

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE  
GESTIÓN EN LA MEJORA CONTINUA DE PROCESOS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY,  
2013-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GREGORIA CHOQUE FLORES**

**CALLAO - 2018  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA            PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO        SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER            VOCAL

### ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 322

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                          | 2    |
| <b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | 5    |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 5    |
| 1.2 Objetivo                                 | 7    |
| 1.3 Justificación                            | 7    |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                     | 10   |
| 2.1 Antecedentes                             | 10   |
| 2.2 Marco Conceptual                         | 15   |
| 2.3 Definición de Términos                   | 42   |
| <b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>          | 43   |
| 3.1 Recolección de Datos                     | 43   |
| 3.2 Experiencia Profesional                  | 45   |
| 3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema | 48   |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                        | 53   |
| <b>V. CONCLUSIONES</b>                       | 69   |
| <b>VI. RECOMENDACIONES</b>                   | 70   |
| <b>VII. REFERENCIALES</b>                    | 71   |
| <b>ANEXOS</b>                                | 73   |

## INTRODUCCION

Los hospitales en siglos atrás basaban su funcionamiento en actos de beneficencia, y la conducción de tales instituciones no significaba mayor preocupación para la sociedad, ya que estaban a cargo de los religiosos, quienes veían en estas instituciones una forma de acercarse a una atención digna para esa época. Sin embargo, con el devenir del tiempo, la progresiva incorporación de conceptos económicos, como la eficiencia y la inversión en el desarrollo de instituciones de bien social, con los cambios en la sociedad y el desarrollo de las políticas y el crecimiento de las brechas de equidad en salud han determinado que los directivos o gerentes que las administran, tengan un creciente interés en la optimización de los establecimientos para responder a las demandas de la población y a la necesidades de atención con calidad, evolucionando así en su complejidad.

El rol clave de los hospitales es lograr la eficacia en el quehacer asistencial, acreditado por la ciudadanía de la atención con calidad técnica científica y tecnológica. Así mismo los hospitales deben enfrentar los problemas de salud relacionados con la pobreza y respondiendo a nuevos desafíos, resultantes de la transición demográfica y el cambio de perfil epidemiológico que se manifiesta en las principales causas de morbilidad y mortalidad en problemas cardiovasculares, cáncer, traumatismos, enfermedades consideradas de alto costo con implicancias

políticas y económicas generando gran impacto en el sector salud.

Tradicionalmente la epidemiología hospitalaria, como disciplina se basa en la aparición de brotes de infecciones intrahospitalarias, que estuvo ligada sólo a la prevención y control de eventos infecciosos.

Las aplicaciones modernas de la epidemiología incluyen los eventos adversos que ocurren dentro de ellas y con el fin de prevenirlos y controlarlos se emplea la estandarización de los procesos hospitalarios; el estudio del perfil epidemiológico nos permite estudiar a la oferta de los diferentes servicios en cuanto a su atención médica, su accesibilidad, organización, equipamiento, disponibilidad de recursos, capacitación de sus miembros, entre otros aspectos. (1)

El documento de Análisis de Situación Hospitalario (ASISHO) no se limita a la vigilancia epidemiológica, sino que le interesa en todo el proceso, lo que algunos denominan "seguimiento", donde se informa la necesidad de cambio para tomar las estrategias, planes y objetivos, de acuerdo a la misión y visión de la institución.

Las variaciones de los factores económicos, sociales, medioambientales, y el crecimiento poblacional no está bajo el dominio total del sector de la salud; estos cambios generan la aparición de nuevas enfermedades en la demanda de la atención y como consecuencia el cambio en la información de la situación de salud conllevando a la mejora continua de los establecimientos de salud.

El presente informe “**ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE GESTION EN LA MEJORA CONTINUA DE PROCESOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY 2013- 2017**”.

Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III : considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencia bibliográficas y contiene un apartado de anexo.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

En el campo específico de la salud, el análisis de situación de salud se enmarca dentro de una de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): Monitoreo, Evaluación y Análisis de Situación de Salud. El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

El año 2013 el Grupo Temático de Epidemiología Hospitalaria de la Dirección General de Epidemiología, realizó una revisión sobre la elaboración de los llamados Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO), donde encontró, que para la elaboración de estos documentos se utilizaba en diversos criterios o metodologías similares a los utilizados en ASIS Regionales y Locales, además de la inclusión de indicadores hospitalarios que eran de interés del escenario, originando que estos documentos en algunos casos sean muy densos, poco prácticos y no siempre útiles. (2)

Se realizó un estudio donde los componentes desarrollados en los llamados ASISHO se encontraron que el 100% (25) desarrollaron el análisis del estado de salud, solo el 32%(8) identificaron y priorizaron los problemas del establecimiento, el 20%(5) realizaron la priorización de intervenciones, así como la vinculación del ASISHO con la toma de decisiones y solo el 8% (2) describieron el monitoreo de las intervenciones. Por otro lado, el 20%(8) consideró el análisