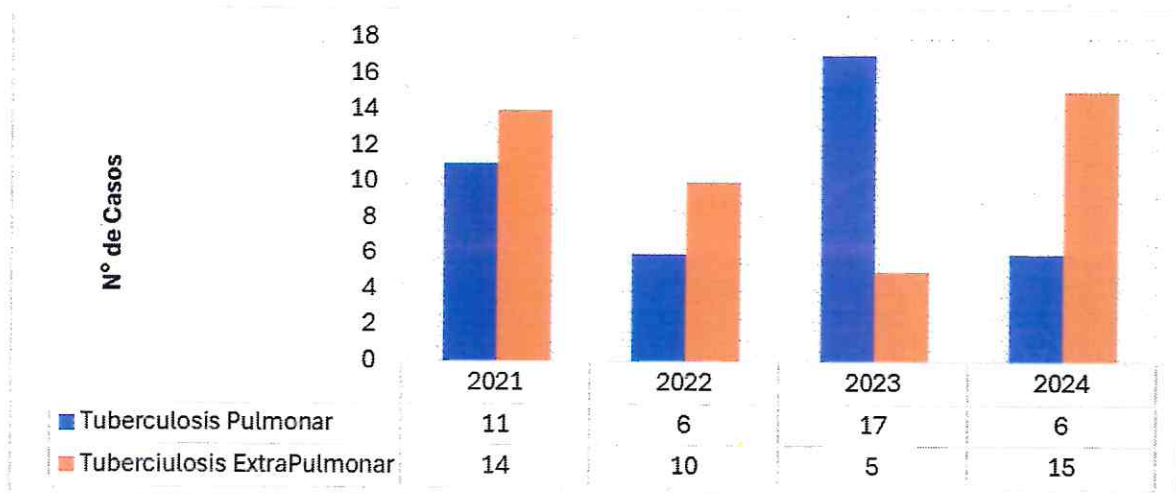
Gráfico N° 49: Número de Casos de VIH/SIDA, según años de 2019 a 2024 HRGDV.



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

5.1.3.3. Situación Epidemiológica de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar

Gráfico N°50: Número de Casos de TBC en el HRGDV, según años 2021 a 2024.



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

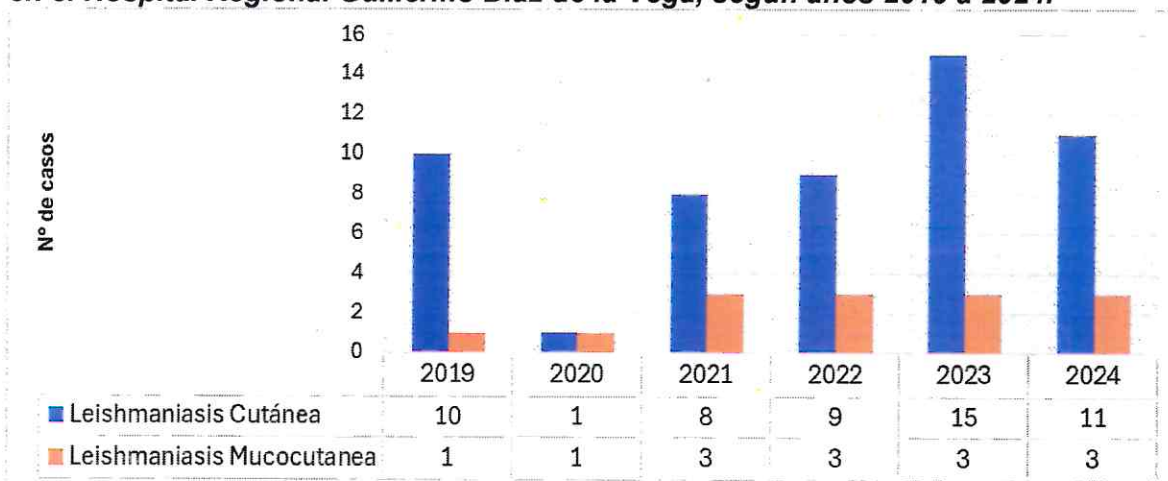
En la presente gráfica se observa los casos de Tuberculosis Pulmonar son 06 casos notificados en el año 2024 con frecuencia continua de casos a diferencia de casos de Tuberculosis Extra pulmonar son 15 casos notificados con casos sostenibles a través de los



años; debido que el hospital es un nosocomio referencial del ámbito del departamento y se cuenta con la especialidad de Infectología para el diagnóstico y manejo de casos.

5.1.3.4. Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis Cutánea y Mucocutánea

Gráfico N°51: Número de casos de Leishmaniosis Cutánea y Mucocutánea, notificados en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, según años 2019 a 2024.

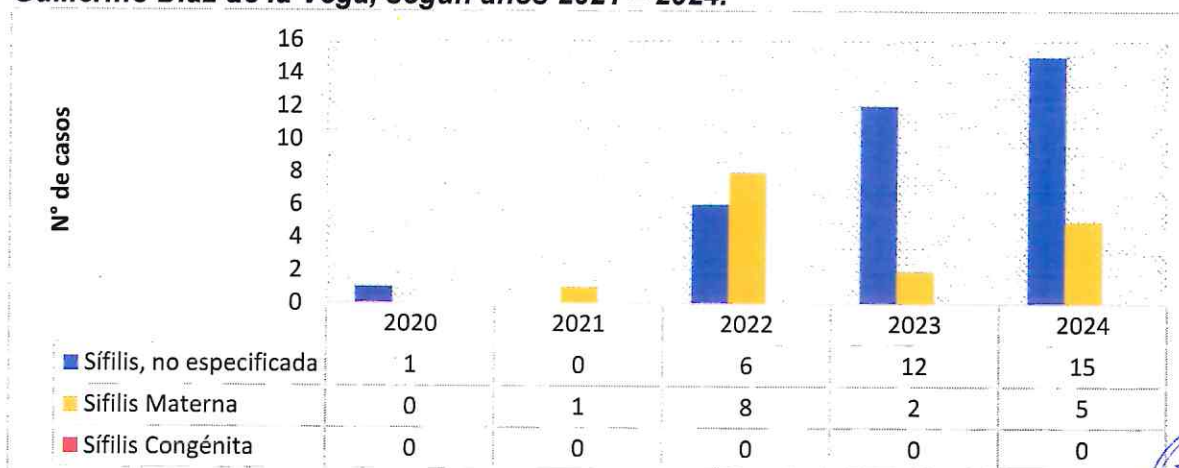


Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

En la presente gráfica se observa en el año 2024 los casos de Leishmaniasis Cutánea (11 casos) y Mucocutánea (3 casos), con casos sostenibles a través de los años ya que el ámbito del departamento de Apurímac es considerada zona endémica de Leishmaniasis; el hospital como ente referencial cuenta con especialista en Infectología para el diagnóstico y manejo clínico de casos.

5.1.3.5. Situación Epidemiológica de Sífilis

Gráfico N° 52: Número de casos de Sífilis, notificados en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, según años 2021 – 2024.



Fuente: NotiWeb CDC - Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.



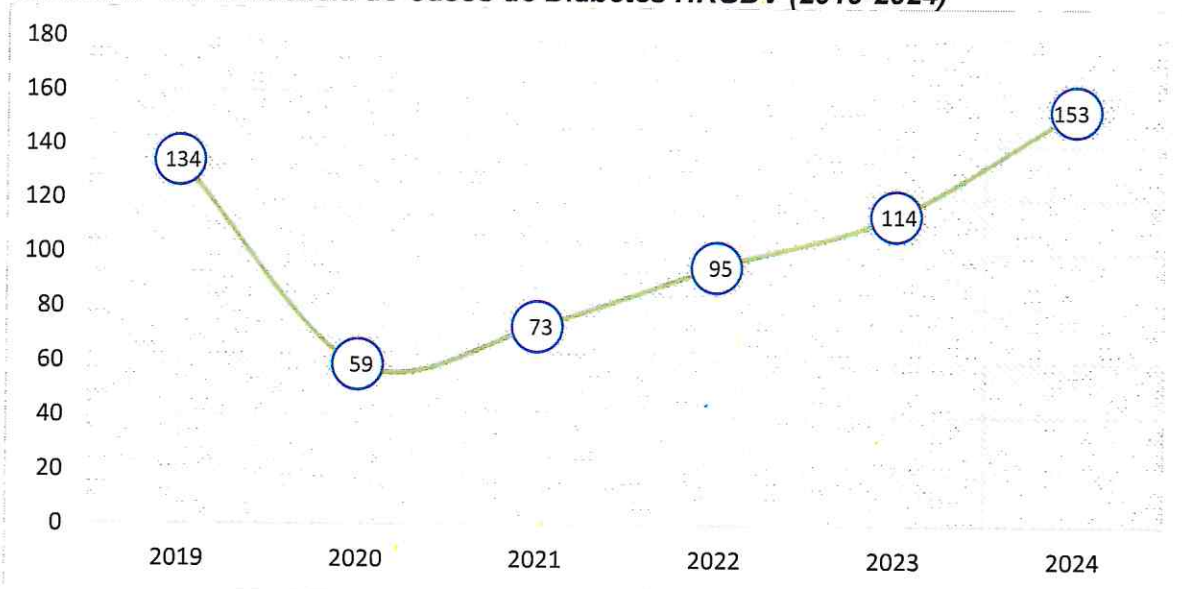
Durante el periodo analizado, se observa una tendencia creciente en los casos de sífilis notificados en el HRGDV, especialmente en la categoría sífilis no especificada, que pasó de 1 caso en 2020 a 15 casos en 2024, evidenciando un incremento sostenido.

- **Sífilis no especificada:** Aumenta progresivamente de 1 (2020) a 15 (2024), lo que representa una importante en el periodo. Este crecimiento sugiere un incremento en la detección o en la transmisión de la enfermedad en la población general.
- **Sífilis materna:** Presenta un comportamiento fluctuante: 1 caso en 2021, 8 en 2022, 2 en 2023, y 5 en 2024. Aunque se observa una ligera reducción después del pico de 2022, la persistencia de casos refleja la necesidad de fortalecer el tamizaje prenatal y el seguimiento a gestantes.
- **Sífilis congénita:** No se registran casos durante los años analizados, lo cual es un indicador positivo de control asociado a la identificación y tratamiento oportuno de gestantes infectadas.

5.1.4. SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

5.1.4.1. Situación Epidemiológica de Diabetes

Gráfico N° 53: Tendencia de Casos de Diabetes HRGDV (2019-2024)



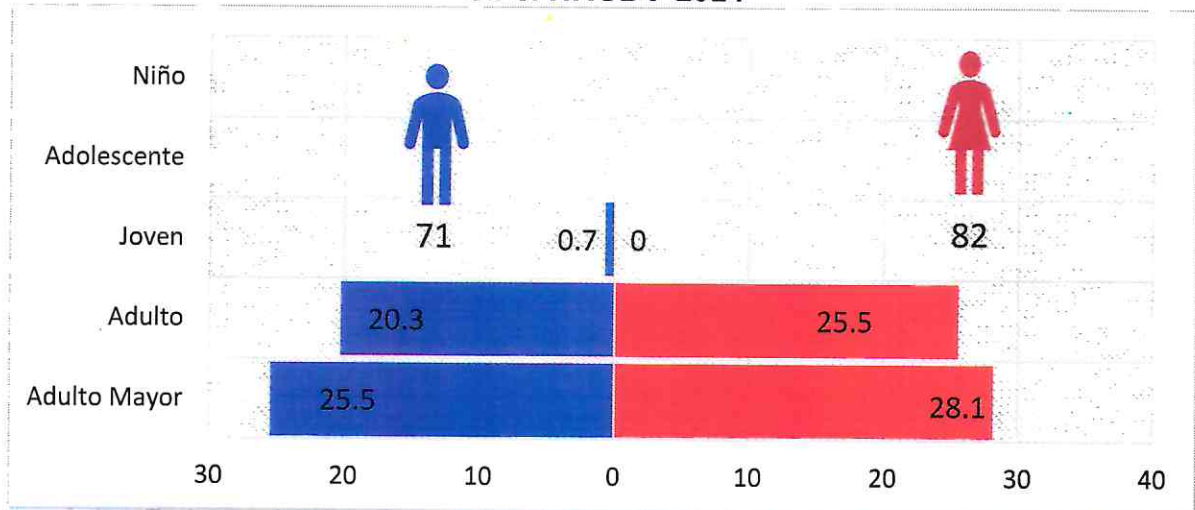
Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV (2019- 2024).

Entre los años 2019 y 2024, los casos de diabetes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestran una tendencia general ascendente. En 2019 se registraron 134 casos, con una marcada disminución en 2020 (59 casos), posiblemente asociada a la pandemia y



la reducción de controles ambulatorios. A partir de 2021 (73 casos), los casos aumentan de forma sostenida hasta 2024 (153 casos), evidenciando un incremento progresivo de la enfermedad. Este comportamiento refleja tanto una mayor detección y control diagnóstico, como también un incremento real en los factores de riesgo, vinculados al sedentarismo, alimentación inadecuada y envejecimiento poblacional.

Gráfico N° 54: Distribución de casos de Diabetes según etapas de vida y Sexo en el HRGDV-2024



Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

En el año 2024, la distribución de casos de diabetes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una mayor incidencia en mujeres (82 casos) frente a los hombres (71 casos).

Por grupos etarios, la enfermedad afecta principalmente a los adultos mayores (28.1 % en mujeres y 25.5 % en hombres) y a los adultos (25.5 % en mujeres y 20.3 % en hombres), evidenciando una clara predominancia en etapas de vida adultas y avanzadas. En tanto, la presencia en niños y adolescentes es mínima (0.7 %).

Estos resultados reflejan que la diabetes constituye un problema creciente en la población adulta y adulta mayor, con una mayor carga de enfermedad en el sexo femenino, lo que sugiere la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y control enfocadas en estilos de vida saludables y detección temprana.

5.1.4.2. Situación del Cáncer en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay- Apurímac.

En el HRGDV 2024 a través de la Unidad de epidemiología se notificó 226 casos; siendo la provincia de Abancay donde se concentra el mayor número de casos haciendo un total de



150 casos, seguido de la provincia de Aymaraes con un número de 23 casos, 21 casos de la provincia de Grau, 13 casos de Andahuaylas.



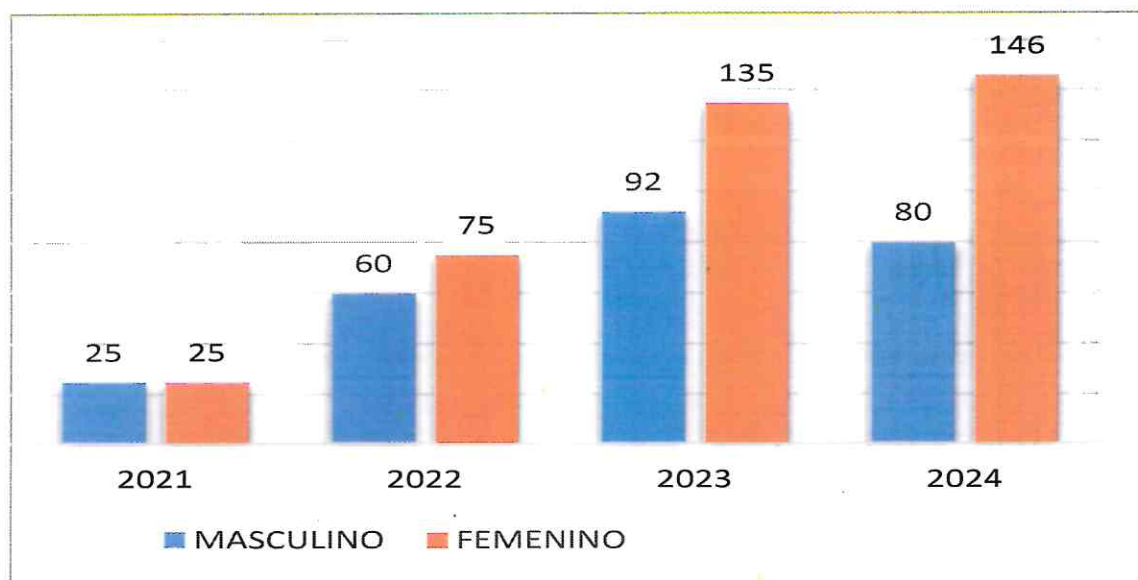
Fuente: Unidad de epidemiología HRGDV.

Casos de Cáncer según sexo, HRGDV.

En el análisis epidemiológico de los casos de cáncer en el HRGDV, se tiene que desde el año 2021 al 2024, hubo un incremento notorio en la identificación de los casos, con predominio del sexo femenino. Desde el año agosto 2022 se evidencia un incremento de casos notificados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega revela un aumento significativo en el número de casos nuevos de cáncer en ambos géneros, lo que se atribuye principalmente a la presencia de un especialista en oncología en el equipo médico. La inclusión de este especialista ha permitido una mayor detección de casos oncológicos, lo que ha mejorado la capacidad del hospital para atender a los pacientes. Este aumento es especialmente pronunciado en las mujeres. Este incremento va desde (50) casos notificados el año 2021 a (227) casos en 2023, a (226) casos en el año 2024 reflejando un crecimiento notable.



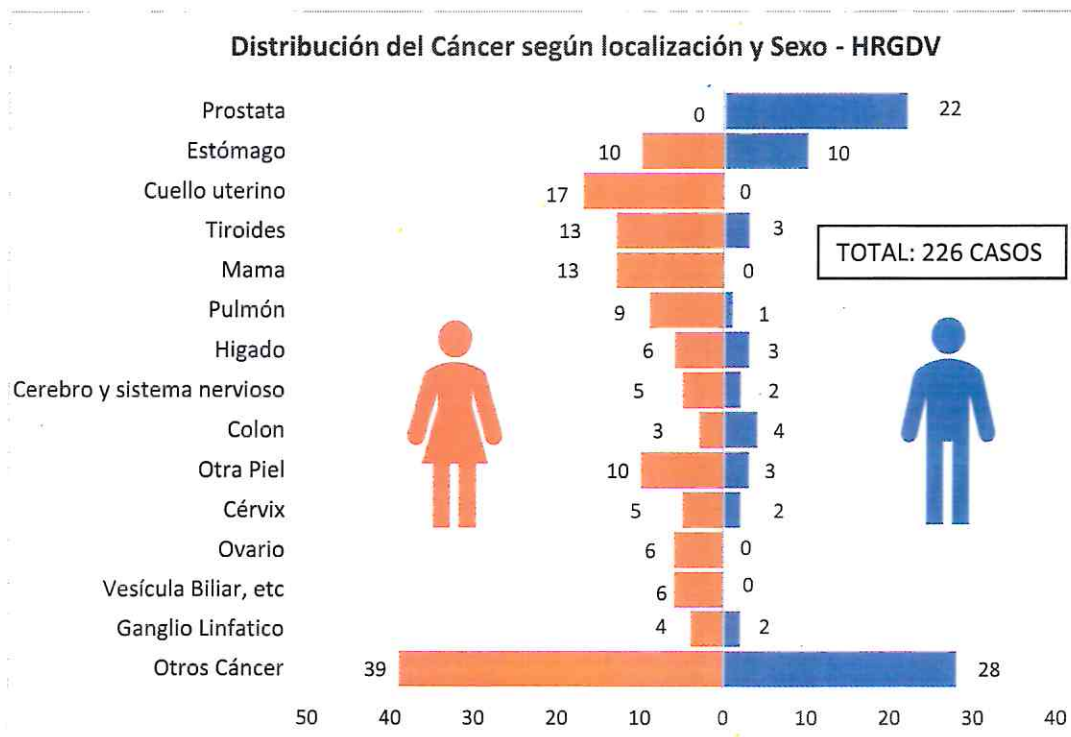
Gráfico N° 55: Número de casos de Cáncer según sexo, HRGDV, (2020 -2024)



Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

Casos de Cáncer según localización

Gráfico N° 56: Casos de Cáncer según localización, registrados por el Sistema de Vigilancia, HRGDV- 2024.



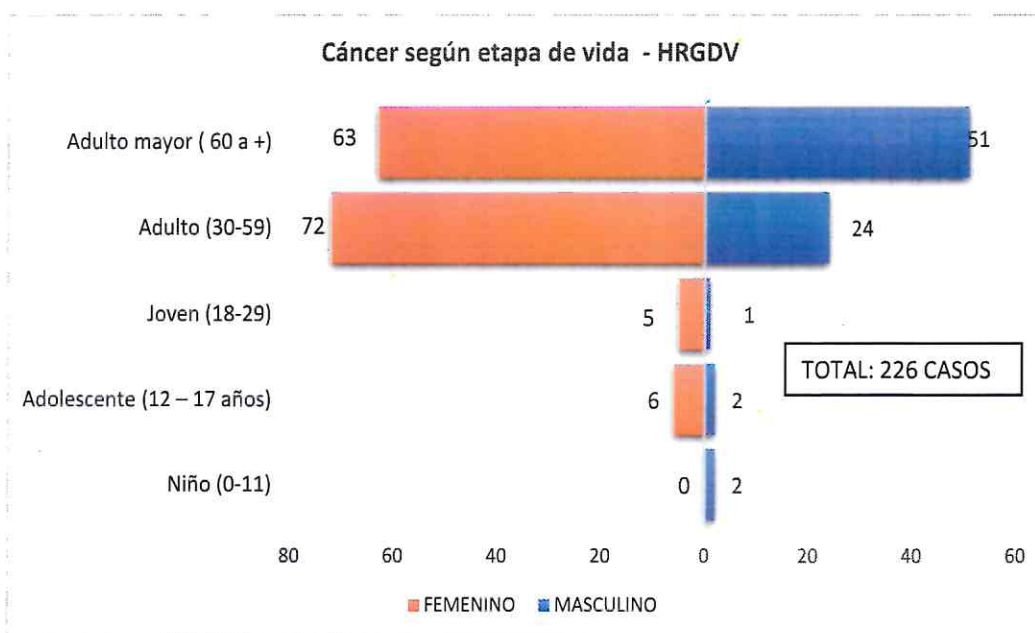
Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV



En el hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, los cinco tipos de cáncer más frecuentes en ambos sexos y en todas las edades, según el número de casos incidentes, son: en primer lugar, el cáncer de próstata con 22 casos; en segundo lugar, el cáncer de estómago con 20 casos; en tercer lugar, el cáncer de cuello uterino con 17 casos, en cuarto lugar, el cáncer Tiroides con 16 casos; y en quinto lugar, el cáncer de mama con 13 casos notificados.

Distribución de casos de cáncer según etapas de vida y sexo

Gráfico N° 57: Distribución de casos de cáncer según etapas de vida y sexo, HRGDV, 2024



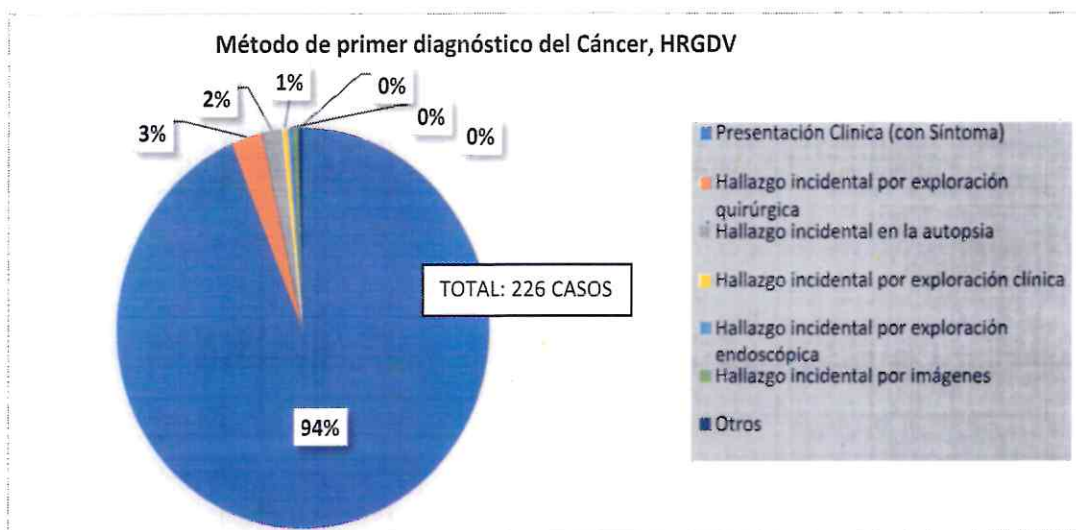
Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

Del análisis epidemiológico de los casos de cáncer según etapas de vida y sexo en el HRGDV, durante el año 2024, la mayor parte de los casos de cáncer se concentran en los adultos mayores (60 años y más), con una mayor prevalencia en las mujeres. Aunque los casos en niños y adolescentes son limitados, la incidencia en los jóvenes (6 casos) y adultos (96 casos) muestra una notable diferencia entre sexos, con las mujeres presentando un número mayor de diagnósticos.

Método del Primer Diagnóstico de Cáncer 2024- HRGDV.



Gráfico N° 58: Método primer diagnóstico de Cáncer, HRGDV, 2024

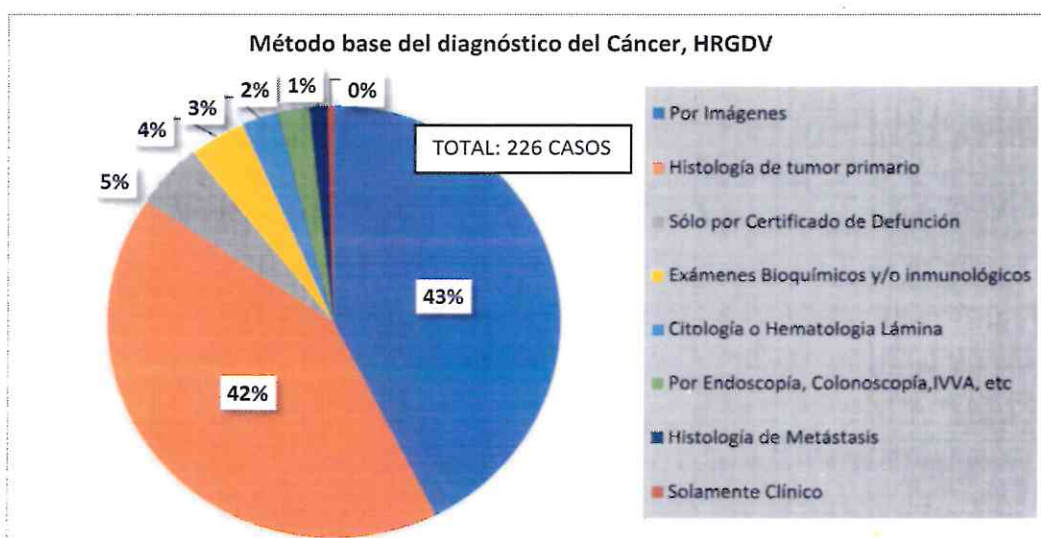


Fuente: Notiweb CDC-Unidad de Epidemiología.

El análisis del método de primer diagnóstico del cáncer en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega revela que la mayoría de los diagnósticos se realizaron a partir de la presentación clínica con síntomas, con un 94% de los casos diagnosticados de esta manera. Le siguen los diagnósticos basados en presentación hallazgos incidentales por exploración quirúrgica (3%), hallazgos incidentales en la autopsia (2%), y diversos tipos de hallazgos incidentales como los de exploración clínica (1%).

Método Base del Diagnóstico del Cáncer, 2024 HRGDV

Gráfico N° 59: Método Base del diagnóstico de Cáncer, HRGDV, 2024



Fuente: Notiweb CDC-Unidad de Epidemiología.

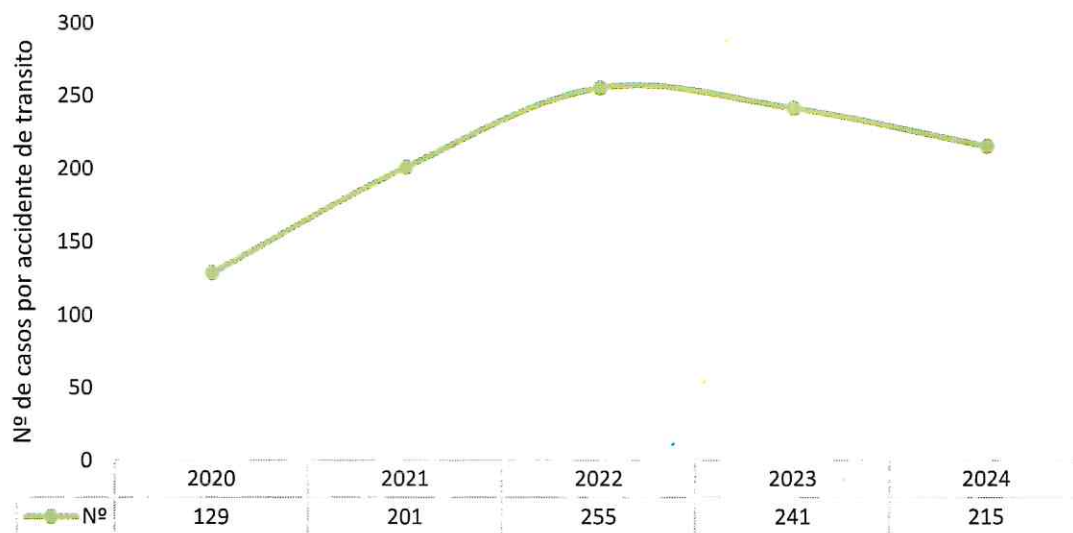


El análisis del método de primer diagnóstico de cáncer en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega muestra una distribución variada de las técnicas utilizadas. El 43% de los diagnósticos se realizó por imágenes, el 42% por histología del tumor primario, siendo estos los métodos más comunes. A continuación, se encuentran los diagnósticos realizados solo por certificado de defunción (5%), exámenes bioquímicos o inmunológicos (4%), y citología o hematología de lámina (3%).

Otros métodos menos utilizados incluyen endoscopia, colonoscopia, IVVA, entre otros (2%), así como histología de metástasis (1%). En total, se registraron 226 diagnósticos, con el 100% de los casos clasificados según los diferentes métodos. Este análisis proporciona una visión detallada de las prácticas diagnósticas en el hospital, destacando la prevalencia de métodos como imágenes y análisis histológicos.

5.1.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

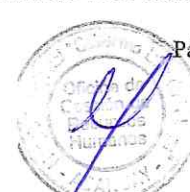
Gráfico N° 60: Tendencia de Atendidos por Accidente de Tránsito, HRGDV (2020-2024)



Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

Tabla N° 127: Accidentes de Tránsito por meses en el HRGDV, 2020 – 2024.

Durante el periodo 2020–2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró una tendencia ascendente hasta el año 2022 en los casos atendidos por accidentes de tránsito, seguida de una disminución progresiva en los años posteriores. En el año 2020 se notificaron 129 casos, aumentando de manera constante hasta alcanzar el máximo de 255 casos en



2022, lo que representa un incremento del 98 % respecto al año inicial. A partir de entonces, los casos disminuyeron a 241 en 2023 y 215 en 2024, evidenciando una reducción del 15,7 % respecto al pico máximo.

MESES	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enero	17	32	20	15	9	13	34
Febrero	11	24	25	7	25	12	22
Marzo	23	25	12	15	20	16	19
Abril	19	23	8	18	16	33	27
Mayo	19	23	6	19	18	29	26
Junio	19	30	3	21	25	16	19
Julio	26	23	8	27	28	16	41
Agosto	30	49	1	12	22	17	15
Setiembre	13	17	9	18	28	29	16
Octubre	16	22	15	23	17	14	15
Noviembre	24	19	10	13	11	27	16
Diciembre	39	18	12	13	36	19	9
Nº de Casos	256	305	129	201	255	241	259

Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

Durante el periodo 2020–2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró una variación significativa en la ocurrencia mensual de accidentes de tránsito, con un comportamiento que refleja tanto fluctuaciones estacionales como una tendencia general creciente hacia el 2024.

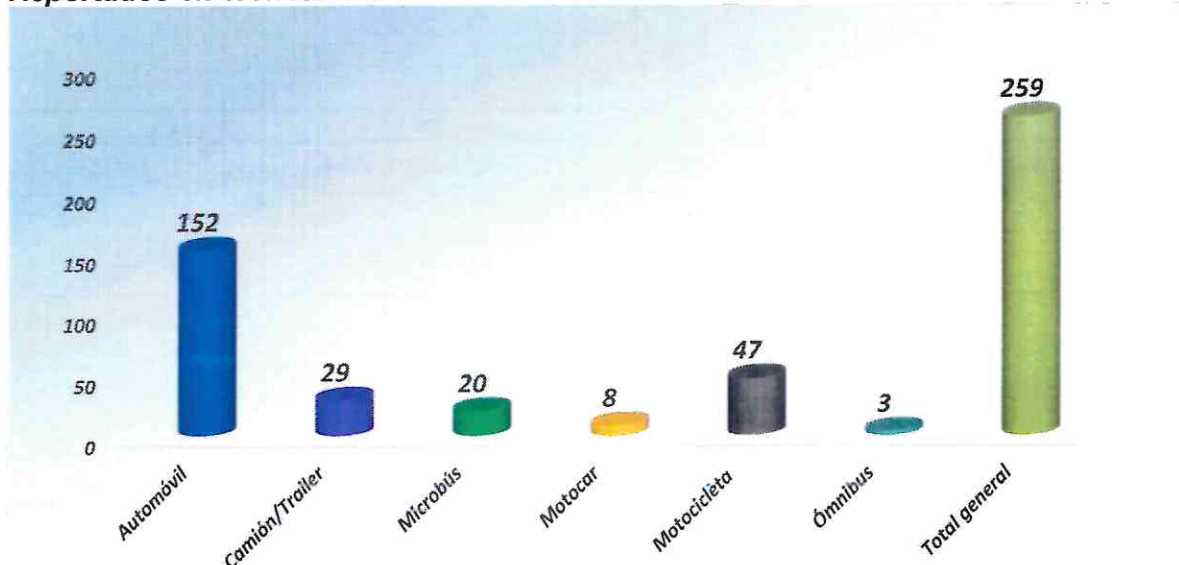
En el año 2020, los casos fueron relativamente bajos (129 en total), atribuibles a las restricciones de movilidad por la pandemia, mientras que a partir del 2021 se evidencia un repunte sostenido, alcanzando 255 casos en 2022, una leve reducción en 2023 (241 casos) y nuevamente un incremento en 2024 (259 casos), lo que representa un aumento del 13 % respecto al 2020.

Al analizar la distribución mensual, se observa que los meses de julio, agosto y octubre concentran el mayor número de accidentes, coincidiendo con periodos de festividades locales, mayor flujo vehicular y condiciones climáticas variables. Por ejemplo, en julio de 2024 se reportaron 41 casos, siendo el valor más alto del quinquenio. En contraste, los meses de enero y febrero presentan menor incidencia.

Lesiones de Accidente de Tránsito según Tipo de Vehículos Reportados



Gráfico N° 61: Lesiones de Accidente de Tránsito según Tipo de Vehículos Reportados en el HRGDV-2024



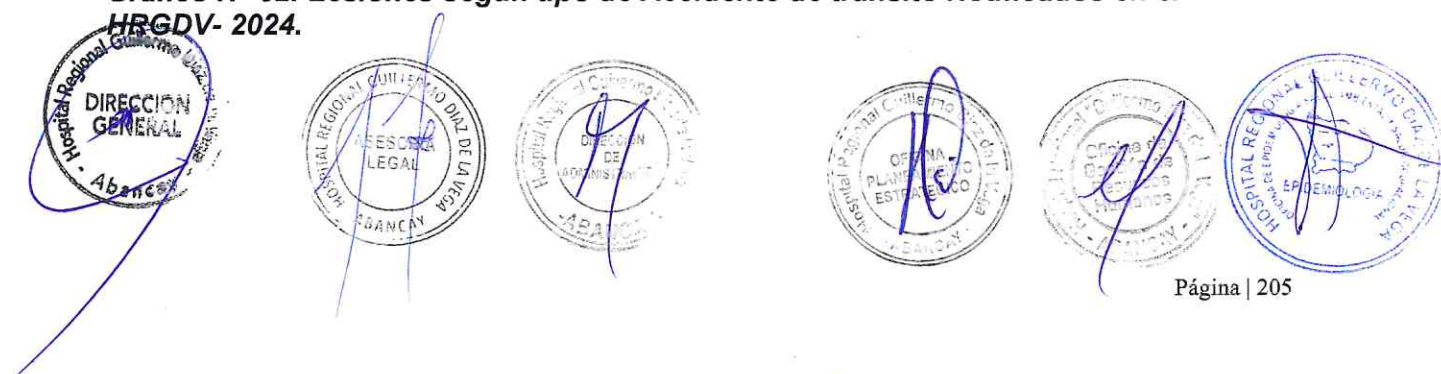
Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

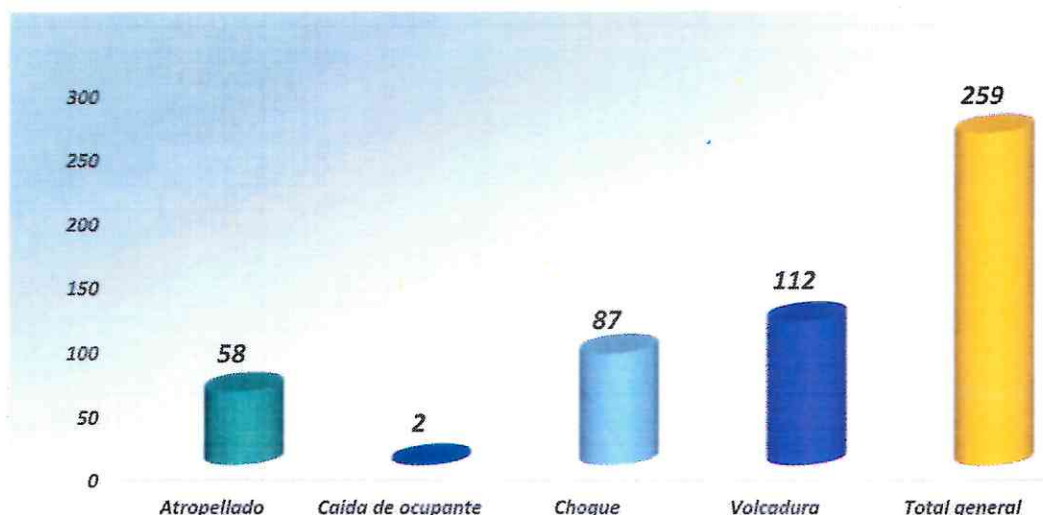
Durante el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró un total de 259 lesiones por accidentes de tránsito, distribuidas según el tipo de vehículo involucrado. El mayor número de casos estuvo asociado a automóviles, con 152 incidentes, lo que representa el 58,7 % del total. Este predominio sugiere que los vehículos particulares continúan siendo los principales implicados en siniestros viales dentro del área de influencia del hospital.

En segundo lugar, se encuentran las motocicletas, con 47 casos (18,1 %), evidenciando un incremento del uso de este medio de transporte y, al mismo tiempo, una mayor exposición al riesgo por la falta de medidas de seguridad y uso inadecuado del casco. Le siguen los camiones o tráileres con 29 casos (11,2 %) y los microbuses con 20 casos (7,7 %), relacionados principalmente con el transporte urbano y de carga. Los motocarros registraron 8 casos (3,1 %) y los ómnibus solo 3 casos (1,1 %), mostrando una menor incidencia relativa.

Lesiones según tipo de Accidente de tránsito Notificados

Gráfico N° 62: Lesiones según tipo de Accidente de tránsito Notificados en el HRGDV- 2024.





Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

Durante el año 2024, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se notificaron 259 lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito, clasificadas según el tipo de evento. La mayor proporción correspondió a los accidentes por volcadura, con 112 casos (43,2 % del total), lo que evidencia la frecuencia de este tipo de siniestros, generalmente asociados al exceso de velocidad y la pérdida de control vehicular. Los choques ocuparon el segundo lugar con 87 casos (33,6 %), reflejando la persistencia de colisiones entre vehículos particulares y motocicletas en la zona urbana. En tercer lugar, se ubicaron los atropellos, con 58 registros (22,4 %), lo que muestra la vulnerabilidad de los peatones y la necesidad de reforzar la señalización y el respeto de las normas de tránsito. Finalmente, se reportaron 2 casos de caída de ocupante (0,8 %), indicador de fallas en las condiciones de seguridad del transporte menor. En conjunto, la información muestra que los accidentes por volcadura y choque concentran la mayoría de los casos atendidos, lo que resalta la importancia de fortalecer las acciones de prevención, control de velocidad, mantenimiento vehicular y educación vial para reducir la ocurrencia de estos eventos.

Principales causas de atenciones de accidentes de Tránsito.

Durante el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró 259 atenciones por accidentes de tránsito, distribuidas según grupo etario y diagnóstico. El grupo más afectado fue el de adultos entre 30 y 59 años, con 116 casos (44,8 %), seguido por los jóvenes de 18 a 29 años con 76 casos (29,3 %). Los adolescentes representaron el 6,2 %, los niños el 10,8 % y los adultos mayores el 8,9 %, evidenciando que la población económicamente activa concentra la mayor carga de lesiones.



Entre las principales causas de atención se encuentran los traumatismos superficiales múltiples no especificados, con 133 casos (51,4 %), seguidos de los traumatismos superficiales de región no especificada del cuerpo (39 casos; 15,1 %) y los traumatismos superficiales de la cabeza (8 casos; 3,1 %). También se reportaron contusiones en diferentes partes del cuerpo, con menor frecuencia, pero de relevancia clínica, como contusión de rodilla (2 casos), de hombro o brazo (2 casos) y de pie (2 casos).

Los traumatismos múltiples y las lesiones intracraneales no especificadas sumaron 11 casos (4,3 %), lo que refleja la gravedad de algunos eventos viales. Además, se registraron 58 casos agrupados en la categoría “demás causas” (22,4 %), que incluyen diversas lesiones de menor frecuencia.

Tabla N° 128: principales causas de atenciones de accidentes de Tránsito según grupos etarios en el HRGDV- 2024

Diagnóstico	Niño (0-11 a)	Adolescente (12-17 a)	Joven (18-29 a)	Adulto (30-59 a)	Adulto Mayor (60+ a)	Nº de Casos	%
Traumatismos superficiales múltiples no especificados	15	4	33	67	14	133	51.4
Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo	3	2	13	16	5	39	15.1
Traumatismo superficial de la cabeza parte no especificada	1	1	2	3	1	8	3.1
Traumatismos múltiples no especificados			1	4	2	7	2.7
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna				3		3	1.2
Traumatismo intracraneal no especificado	1		1	1		3	1.2
Contusión del hombro y del brazo			2			2	0.8
Contusión de la rodilla				2		2	0.8
Contusión de otras partes y de las no especificadas del pie			2			2	0.8
Contusión del codo	1		1			2	0.8
Demás causas	7	5	21	20	5	58	22.4
Total General	28	12	76	116	27	259	100.0

Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

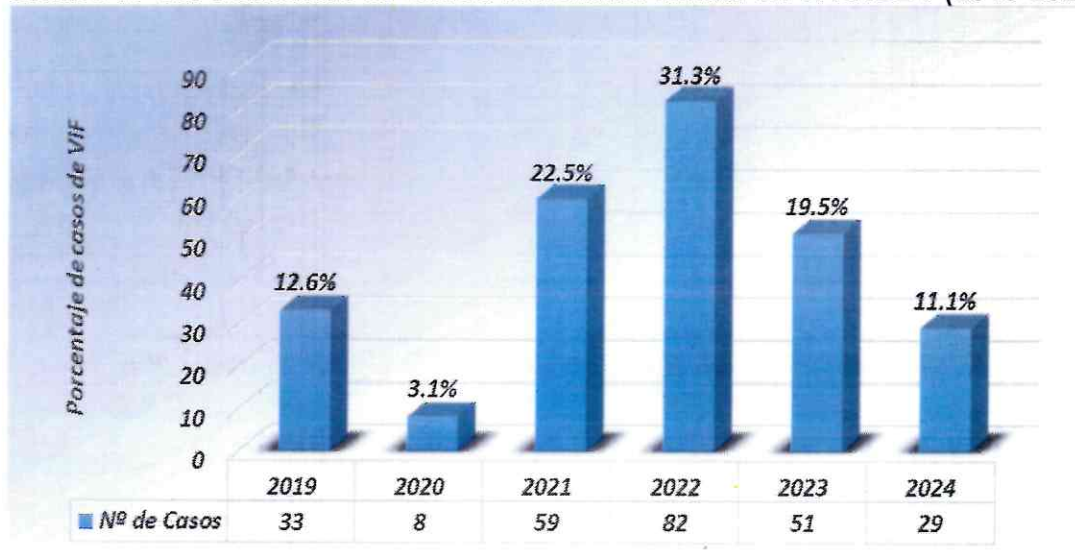
5.1.6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Durante el periodo 2019–2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega registró una variación significativa en los casos de violencia familiar atendidos, mostrando una tendencia fluctuante con picos importantes en los años 2021 y 2022. En el año 2019 se notificaron 33 casos (12,6 %), mientras que en 2020 se observó una notable disminución a 8 casos (3,1 %), posiblemente asociada a las restricciones de movilidad y aislamiento por la pandemia de COVID-19, que limitaron la demanda de atención en los servicios de salud.

A partir del 2021 se evidencia un incremento considerable con 59 casos (22,5 %), alcanzando su punto máximo en 2022 con 82 casos (31,3 %), lo que representa un aumento

de más del 900 % respecto al año 2020. En los años siguientes, la tendencia muestra un descenso gradual, con 51 casos en 2023 (19,5 %) y 29 en 2024 (11,1 %), aunque los valores aún se mantienen por encima del nivel previo a la pandemia.

Gráfico N° 63: Tendencia de Casos Violencia Familiar en el HRGDV (2019-2024)



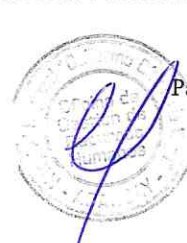
Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024

Casos de Violencia Intrafamiliar según Vínculo con la víctima

Durante el año 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega reportó que la mayoría de los casos de violencia intrafamiliar estuvieron relacionados con agresores que mantenían o habían mantenido una relación sentimental con la víctima. El grupo predominante fue el de convivientes, con 14 casos, que representan el 48,3 % del total. Esta proporción confirma que la violencia dentro de la pareja continúa siendo la forma más frecuente de agresión reportada en el ámbito familiar.

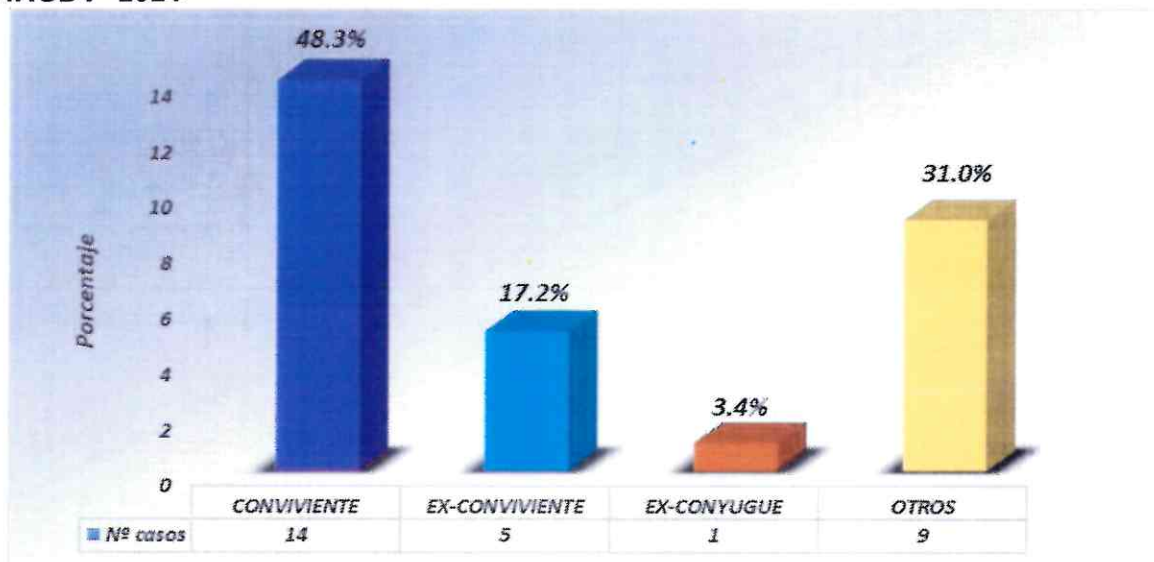
Le siguen los ex convivientes, con 5 casos (17,2 %), lo que evidencia que la violencia persiste incluso después de finalizada la relación. Los ex cónyuges registraron 1 caso (3,4 %), mientras que la categoría de otros vínculos, que incluye familiares cercanos como padres, hijos, hermanos u otros parientes, sumó 9 casos (31,0 %).

El análisis evidencia que casi siete de cada diez casos de violencia intrafamiliar son ejercidos por parejas o exparejas, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y atención integral con enfoque de género. Además, se



requiere continuar impulsando acciones intersectoriales entre los servicios de salud, programas sociales y autoridades locales para garantizar la protección de las víctimas y la reducción de la violencia en el entorno familiar.

Gráfico N° 64: Casos de Violencia Intrafamiliar según Vínculo con la víctima en el HRGDV- 2024



Fuente: NotiWeb CDC- Unidad de Epidemiología HRGDV 2024.

5.1.7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) HRGDV 2022 –2024

En el Perú se inicia la vigilancia de MME en el Hospital María Auxiliadora y el Instituto materno Perinatal desde el año 2012.

El 19 de mayo 2021, mediante **Resolución Ministerial 653-2021/ MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 174 de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema**, para la estandarización de los criterios de inclusión a nivel nacional,

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se viene realizando a partir de mediados del año 2019 de manera piloto actualmente se continúa de manera regular con la normatividad vigente como evento anticipatorio a la mortalidad materna, realizado a cargo de la Oficina de Epidemiología, contribuyendo en la activación de mecanismos de respuesta institucional inmediata que orienten las acciones de prevención y control, así como la generación de información para la toma de decisiones en el campo clínico y de gestión

DIRECCIÓN
GENERAL
Abancay

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
ABANCAY

DE
ABANCAY

OFICINA
DE
ABANCAY

OFICINA
DE
ABANCAY

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
ABANCAY
EPIDEMIOLÓGICA

Tabla N° 129: Casos notificados de Morbilidad Materna Extrema del HRGDV 2020-2024

Casos de Morbilidad Materna extrema	2022	2023	2024	Total
Shock Hipovolémico Hemorrágico Subtotal	13	14	4	31
Embarazo Ectópico Complicado	2	4		6
atonía Uterina	3			3
Retención de placenta				0
Acretismo Placentario	1	1	1	3
Rotura Uterina/shock hipovolémico	1			1
Shock Hipovolémico/inversión uterina				0
Shock hipovolémico - Aborto	4	5	1	10
Desgarro Genital - cervical		1	1	2
Shock hipovolémico por retención de restos placentarios	2	2		4
inversión Uterina		1		1
Shock hipovolémico placenta previa total			1	1
Complicación HIE Sub total	9	13	4	26
Síndrome de HELLP	1	2	1	4
Eclampsia	2			2
Preeclampsia Severa	6	11	3	20
Sepsis	1	0	2	3
Shock séptico de foco intrauterino/ pélvico			1	1
Sepsis, shock séptico foco Urinario	1			1
Sepsis foco abdominal			1	1
Causas no obstétricas Subtotal	1	3	0	4
Sepsis foco pulmonar neumonía aspirativa	1			1
Trastorno hidroelectrolítico/ síndrome emético		1		1
Shock distributivo		1		1
Hemorragia intraparenquimal		1		1
TOTAL	24	30	10	64

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

- Entre 2022 y 2024, se registraron 64 casos de morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Las principales complicaciones fueron:
- **El shock hipovolémico hemorrágico** (31 casos), dentro de ellos destacan en número los casos Shock hipovolémico asociado a Aborto (10 casos), embarazo ectópico complicado (6 casos), Shock hipovolémico por retención de restos placentarios, acretismo placentario, atonía uterina son los casos más frecuentes.
- **Los casos de MME asociados a complicación Enfermedad Hipertensiva del Embarazo** preeclampsia severa (20 casos), síndrome de HELLP (4 casos), eclampsia (2



[Handwritten signature]



casos) también representaron riesgos importantes. Este patrón subraya la necesidad de mejorar la **prevención** y el **manejo temprano** de estas complicaciones.

5.1.8. Morbilidad Materna Extrema en la Unidad de Cuidados Críticos

Tabla N°130: Casos de Morbilidad Materna Extrema que Ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del HRGDV 2022- 2024

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2022	2023	2024
Total, de pacientes UCI	85	100	62
Total, de pacientes Obstétricas que ingresaron UCI	40	25	19
Porcentaje de pacientes obstétricas	47 %	25%	30 %
Número de pacientes obstétricas con MME que ingresaron a la UCI	16	20	10
Porcentaje de pacientes obstétricas con MME que ingresaron a la UCI	67 %	67%	100%
Total, de pacientes obstétricas con MME	24	30	10
Muerte Materna UCI	1	0	0

Fuente: Registros de UCI- HRGDV

Entre 2022 y 2024, el número de pacientes obstétricas que ingresaron a la UCI disminuyó, pero el porcentaje de pacientes con morbilidad materna extrema (MME) que requirieron cuidados intensivos incremento de un 67% en los años 2022 y 2023 alcanzando el 100% en 2024 es decir las pacientes con complicaciones extremadamente graves en el 2024 en su totalidad fueron atendidas en la Unidad de cuidados intensivos. A pesar de esta alta gravedad, las muertes maternas en la UCI fueron nulas en 2023 y 2024, lo que sugiere mejoras en el manejo y atención de complicaciones graves. La atención especializada en la UCI mostró un efectivo control de la mortalidad materna durante este período.

Morbilidad Materna Extrema según lugar de procedencia

Tabla N° 131: Casos notificados de Morbilidad Materna Extrema según lugar de procedencia 2022 – 2024 del HRGDV

PROCEDENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS QUE INGRESARON CON MME	2022	2023	2024	Total
RED Abancay	12	19	4	35
C.S Pueblo Joven	1	3		4
P.S Patibamba Baja	1			1
C.S Bellavista		4		4
C.S Metropolitano	2			2
C.S Villagloria	2			2
Tamburco	2		1	3
C. S Curahuasi	1	4	2	7
Huancarama	1		1	2
Pacobamba	1	2		3
P.S San Antonio	1			1

P.S San Martín		2		2
San Pedro de Cachora		1		1
Tablada Alta		2		2
Abancay (extranjera)		1		1
RED de Grau	0	5	1	6
Chuquibambilla San Camilo de Lellis		2		2
Progreso			1	1
Vilcabamba		1		1
Marquecca		1		1
Pataypampa		1		1
RED de Antabamba	1	2	0	3
Antabamba	1	1		2
Totora		1		1
RED de Aymaraes	6	1	3	10
Chalhuanca	3			3
Lucre	1		1	2
P.S Chapimarca			1	1
Cotaruse	1		1	2
Layme	1			1
Socco		1		1
Andahuaylas	1	1	1	3
C.S Andahuaylas		1		1
Pichiupata	1			1
Ranracancha			1	1
Tambobamba	2	2	1	5
Chalhuanhuacho		1	1	2
Hospital Tambobamba		1		1
Otros	2	0	0	2
Limatambo	1			1
Manu	1			1
Total	24	30	10	64

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

En el año 2023 los casos de Morbilidad Materna Extrema según lugar de procedencia La mayoría de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema (MME) provienen de la Red Abancay, con 35 casos en total (principalmente de los distritos cercanos como Abancay y Curahuasi).

En 2023, hubo un aumento en los casos de MME con 30 pacientes, mientras que, en 2024, el número disminuyó a 10 pacientes.

El resto de las pacientes provienen de diversas localidades en las Redes de Grau, Antabamba, Aymaraes, y Andahuaylas, aunque en menor proporción.

Esta información refleja la concentración de los casos más graves en ciertas zonas y subraya la importancia de una gestión y recursos adecuados en los centros de salud más cercanos.



Morbilidad Materna Extrema - Escala de Apache II al ingreso a la Unidad de cuidados Intensivos

En el año 2022 a 2024 el puntaje de la Escala de APACHE II en los pacientes con MME prevaleció grupo con puntaje de 10-14 y 15-19 puntos con un valor predictivo de mortalidad del 15% y 25 % respectivamente.

Sin embargo, también tuvieron una valoración pronóstica de mortalidad alta del 55% un total de 4 pacientes; así mismo se evidencio un caso de MME con un puntaje de APACHE II 85 % de mortalidad en el año 2022.

Tabla N° 132: Puntaje del valor predictivo de la Escala de Apache II en pacientes con MME del HRGDV PERIODO 2022- 2024

Puntaje	Mortalidad %	Puntaje 2022	Puntaje 2023	Puntaje 2024
0-4	4%			
5 a 9	8%	2 (13%)	2 (10%)	1 (10%)
10 a 14	15%	8 (50%)	11 (55%)	3 (30%)
15 a 19	25%	1 (6%)	4 (20%)	5 (50%)
20 a 24	40%	3 (19%)	0	
25 a 29	55%	1 (6%)	3 (15%)	1 (10%)
30 a 34	75%			
> 34	85%	1 (6%)		
Total		16 (100%)	20 (100%)	10 (100%)

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV.

* **La Escala de APACHE II:** Es un sistema de valoración pronóstica de mortalidad, que consiste en detectar los trastornos fisiológicos agudos que atentan contra la vida del paciente y se fundamenta en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio, cuya puntuación es un factor predictivo de mortalidad.

Morbilidad Materna Extrema Según Edad Materna y Grado de Instrucción

Durante el periodo 2022-2024 se registraron 64 casos de morbilidad materna extrema (MME) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, distribuidos en 24 casos en 2022, 30 casos en 2023 y 10 casos en 2024, observándose una tendencia descendente en el último año. Según el grupo etario, el mayor número de casos correspondió a mujeres de 20 a 29 años con 32 casos en total (11 en 2022, 15 en 2023 y 6 en 2024), seguido del grupo de 30 a 39 años con 20 casos (10 en 2022, 7 en 2023 y 3 en 2024). En menores de 19 años se presentaron 7 casos y en mujeres mayores de 40 años 5 casos.

Respecto al grado de instrucción, se identificó que la mayoría de las gestantes afectadas contaban con nivel secundario (41 casos), seguidas de aquellas con educación primaria (10 casos) y nivel superior (13 casos). No se registraron casos en mujeres sin instrucción.



Estos resultados reflejan que la morbilidad materna extrema afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad fértil con educación básica o media.

Tabla N° 133: Morbilidad Materna Extrema Según Edad Materna y Grado de Instrucción del HRGDV 2022 - 2024

MME SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Grado de instrucción	2022	2023	2024
Sin Instrucción			
primaria	2	7	1
secundaria	15	18	8
superior	7	5	1
Total	24	30	10

MME SEGÚN EDAD MATERNA			
EDAD	2022	2023	2024
<19	2	4	1
20 - 29	11	15	6
30-39	10	7	3
>40	1	4	
TOTAL	24	30	10

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

Morbilidad Materna Extrema según Estancia Hospitalaria

Tabla N°134: Morbilidad Materna Extrema según Estancia Hospitalaria del HRGDV 2022-2024

MME SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA			
Días de estancia hospitalaria	2022	2023	2024
< 3 días	6	3	3
4-6 días	8	15	3
7-10 días	6	7	4
>10días	4	5	
TOTAL	24	30	10

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

Durante el periodo 2022-2024, la morbilidad materna extrema (MME) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega mostró variaciones en la duración de la estancia hospitalaria. En total se registraron 64 casos, de los cuales 12 pacientes (18.7%) tuvieron estancias menores a 3 días, 26 pacientes (40.6%) permanecieron entre 4 y 6 días, 17 pacientes (26.5%) entre 7 y 10 días, y 9 pacientes (14.0%) tuvieron los 9 días de hospitalización.

Se observa que la mayor proporción de casos se concentra en estancias de 4 a 6 días, especialmente en el año 2023, con 15 casos, lo que sugiere un manejo hospitalario intensivo de corta duración. En contraste, el número de hospitalizaciones prolongadas mayores de 10 días disminuyó, evidenciando una mejora en la atención oportuna y resolución de los casos. Estos datos reflejan una adecuada capacidad de respuesta hospitalaria.



Indicadores de Resultado de Morbilidad Materna Extrema

Tabla N° 135: Indicadores de Resultado de Morbilidad Materna Extrema 2020 – 2024

N°	INDICADOR	FORMULA	2022	2023	2024
1	Razón de MME (prevalencia): Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{N.º \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total, Nacidos Vivos}}$	15	19	7
2	Índice de mortalidad: Letalidad en mujeres con MME-calidad de atención) (Meta < 4%)	$\frac{Nº \text{ de MM} \times 100}{Nº \text{ MM} + Nº \text{ MME}}$	11	3	0
3	Relación MME/MM: Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM - Calidad de atención (Meta > 35)	$\frac{Nº \text{ MME}}{Nº \text{ MM}}$	8	30	0
4	Relación Criterios /caso: severidad de la salud materna (Meta: < 5)	$\frac{Nº \text{ Total de C.I}}{Nº \text{ MME}}$	3	2	2

Fuente: Unidad de Epidemiología HRGDV

- 1. Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME):** Indica la prevalencia de MME.
Para el año 2024 la razón de MME es 7 casos x 1000 nacidos vivos, (esto se traduce que del total de nacimientos el 7% de las gestantes o púerperas presentaron MME).
- 2. Índice de Mortalidad:** Indicador de letalidad, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la capacidad de respuesta de los servicios.
Para el año 2023 en el mes de febrero hubo 1 muerte materna para ello el índice de mortalidad es 3%. La meta propuesta es que a final del año sea menos de 4% del total de casos de MME terminen en muerte.
Para el año 2024 no se presentaron casos de muerte materna siendo este indicador 0%
- 3. Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte Materna:** Número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención.
Para el año 2023 la relación de MME es de cada 30 casos se produce una Muerte Materna ocurrida.
Para el año 2024 la relación de MME es de 0.
- 4. Relación Criterios de Inclusión/Casos Presentados de MME:** En el año 2023 y 2024 tenemos 2 criterios de inclusión en promedio por cada caso de MME presentado. La meta propuesta es menos de 5 criterios de inclusión por cada caso presentado.

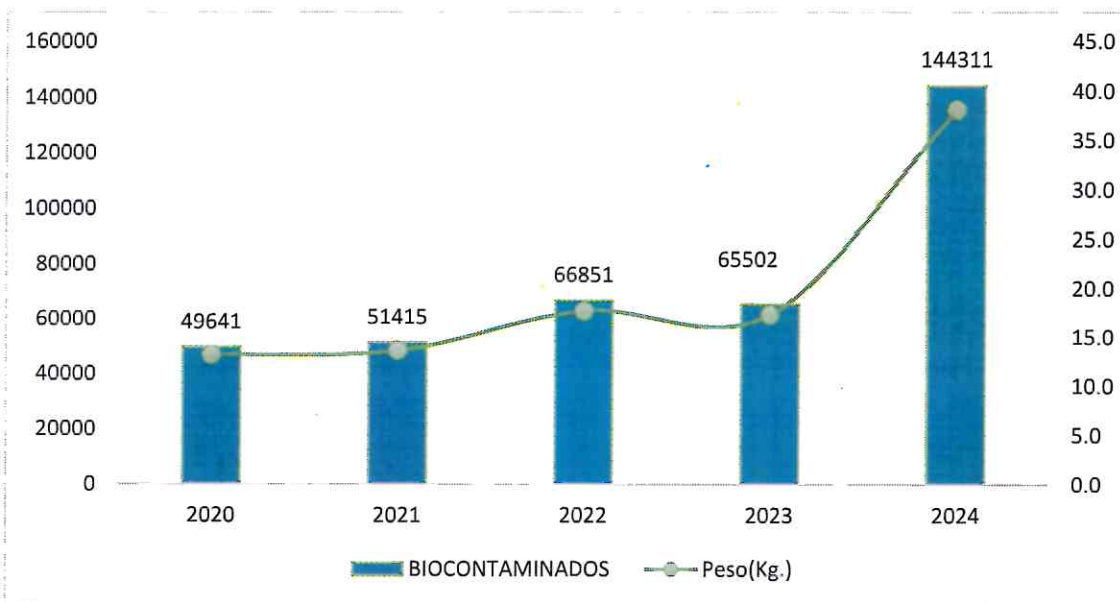
5.2. VIGILANCIA, GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

El gráfico presenta la evolución anual de la producción de residuos Biocontaminados, medidos en kilogramos (kg), en el HRGDV desde el año 2020 hasta 2024.



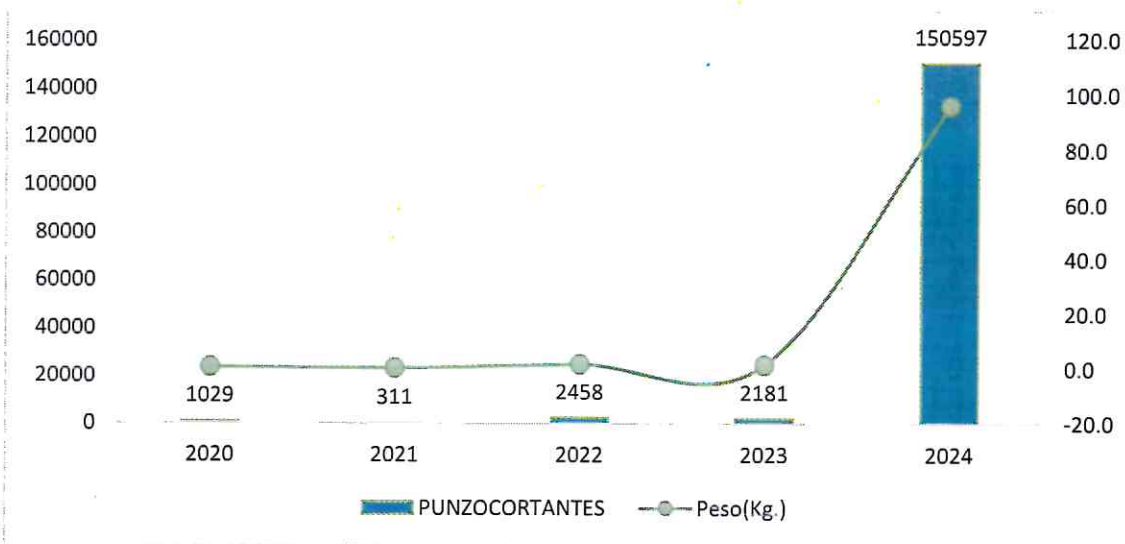
De 2020 (49641) a 2023 (65502), la segregación de residuos se mantuvo relativamente estable con un crecimiento progresivo y en el año 2024 (144311) habiendo un aumento significativo en los residuos biocontaminados generados, tanto en cantidad total como en el peso promedio.

Gráfico N° 65: Tendencia de Producción Total por Kilo gramos. de Residuos Biocontaminados año 2020 al 2024 – HRGDV



Fuente: Unidad de Salud Ambiental.

Gráfico N° 66: Tendencia de Producción Total por Kilo gramos. de Residuos Punzocortantes año 2020 al 2024 – HRGDV

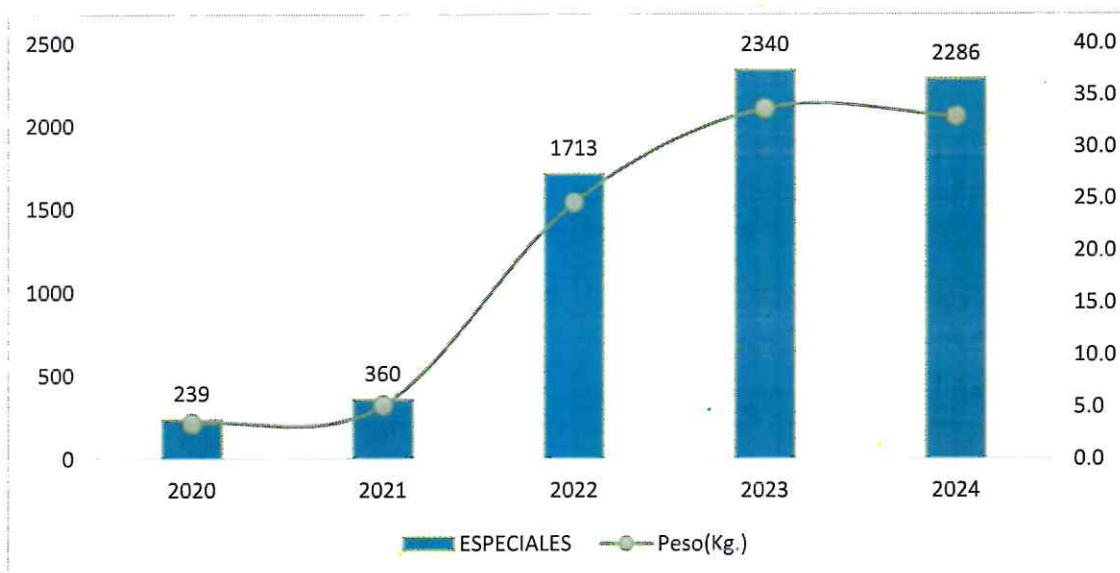


Fuente: Unidad de Salud Ambiental

Este gráfico muestra la evolución en la producción total de residuos punzocortantes (como agujas, bisturís, jeringas, etc.), medidos en kilogramos, en el hospital HRGDV, entre los años 2020 (1029) y 2024 (150597).

La generación de residuos punzocortantes en el HRGDV se mantuvo baja entre 2020 y 2023, pero aumentó de forma creciente en el año 2024.

Gráfico N° 67: Tendencia de Producción Total por Kilo gramos. de Residuos ESPECIALES año 2020 al 2024 – HRGDV



Fuente: Unidad de Salud Ambiental.

El gráfico muestra la evolución anual por años de la producción total de residuos especiales (en kilogramos) desde el año 2020 (239) hasta 2024 (2286).

La institución incrementó notablemente su producción de residuos especiales entre 2020 y 2023, alcanzando su punto máximo en 2023.

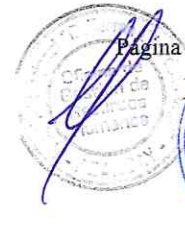
En 2024 se observa una leve reducción, lo cual podría interpretarse como un primer resultado positivo de medidas de control o reducción.

Tendencia de Producción Total por Kilo gramos. de Residuos Comunes

El gráfico muestra la **producción total de residuos comunes** (en kilogramos) generados entre los años 2020 y 2024.

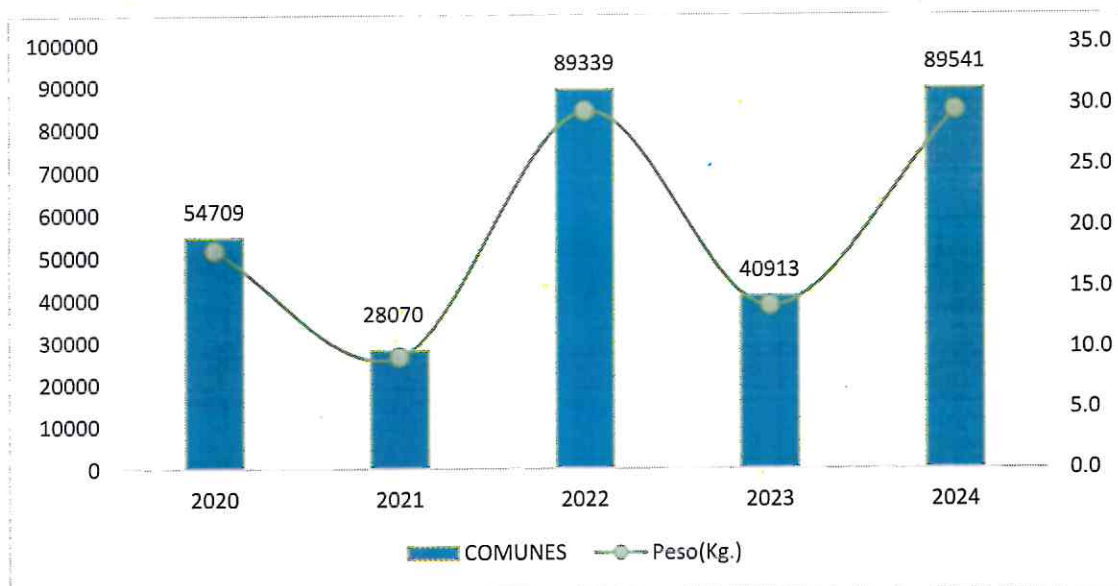
Se observa una alta variabilidad en la producción anual.

No existe una tendencia lineal, sino fluctuaciones pronunciadas con picos en 2022 y 2024.



Los valores más altos se registran en 2022 (89,339 Kg) y 2024 (89,541 Kg), mientras que el más bajo fue en 2021 (28,070 Kg).

Gráfico N° 68: Tendencia de Producción Total por Kilo gramos. de Residuos
COMUNES año 2020 al 2024 – HRGDV



5.3. SITUACION DE LA UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO HRGDV – 2023.

Tabla N° 136: Reportes de accidentes por objetos punzocortantes en trabajadores asistenciales del HRGDV - 2024

Mes	Nº Casos	Tasa de incidencia N=896
Enero	1	0.11
Febrero	0	0.00
Marzo	1	0.11
Abril	2	0.22
Mayo	1	0.11
Junio	2	0.22
Julio	1	0.11
Agosto	3	0.33
Setiembre	1	0.11
Octubre	0	0.00
Noviembre	1	0.11
Diciembre	2	0.22
Total	15	1.67

Fuente: Salud ocupacional HRGDV 2024

Referencia: Cantidad de accidentados durante los periodos 2022 = 22 y 2023 = 22



De acuerdo a los reportes de accidentes por objetos punzocortantes en trabajadores asistenciales del Hospital Regional Guillermo Díaz De la Vega en el periodo 2024, se tiene el registro de 15 casos en total, que equivale a una tasa de incidencia de 1.67. Así también se puede reconocer que del total de accidentados en el presente periodo que suma 15, frente a los periodos 2022 y 2023, que alcanzaron la suma de 22 cada una, hay una disminución significativa en este tipo de accidentes.

Tabla N° 137: Condición laboral de los trabajadores accidentados por objetos punzocortantes - 2024

Condición laboral	Accidentes PZC 2022		Accidentes PZC 2023		Accidentes PZC 2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAS	7	31,82	3	13,64	2	13.33
Internos Cs. Salud	15	68,18	11	50,00	11	73.33
Nombrados	0	0	5	22,73	2	13.33
SNP	0	0	1	4,55	0	0
Méd. Residentes (01 SOP)			2	9,10	0	0
Total	22	100	22	100	15	100

Fuente: Salud ocupacional HRGDV 2024.

De acuerdo a los reportes de accidentes por objetos punzocortantes según la condición laboral de los accidentados EN EL Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se tiene que en el periodo 2024, el mayor porcentaje recae en los estudiantes internos de ciencias de la salud con el 73 %, en segundo lugar, están los trabajadores nombrados y CAS con el 13 % cada uno.

Tabla N° 138: Servicios donde ocurrieron accidentes por objetos punzocortantes HRGDV - 2024

Servicios donde ocurrieron accidentes PZC	2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Laboratorio	4	18.18	0	0	3	20
Neonatología			1	4,55	0	0
UCI COVID - UCI General	1	4.55			1	6.67
Cirugía	3	13.64	1	4,55	3	20
Emergencia Gral. – Shock Trauma	5	22.73	9	41,0	2	20
Medicina	5	22.73	2	9,10	1	6.67
Sala de Partos	1	4.55			2	13.33
Sala de operaciones			2	9,10	0	0
Puerperio			1	4,55	0	0
Pediatría			1	4,55	0	0
UVI	1	4.55			0	0
Emergencias Obstétricas	1	4.55	3	13,64	0	0



UCIN	1	4.55			0	0
Gastroenterología			1	4,55	0	0
Almacén Gral. Residuos			1	4,55	1	6.67
Traumatología					2	13.33
Total	22	100	22	100	15	100

Fuente: Salud ocupacional HRGDV 2024

De acuerdo a los reportes de accidentes laborales en el HRGDV, durante el periodo del 2024, se tiene que los servicios donde se accidentaron con objetos punzocortantes con mayor incidencia fueron los servicios de Cirugía, Laboratorio y Emergencia general representando el 20 % cada uno. En segundo lugar, están los servicios de sala de partos y traumatología con el 13 % cada uno.

Tabla N° 139: Grupo ocupacional del personal accidentado con objetos punzocortantes HRGDV - 2024

Accidentados por grupo ocupacional	2022		2023		2024		2025 - I	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Biólogo	1	4,17			1	6.67	1	14.29
Médico	1	4,17	2	9,10	0	0		0.00
Lic. Enfermería	3	12,5	3	13,63	1	6.67	1	14.29
Méd. Residente			2	9,10	0	0	1	14.29
Téc. Enfermería	2	8,33	1	4,55	0	0		0.00
Int. Obstetricia	1	4,17	3	13,63	1	6.67		0.00
Int. Enfermería	5	20,83	6	27,27	3	20		0.00
Int. Medicina	6	25,00	3	13,63	4	26.7	2	28.57
Int. Tecnología Méd.	3	12,50	0	0	3	20		0.00
Aux. Limpieza			1	4,55	1	6.67		0.00
Prac. Biología							1	14.29
Téc. Laboratorio							1	14.29
Lic. Tecnología Médica	0	0	0	0	1	6.67		0.00
Total	22	100	22	100	15	100	7	100

Fuente: Salud ocupacional HRGDV 2024.

Los grupos ocupacionales accidentados con objetos punzocortantes HRGDV – 2024, con mayor incidencia corresponde a internos de medicina los cuales representan el 28.57 %, seguido del personal de biología, enfermería, médicos residentes, practicantes de biología y técnicos en laboratorio, cada uno con el 14 %.



5.4. AUTOEVALUACION HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY 2024

Tabla: N° 140: Resultado de Autoevaluación 2024:

Macroprocesos	Criterios evaluación	Nro. total criterios				MACROPROCESOS			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.56	25.68	47.06	221.99	116.03	52.37
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	18.05	44.12			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	29.11	60.98			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	33.31	69.78			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.64	9.01	66.07			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.1	9.84	28.85			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	37	77.5	253.7	207.76	80.72
Atención extramural	0	0	0	0	0	0	0	0			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	29.62	62.04			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.74	42.71	89.47			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	41.65	87.23			
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	34.1	30.69	90			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.05	12.01	70.45	158.57	87.09	56.04
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	7.55	44.29			
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	17.05	10.53	61.76			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	15.08	88.46			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	6.3	36.96			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.05	13.82	81.03			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	9.3	54.55			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.05	9.53	55.88			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	5.9	34.62			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	5.52	32.35			
Total	341	133	167	41	341	634.26	402.21		634.26	410.88	
Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación_MINSA Elaborado por OGC_HRGDV									Puntaje Final (%)	65	

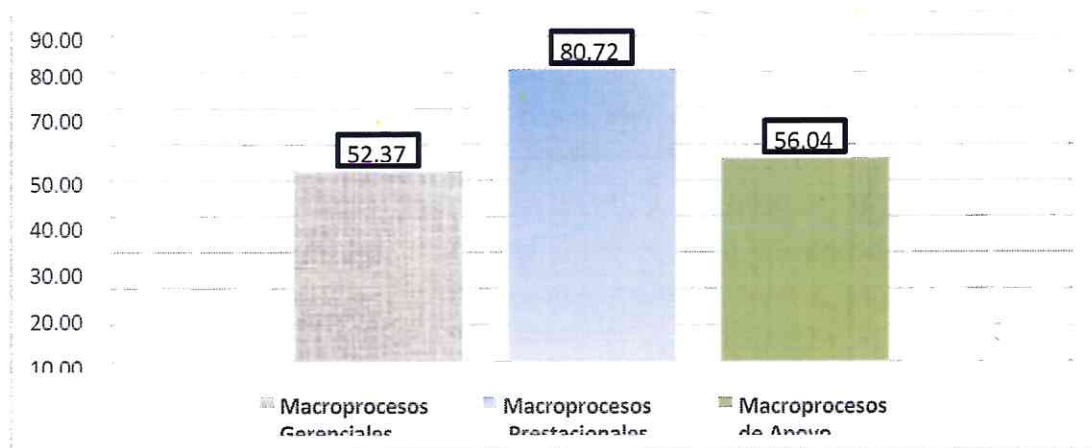


El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (HRGDV) realiza anualmente un proceso de autoevaluación para la acreditación, según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA). Se realizó entre el 1 y el 31 de octubre de 2024 el proceso de autoevaluación institucional con base en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 y la Guía Técnica del Evaluador, aplicando el Listado de Estándares para establecimientos II-2. Se evaluaron 21 macroprocesos, 70 estándares y 342 criterios mediante revisión documentaria, observación, entrevistas, muestreo, encuestas y auditoría. Participaron seis sub-equipos de evaluadores internos reconocidos por RD.

El puntaje obtenido, no nos otorga un resultado aprobatorio, por lo que, según las especificaciones de los documentos técnico normativos, en un periodo de 9 meses se debe volver a aplicar los instrumentos de la autoevaluación, con énfasis en los Macroprocesos Gerenciales y de Apoyo.

En relación con los puntajes obtenidos por categoría de macroprocesos el gráfico muestra la comparación de los resultados obtenidos por cada categoría de macroprocesos observándose que las categorías prestacionales y de apoyo han obtenido mejores resultados (80.72% y 56.04% respectivamente) en comparación a la categoría gerencial (52.37%).

Gráfico N° 69: Resultados de la Autoevaluación por Categorías:



Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación MINSA
Elaborado por OGC_HRGDV.

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)



a) CATEGORIA DE MACROPROCESOS GERENCIALES:

En la tabla 2 se muestra los 6 macroprocesos gerenciales y los 130 criterios evaluados que en forma global tienen un grado de cumplimiento de los criterios de evaluación del 52.37%

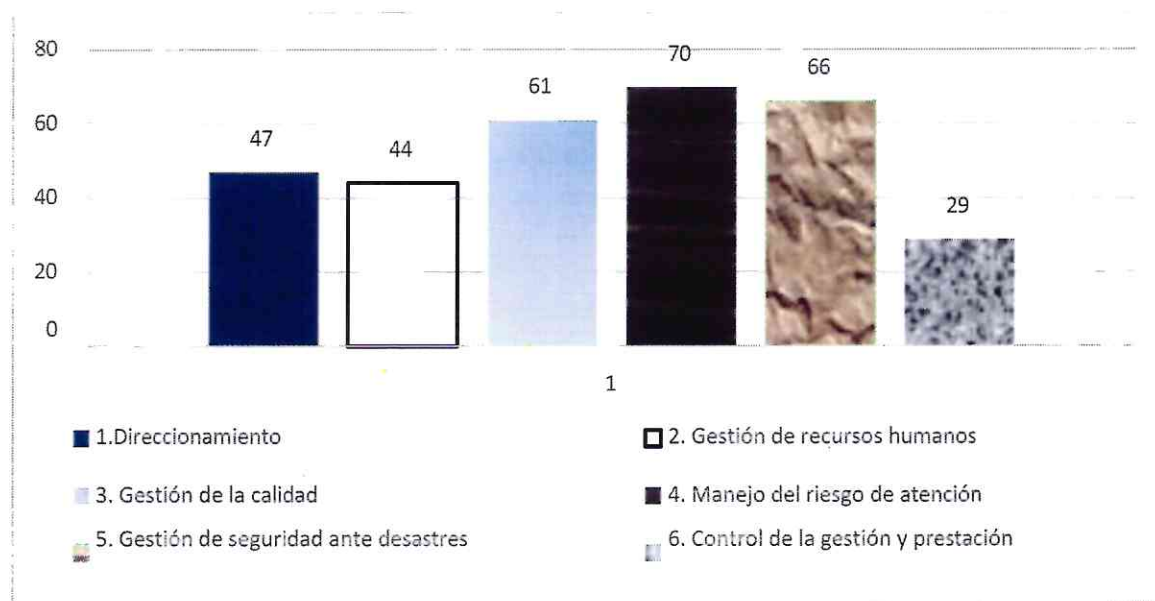
Tabla N° 141: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Gerenciales

Nº	Macroprocesos Gerenciales	Estándares	Criterios Evaluados	Grado de Cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
1	Direccionamiento	2	11	47	52.37
2	Gestión de recursos humanos	4	11	44	
3	Gestión de la calidad	3	22	61	
4	Manejo del riesgo de atención	8	50	70	
5	Gestión de seguridad ante desastres	3	21	66	
6	Control de la gestión y prestación	2	15	29	

Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación-MINSA- Elaborado por OGC-HRGDV

De los estándares y criterios de la categoría de los Macroprocesos Gerenciales evaluados, podemos apreciar que macroproceso del manejo del riesgo de la atención tiene un alcance del 70%, seguido del macroproceso de gestión de seguridad ante desastres 66%, el macroproceso de gestión de la calidad 61%. Los macroprocesos de Direccionamiento con 47% gestión de Recursos Humanos con 44% y el macroproceso de Control de la Gestión y Prestación con un 29%, estos tres últimos los de más bajo rendimiento, tal y como se puede apreciar en el gráfico.

Gráfico N° 70: Resultados de la Categoría de Macroprocesos Gerenciales:



Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación-MINSA Elaborado por OGC-HRGDV



Macroproceso 1 - Direccionamiento:

Tiene un alcance de cumplimiento al 47%

- ✓ Se cuenta con el Plan Operativo Institucional, pero no hay medio que evidencie la participación de todas las unidades orgánicas, de la misma forma se constata que no todas ellas tienen una meta física y presupuestal asignada; no existe informes documentados por parte de los responsables de las categorías presupuestarias respecto de los avances y alcances de metas físicas e indicadores hacia la Oficina Ejecutiva de Planificación y Presupuesto, no se evidencia actas ni resultados de evaluaciones de las unidades orgánicas.
- ✓ En referencia al Análisis de Situación de Salud, se cuenta con el proyecto de elaboración y corresponde al periodo 2023.
- ✓ Las Guías de Práctica Clínica están en proceso de aprobación para su posterior implementación., por lo que no se ha podido evaluar la adhesión del personal.

Macroproceso 2 - Gestión de Recursos Humanos:

Tiene un alcance de cumplimiento al 44%

- ✓ Se constata que el MOF es del año 2014 y no abarca todos los puestos de trabajo y órganos de línea que la actualidad tiene el hospital.
- ✓ El establecimiento de salud no ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores.
- ✓ No se cuenta con un documento oficial con los estándares de productividad individual que se haya establecido en la institución y que constituyan herramientas para que las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades puedan aplicar al recurso humano a su cargo.
- ✓ El establecimiento de salud no tiene documentado el procedimiento de inducción del personal que se aplique con todos los trabajadores (servidores, residentes e internos) nuevos.
- ✓ Los informes del plan de capacitación no son presentados en forma trimestral a la DG, no se ha realizado la encuesta de clima organizacional y satisfacción del usuario interno.
- ✓ No se evidencia la organización de los equipos multidisciplinarios, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional donde identifiquen problemas, propongan soluciones y participen en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.

Macroproceso 3 - Gestión de la Calidad:

Tiene un alcance de cumplimiento al 61%

No todas las UPSS y/o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para



- ✓ realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. Durante las Rondas de Seguridad, ejecutada por parte del Comité de Gestión de la Calidad, se ha identificado barreras de tipo organizacional y arquitectónico que dificultan el acceso de los usuarios a los servicios que oferta el hospital las cuales se vienen mitigando; sin embargo, queda pendiente de atención las barreras de tipo cultural y geográfico.
- ✓ No se ha evidenciado la cuantificación del porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado.
- ✓ El porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de salud se encuentran por debajo del nivel esperado.
- ✓ No se realiza las encuestas de satisfacción laboral y clima organizacional que son actividades asignadas a la Oficina de Gestión de Recursos Humanos.

Macroproceso 4 - Manejo del Riesgo de la Atención:

Siendo el macroproceso con mayor número (50) de criterios para evaluar, las unidades con mayor involucramiento son la Unidad de Epidemiología, Salud Ambiental, Salud ocupacional; Oficina de Gestión de la Calidad y UPSS de hospitalización; tiene un alcance de cumplimiento al 70%

- ✓ El equipo de gestión de riesgos realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención, pero no se evidencia los mecanismos para disminuir su ocurrencia.
- ✓ No se evidencia que se cuente con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.
- ✓ Las Guías de Práctica Clínica, Manuales de Procedimiento y/o Protocolos aún no cuentan con la validación y aprobación resolutive.
- ✓ La entidad no cuenta con documentos escritos sobre precauciones para el control de infecciones, de la misma forma para evaluar el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y la aplicación de la profilaxis antibiótica correspondiente.
- ✓ El sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales, no ha evidenciado resultados para este año.
- ✓ No se evidencia documentos según normativa que evalúa el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.
- ✓ El plan de prevención y control de infecciones no está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos.



- ✓ No todo el recurso humano usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas, contenida en el actual Manual de Bioseguridad.
- ✓ Se evidencia que en la recolección de los residuos cumple parcialmente la norma, debe aplicar un check list para la evaluación de la recolección de residuos sólidos, después de realizar el estudio basal de residuos sólidos.
- ✓ No se evidencian procedimientos documentados institucionalmente para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres
- ✓ En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, sin embargo, no están disponibles en los respectivos servicios.

Macroproceso 5 - Gestión de Seguridad ante Desastres:

Tiene un alcance de cumplimiento al 66%

- ✓ El hospital no cuenta con certificado de inspección técnica vigente.
- ✓ Corresponde realizar la evaluación del índice de seguridad hospitalaria, cuyo último periodo de realización corresponde al año 2017
- ✓ La institución no cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños.
- ✓ No se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres; participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.
- ✓ No se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.
- ✓ Con los presupuestos asignados al PP 0068, no se garantiza el stock de medicamentos básicos para emergencias.

Macroproceso 6 - Control de la Gestión y Prestación:

Tiene un alcance de cumplimiento al 29%

- ✓ La entidad no cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación.
- ✓ El personal responsable de áreas y servicios no está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.
- ✓ Para el presente año fiscal no se ha formalizado el comité de auditoría capacitado para realizar auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna.



- ✓ La entidad no cuenta con recurso humano multidisciplinario capacitado para realizar auditoria de caso.
- ✓ Las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia están en proceso de validación y aprobación resolutive.
- ✓ En las áreas/servicios de atención clínica no se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización.
- ✓ No se realiza informes de evaluación de indicadores de gestión y prestación.

b) CATEGORIA DE MACROPROCESOS PRESTACIONALES:

En la tabla 3 se observa los Macroprocesos Prestacionales de los 5 macroproceso evaluados y 92 criterios evaluados, se observa un grado de cumplimiento del 80.72%.

Tabla N° 142: Puntaje de Autoevaluación de los Macroprocesos Prestacionales

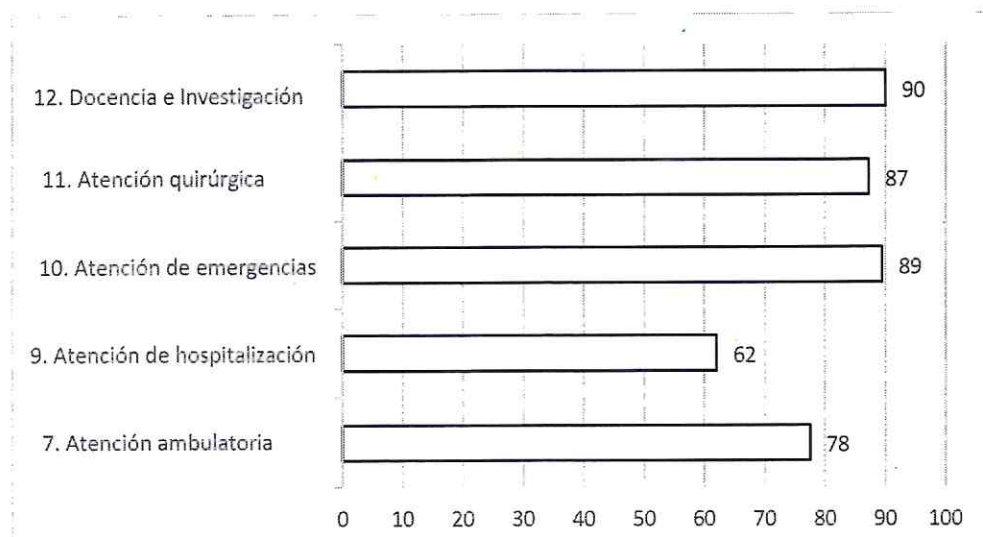
N°	Macroprocesos Gerenciales	Estándares	Criterios Evaluados	Grado de Cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
7	Atención ambulatoria	4	14	78	80.72
9	Atención de hospitalización	7	26	62	
10	Atención de emergencias	3	14	89	
11	Atención quirúrgica	4	24	87	
12	Docencia e Investigación	2	14	90	

Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación_MINSA Elaborado por OGC_HRGDV

De los estándares y criterios de la categoría de los Macroprocesos Prestacionales evaluados, podemos apreciar que el macroproceso de docencia e investigación tiene un alcance del 90% y el macroproceso de Atención Ambulatoria con un 75%, el macroproceso de atención en hospitalización con 72%; estos dos últimos los de más bajo rendimiento, tal y como se puede apreciar en el Gráfico siguiente

Gráfico N° 71: Resultados de la Categoría de Macroprocesos de Prestacionales:





Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación_MINSA Elaborado por OGC_HRGDV

Macroproceso 7 - Atención Ambulatoria:

Tiene un alcance de cumplimiento al 78%.

- ✓ Actualmente, el establecimiento de salud no cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados, de la misma forma las UPSS de Consulta Externa de Ginecología, Pediatría y Medicina Física y Rehabilitación, acondicionan sus horarios para garantizar y propiciar accesibilidad de los usuarios requirentes.
- ✓ No se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON).
- ✓ Pese a que se realiza las estrategias educativo-comunicacionales, no se accede a Informe de actividades educativo-comunicacionales desarrolladas.
- ✓ La UPSS de consulta externa no disponen adaptaciones de las guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria.

Macroproceso 9 - Atención de Hospitalización:

Tiene un alcance de cumplimiento al 62%.

- ✓ No se ha evaluado la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas) por que las guías se encuentran en proceso de aprobación resolutive.
- ✓ En el presente año fiscal no se ha realizado la auditoria de las historias clínicas para implementar acciones de mejora de procesos.



- ✓ En el presente año fiscal, no se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma para implementar las recomendaciones. } La atención a las necesidades de las UPSS es
- ✓ parcialmente atendida por la Oficina de Administración. } El establecimiento de salud garantiza parcialmente la continuidad de los procedimientos para interconsultas, así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento.

Macroproceso 10 - Atención de Emergencias:

Tiene un alcance de cumplimiento al 89%.

- ✓ Las Guías de Práctica Clínica de Emergencia se encuentran en proceso de aprobación resolutive.
- ✓ Según el RIS y la verificación de los roles de programación de turnos, la UPSS de Emergencia, garantiza la continuidad de la atención según los mecanismos operativos para la atención en cambios de guardia.

Macroproceso 11 - Atención Quirúrgica:

Tiene un alcance de cumplimiento al 87%.

- ✓ El Centro Quirúrgico, cuenta con manual de procedimientos oficial y es parcialmente conocido por los trabajadores del área en el turno operatorio.
- ✓ Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, pero no se evidencia el análisis de las causas y se toman las medidas correctivas.
- ✓ Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, pero no se analiza documentadamente las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.

Macroproceso 12 Docencia e Investigación:

Tiene un alcance de cumplimiento al 90%

- ✓ El personal y los alumnos actualmente no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro de la institución acorde a horarios estipulados; a la referencia se debería impulsar la creación de un repositorio institucional.

c) CATEGORIA DE MACROPROCESOS DE APOYO:

En la tabla observamos los 10 Macroprocesos de Apoyo de los cuales se ha evaluado 119 criterios con un grado de cumplimiento del 56.04%



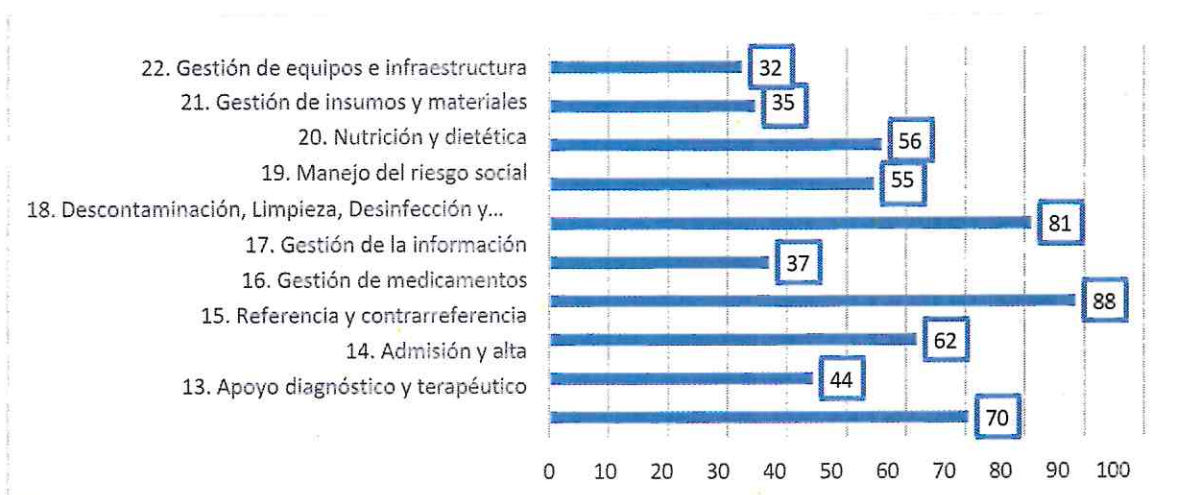
Tabla N° 143: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos De Apoyo

N°	Macroprocesos Gerenciales	Estándares	Criterios Evaluados	Grado de Cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
13	Apoyo diagnóstico y terapéutico	3	11	70	
14	Admisión y alta	4	16	44	
15	Referencia y contrarreferencia	4	10	62	
16	Gestión de medicamentos	3	15	88	
17	Gestión de la información	3	14	37	
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	17	81	56.04
19	Manejo del riesgo social	2	6	55	
20	Nutrición y dietética	2	10	56	
21	Gestión de insumos y materiales	2	8	35	
22	Gestión de equipos e infraestructura	2	12	32	

Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación MINSA Elaborado por OGC_HRGDV

De los estándares y criterios de la categoría de los Macroprocesos de Apoyo evaluados, podemos apreciar que macroproceso de gestión de medicamentos tiene un alcance del 88%, seguido del macroproceso de descontaminación, limpieza, continua el macroproceso de apoyo diagnóstico terapéutico con 70% de cumplimiento; de manera contraria, los macroprocesos de gestión de la información (37%), admisión y alta (44%), gestión de equipos e infraestructura (32%) y gestión de insumos y materiales (35%) tienen una cobertura menor del 50%; siendo los de más bajo rendimiento, tal y como se puede apreciar en el grafico anterior.

Gráfico N° 72: Resultados de la Categoría de Macroprocesos de Apoyo:



Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación - MINSA Elaborado por OGC_HRGDV.

Macroproceso 13 - Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento:

Tiene un alcance de cumplimiento al 70%

- ✓ Se debe disponer de normas y guías de procedimientos en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializado.
- ✓ Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento deben fortalecer el análisis de los indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.
- ✓ Se debe fortalecer el análisis y toma de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.

Macroproceso 14 Admisión y Alta:

Tiene un alcance de cumplimiento al 44%

- ✓ No se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.
- ✓ No se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.
- ✓ No se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.
- ✓ No se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.
- ✓ No se evidencia que el personal cuente con capacitación, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.

Macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia:

Tiene un alcance de cumplimiento al 62%

- ✓ No se cuenta con documento oficial del proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.
- ✓ La Unidad de referencia y contrareferencia, no dispone un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.

Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos:

Tiene un alcance de cumplimiento al 88%

- ✓ La infraestructura del almacén de medicamentos, no cumple con los criterios y según normativa vigente.
- ✓ Cuentan con un cuaderno de control de dispensación con dato de registro de noviembre



- ✓ del 2023; los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.

Macroproceso 17 Gestión de la Información:

Tiene un alcance de cumplimiento al 37%

- ✓ La Oficina de estadística e Informática, identifica sus necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático; sin embargo, no han sido atendidos no está incluido en el Plan Anual de Contrataciones.
- ✓ La Oficina de estadística e Informática, no cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
- ✓ La Oficina no cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).
- ✓ No se evidencia reportes mensuales de los datos estadísticos derivados a las jefaturas de cada servicio con la finalidad de que éstas lo analicen y tomen las decisiones correspondientes,
- ✓ No cuenta con MAPRO que establezca las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información, el link de estadística de la página web se encuentra desactualizado.

Macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización:

Tiene un alcance de cumplimiento al 81%

- ✓ No se evidencia un sistema de control de pérdidas y deterioros incensarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
- ✓ No se verifica la existencia de un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.
- ✓ No se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.

Macroproceso 19_Manejo del Riesgo Social:

Tiene un alcance de cumplimiento al 55%

- ✓ La UPSS no programa ni realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.



- ✓ El hospital no cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.

Macroproceso 20 Nutrición y Dietética:

Tiene un alcance de cumplimiento al 56%

- ✓ No se cuenta con Resolución Directoral que aprueba las Buenas Prácticas de Almacenamiento, no tiene un documento oficial con los regímenes dietéticos estándar del HRGDV, tampoco un documento oficial con los horarios de distribución de dietas, además de la ausencia del Plan de Capacitación.
- ✓ La UPSS no cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.

Macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales:

Tiene un alcance de cumplimiento al 35%

- ✓ Las necesidades de los diferentes órganos del hospital no están incluidas en el Plan Anual de Contrataciones.
- ✓ No dispone del Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
- ✓ No se verifica la aplicación de medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.
- ✓ No se ha establecido los procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).
- ✓ No se cumple con realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del Plan Anual de Adquisiciones y se cumple los procedimientos.
- ✓ En el establecimiento no se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.
- ✓ No se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.

Macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura:

Tiene un alcance de cumplimiento al 32%

- ✓ El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos no tiene evidencia de capacitación para tal fin durante el último año.

No se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos,

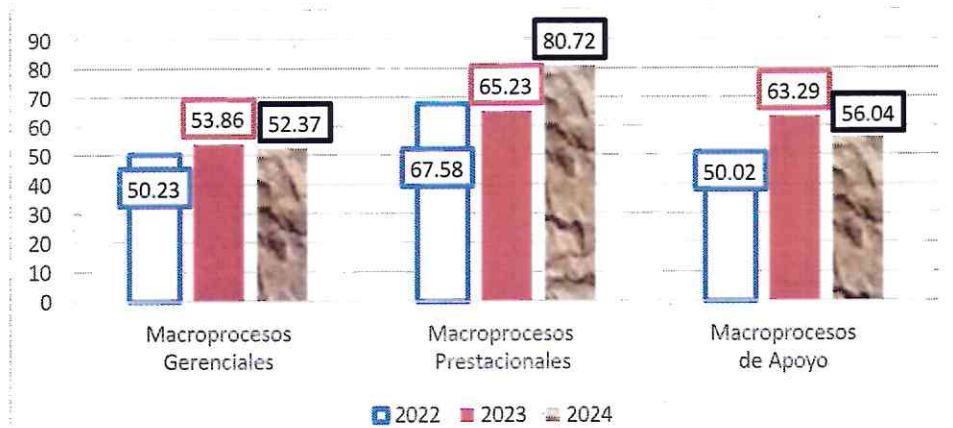


- mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.
- ✓ No se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
- ✓ No se cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.
- ✓ No se evidencia el manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.
- ✓ No se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.

d) COMPARATIVO DE RESULTADOS:

El gráfico 6 nos muestra el comparativo de alcance entre el periodo 2022, 2023 y 2024; donde podemos apreciar que los macroprocesos prestacionales tienen una tendencia creciente, no siendo así en los macroprocesos gerenciales y de apoyo, quienes luego de haber superado el nivel de cumplimiento en el periodo 2023, desciende para el periodo 2024.

Gráfico N° 73: evolución de resultados de evaluaciones periodo 2022-2024



Fuente: Aplicativo de Evaluaciones de Establecimiento para la Acreditación- MINSA Elaborado por OGC_HRGDV

e) RECOMENDACIONES:

- ✓ Se debe priorizar la actualización de los macroprocesos, estándares y criterios por categorías de establecimientos de salud según los marcos normativos vigentes, y en ella se debe determinar los responsables involucrados para cada estándar, de tal modo que se asegure el involucramiento y la participación de las unidades orgánicas y funcionales que garantice el cumplimiento de los objetivos establecidos en cada



macroproceso.

- ✓ El cumplimiento de los objetivos y sostenibilidad de los macroprocesos relacionados con el factor presupuesto, se ven afectados, debido a que se percibe restricciones de orden normativo para su ejecución y atención a las necesidades de las áreas usuarias y sumado a ello se evidencia las reducciones progresivas de la APM en la genérica 2.3: Bienes y Servicios (Subgenérica 1. Compra de Bienes) y carencia de asignación en la genérica 2.6: Adquisición de Activos No Financieros; condición que pone en riesgo el debido cumplimiento del macroproceso.
- ✓ El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, debe continuar fortaleciendo el proceso de cumplimiento de los macroprocesos, estándares y criterios para la Acreditación.
- ✓ Dentro del proceso de Acreditación, la Autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente, liderado desde la Dirección General y por cada órgano y/o Unidad Orgánica, con el único fin de garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.
- ✓ Las jefaturas de las unidades orgánicas y los equipos a su cargo, deben socializar y discutir los resultados de los criterios que se cumplen y aquellos que no han alcanzado el puntaje esperado con la finalidad de implementar las acciones correctivas para la próxima evaluación con la finalidad de minimizar los riesgos en la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Es importante reforzar las competencias gerenciales de las jefaturas de las unidades orgánicas, cuyo liderazgo involucre a todos los trabajadores del hospital regional Guillermo Díaz de la Vega.
- ✓ Los Evaluadores Internos, deben tener una activa participación antes, durante y después de la Autoevaluación, ya que con ello se garantiza la formalidad y cumplimiento de la finalidad y objetivos del Plan de Autoevaluación.
- ✓ El Plan de Autoevaluación debe incorporarse al Plan Operativo Institucional.
- ✓ Se debe impulsar la sensibilización al personal de salud sobre la importancia del proceso de Autoevaluación con participación del responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad.



CAPITULO VI

6.1. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS RIESGOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y DE ESTRUCTURA FÍSICA INSTITUCIONAL.

Tabla N° 144: IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS Y RIESGOS

N°	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA
1	Recursos Humanos Insuficientes	El Hospital Guillermo Díaz de la Vega enfrenta una brecha en recursos humanos, con un déficit especialmente en médicos especialistas, estimándose una carencia de 99 PEAS asistenciales, así también 82 peas en profesionales de la salud y 75 en técnicos asistenciales, representa una problemática crítica que afecta la calidad de la atención, genera sobrecarga de trabajo para el personal disponible, prolonga los tiempos de espera y dificulta el cumplimiento de los estándares médicos necesarios para una atención eficiente y oportuna.
2	La falta de un sistema integrado de información (software) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ha llevado a una deficiente calidad de la información.	El hospital no cuenta con un sistema de software que centralice la información, las áreas operativas y médicas pueden verse afectadas en varias dimensiones: fragmentación de la información, gestión ineficiente de recursos, falta de análisis y toma de decisiones informadas; por ende, un sistema integrado puede ofrecer estadísticas en tiempo real, etc.
3	Contratos de personal por terceros (varios años)	El 13% del total del personal labora bajo la modalidad de servicios por terceros, con una antigüedad hasta de 10 años
4	No se cuenta con estudio del Mapa microbiológico actualizado para el tratamiento óptimo.	No contar con un estudio actualizado del mapa microbiológico impide una correcta gestión de las infecciones hospitalarias, compromete la seguridad de los pacientes y afecta la eficacia de los tratamientos y estrategias de prevención.
5	Deficiente Sistema de manejo de historias clínicas.	Gestión deficiente de las historias clínicas, desorganizadas y con datos incompletos. La falta de un sistema informatizado y la ausencia de codificación CIE-10 dificultan la liquidación económica y el cumplimiento de la Norma Técnica de Salud NTS 139-MINSA/2018.
6	Indicadores de consulta médica (concentración 1.61 y utilización de los consultorios médicos 1.2) por debajo del estándar	Los indicadores muestran indicadores de consulta externa por debajo del estándar como concentración (1.61) de atenciones por hora y la utilización de consultorios (1.20). Es decir, cada médico está atendiendo menos consultas de las esperadas y los consultorios no están siendo usados de forma óptima (espacios sin pacientes),

7	No se realizó la encuesta de insatisfacción al usuario externo 2024 en las áreas de Emergencia, Hospitalización y Consultorio Externo, lo que impide conocer la opinión de los pacientes sobre la calidad del servicio.	Durante el año 2024 no se realizó la encuesta de satisfacción al usuario externo en los servicios de emergencia, hospitalización y consultorio externo, lo que constituye una limitación importante en el proceso de evaluación de la calidad de la atención brindada por la institución.
8	No se realiza las encuestas de satisfacción laboral y clima organizacional que son actividades asignadas a la Oficina de Gestión de Recursos Humanos	La falta de encuestas de satisfacción laboral y clima organizacional limita la identificación de problemas del personal, afecta la motivación y desempeño, y repercute en la calidad del servicio, por lo que es prioritario abordarla en la gestión hospitalaria.
9	Intervalo de Sustitución cama muy prolongado (camas vacías)	El intervalo de sustitución de camas sigue por encima de lo recomendado, con un tiempo considerable de camas vacías entre ingresos y egresos a 2.2 días en 2024, pero aún está por encima del estándar ideal de 0.6-1 día, pediatría 6.5 y medicina 1.9 y salud mental 16.7 presentan intervalos más largos. Así mismo en las unidades críticas con un promedio general 4.5 días que una cama de permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama.
10	Porcentaje bajo de Ocupación de Camas por debajo del estándar	En el 2024, el porcentaje de ocupación de camas en el HRGDV fue de 69.6% en áreas de hospitalización y 68.5% en unidades críticas, significativamente por debajo del estándar de 85-90%.
11	Alto Porcentaje 24 % de pacientes en sala de observación de emergencia con estancias mayores o iguales a 12 horas	El indicador muestra que un 24% de los pacientes permanecen más de 12 horas en la sala de observación de emergencia, lo que señala posibles deficiencias técnicas o a la falta de camas disponibles en los servicios de hospitalización
12	Identificación y diagnóstico tardío de pacientes con cáncer	El 14 % de pacientes diagnosticados con cáncer fallece atribuidos a un diagnóstico tardío, además de no contar en el HRGDV el servicio de quimioterapia ambulatoria y mezclas oncológicas en funcionamiento.
13	Resultado del Índice de Seguridad hospitalaria categoría C	Se necesita intervenciones urgentes. los niveles actuales de seguridad y de capacidad de gestión de emergencias y desastres son insuficientes para proteger la vida de los pacientes y del personal en dichas circunstancias, se hace necesario la implementación de un plan de intervención según informe de evaluación del establecimiento de salud - índice de seguridad hospitalaria ISH 2025
14	Alta incidencia de cesárea	Alta incidencia del parto por cesárea 49% superando el estándar recomendado (20-25%)
15	En el 2024, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega reportó 11 casos de infecciones asociadas a la atención de salud, destacando un aumento en las infecciones del	El aumento en la incidencia de infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en comparación con años anteriores destaca como un desafío en la UCI, con una tasa de incidencia de 4.73 superior al promedio nacional y superior según nivel de categoría II.





	tracto urinario por catéter urinario permanente en la UCI, 9 casos	
16	Los resultados de autoevaluación del año 2024 en indicadores de logro calificaron como "No aprobado"	Los resultados de autoevaluación del año 2024 fue 65% No aprobado , no llegándose al estándar esperado (mayor igual al 85%) donde el macroproceso gerencial (52.37%) y apoyo (56.04) son los aspectos que alcanzaron resultados menos satisfactorios.
17	Carencia de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) asimismo no se cuenta con el Comité de optimización de antimicrobianos (COAM).	Ausencia de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA), así como la falta de un Comité de Optimización de Antimicrobianos (COAM), lo que podría conducir a un uso inadecuado de estos medicamentos, favoreciendo la resistencia antimicrobiana y comprometiendo la efectividad del tratamiento.
18	La falta de actualización de los documentos de gestión clave (MOF, ROF, CAP)	La falta de actualización de los documentos de gestión puede producir: Desorganización en la estructura interna, Las funciones y responsabilidades de los trabajadores pueden no estar claramente definidas, generando confusión y duplicación de tareas, etc. entre otras cosas.
19	Demora en el recojo de residuos biocontaminados hospitalarios e insuficiente dotación de insumos y materiales que ha ocasionado riesgo en la salud pública y ambiental, afectando a los pacientes, el personal de salud y la comunidad en general.	No cuenta el HRGDV con asignación presupuestal para garantizar la gestión integral y manejo de residuos sólidos hospitalarios, pudiendo acarrear sanciones según decreto legislativo 1278.



6.2. CONCLUSIONES

- Existe brecha en personal médico especialista y otros profesionales de la salud, el cual limita la atención oportuna y la calidad de atención en las diferentes unidades productoras de salud. Con una brecha de 99 PEAS en médicos de las diferentes especialidades, 82 profesionales de la salud y técnicos de la salud con 75.
- El resultado final de la autoevaluación de indicadores de logros del año 2024 refleja un cumplimiento del 65% de los estándares de acreditación y corresponde al resultado final **NO APROBADO**. El puntaje más alto se obtuvo en el macroproceso prestacionales (80.72%), mientras que los macroprocesos gerenciales y macroprocesos de apoyo obtuvieron el puntaje más bajo, con un 52.37% y 56.04 % respectivamente.
- El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, oferta 22 de las 23 especialidades que debe ofertar según la capacidad resolutive, por lo que aún se tiene pendiente la implementación la especialidad de reumatología.
- El nivel de disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios del HRGDV, llega a niveles de disponibilidad por debajo de lo indicado en los acuerdos de gestión (90%).
- La demanda de atenciones en las UPSS de consultorio externo ha aumentado. evidenció un crecimiento sostenido tanto en el número de atenciones como de pacientes atendidos en consulta externa, En 2021 se registraron 13,966 pacientes atendidos y 30,101 atenciones, cifra que prácticamente se duplicó en 2022 y 2023. Para el año 2024, la cifra se incrementó exponencialmente, alcanzando los 95,812 pacientes atendidos y un total de 217,123 atenciones, lo que representa más del doble respecto al año anterior. Este incremento es especialmente notable en las atenciones a mujeres, particularmente en los grupos de 0-4 años y en los adultos jóvenes y en edad productiva 20 a 34 años.
- La tasa de mortalidad bruta en el servicio de emergencia general se incrementó de 0.54 (2022) a 0,78% (2024) estando dentro de los estándares esperados.
- No se cuenta con estudio del Mapa microbiológico actualizado (trimestral) para el tratamiento óptimo.
- Indicadores de consulta médica (concentración y utilización de los consultorios médicos) por debajo del estándar. Los indicadores reflejan una concentración de atenciones (1.61) y utilización de consultorios (1.20). por debajo de los estándares esperados.



- El intervalo de sustitución de camas sigue por encima de lo recomendado, con un tiempo considerable de camas vacías entre ingresos y egresos a 2.2 días en 2024, pero aún está por encima del estándar ideal de 0.6-1 día, pediatría 6.5 y medicina 1.9 y salud mental 16.7 presentan intervalos más largos. Así mismo en las unidades críticas con un promedio general 4.5 días que una cama de permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama.
- En el 2024, el porcentaje de ocupación de camas en el HRGDV fue de 69.6% en áreas de hospitalización y 68.5% en unidades críticas, significativamente por debajo del estándar de 85-90%.
- Alta incidencia del parto por cesárea alcanzando el 42% el año 2023 incrementándose al año 2024 a 49% superando el estándar recomendado (20-25%).
- El indicador muestra que un 24% de los pacientes permanecen más de 12 horas en la sala de observación de emergencia, lo que señala posibles ineficiencias en la atención hospitalaria.
- El aumento en la incidencia de infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en comparación con años anteriores destaca como un desafío en la UCI, con una tasa de incidencia de 4.73 superior al promedio nacional y superior según nivel de categoría II.
- Demora con asignación presupuestal permanente para garantizar la gestión integral y manejo de residuos sólidos hospitalarios.
- Existe carencia de un sistema informático integrado (software) para el manejo adecuado de información de las historias clínicas, procesamiento de información, sistema de admisión y programación de citas aún es personalizado.
- Existe incremento de las enfermedades no transmisibles como el cáncer, diabetes, especialmente en la etapa de vida adulto mayor. Siendo los cinco tipos de cáncer más frecuentes en ambos sexos y en todas las edades, según el número de casos incidentes, son: en primer lugar, el cáncer de próstata, en segundo lugar, el cáncer de estómago en tercer lugar, el cáncer de cuello uterino, en cuarto lugar, el cáncer Tiroides y en quinto lugar, el cáncer de mama. Siendo una de las prioridades sanitarias nacionales que se tiene que abordar de manera integral a nivel hospitalario.
- Falta de elaboración y programación del plan de mantenimiento de los equipos biomédicos en las diferentes UPSS.

Falta la implementación de diagramas de flujos y mapas de procesos, con el fin de homogenizar los procesos para mejorar los métodos de trabajo. Así mismo como



faltan actualizar las guías y protocolos de atención clínica, según las normativas vigentes y realidad hospitalaria.

RECOMENDACIONES

1. Revisión y Actualización de Documentos de Gestión clave (MOF, ROF, CAP) para que reflejen la estructura y necesidades actuales de la organización; la actualización constante de los documentos de gestión es fundamental para asegurar que la organización de salud opere de manera eficiente, cumpla con sus responsabilidades legales y mantenga una estructura flexible capaz de adaptarse a los cambios y desafíos del entorno.
2. Resultado del Índice de Seguridad hospitalaria; categoría C: Se necesita intervenciones urgentes. los niveles actuales de seguridad y de capacidad de gestión de emergencias y desastres son insuficientes para proteger la vida de los pacientes y del personal en dichas circunstancias, se hace necesario la implementación de un plan de intervención según informe de evaluación del establecimiento de salud - índice de seguridad hospitalaria ISH 2025.
3. Se recomienda que el proceso de autoevaluación sea integrado de manera permanente en la gestión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, especialmente en los macroprocesos gerenciales que obtuvieron el puntaje más bajo; con la participación activa de toda la alta dirección, jefes de servicios y trabajadores. Es fundamental fortalecer el compromiso de los evaluadores internos, garantizar el cumplimiento de las observaciones en el plazo establecido de 9 meses, y socializar los resultados en todas las áreas para asegurar una mejora continua. Además, debe incluirse en el plan operativo institucional.
4. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia mediante la provisión de equipamiento, recursos humanos con competencias en el tema e implementación de ambulancias de acuerdo a las normas técnicas establecidas por el MINSA.
5. Proyectar el desarrollo de la estructura hospitalaria a futuro según la categorización del establecimiento de salud para satisfacer la demanda de la población de la Región de Apurímac con énfasis en la oferta de servicios especializados y desarrollo de capacidades especializadas para la atención de la población con enfermedades crónicas.



6. Apoyo logístico permanente de insumos y materiales de bioseguridad, equipo de protección personal e higiene de manos.
7. Fortalecimiento de capacidades de todo el personal del hospital, en el manejo estandarizado de indicadores hospitalarios para el proceso de atención de los usuarios para el fácil manejo de datos estadísticos en el proceso de atención del paciente a nivel de todo el hospital.
8. Implementar un sistema informático integrado para el manejo adecuado de las historias clínicas y otros procesos hospitalarios.
9. Optimizar el sistema informático de gestión hospitalaria en los procesos administrativos (caja, SIS, SOAT, etc.) y asistenciales (historia clínica electrónica), que deben estar debidamente integrado entre los diferentes módulos informáticos, para garantizar la interoperabilidad con otras instituciones públicas, privadas y mixtas.
10. Actualización y estandarización de guías de atención clínica, protocolos de atención y el manual de procesos y procedimientos en cada unidad productora de salud del hospital.
11. Implementar especialidad de reumatología que está pendiente, establecido según nivel de categorización **II-2**
12. Asegurar disponibilidad de insumos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, superando los niveles actuales por debajo del 90%.
13. Realizar estudios trimestrales del mapa microbiológico para optimizar el tratamiento de infecciones.
14. Establecer estrategias para mejorar los indicadores hospitalarios en consulta externa, emergencia y hospitalización como; estancia hospitalaria, intervalo de sustitución de cama, porcentaje de ocupación cama.
15. Implementar acciones específicas para mejorar la satisfacción en los servicios con altos niveles de insatisfacción.
16. Es imprescindible la implementación del Programa Optimización de antimicrobianos (PROA) así como constituir el Comité de optimización de antimicrobianos (COAM) en nuestro nosocomio, como indica La Norma Técnica de Salud para la





Implementación del programa de optimización del uso de antimicrobianos a nivel Hospitalario N°184-MINSA/DIGEMID-2022; para hacer frente a la resistencia antimicrobiana e implementar intervenciones costo efectivas. Siendo una prioridad nacional y global.

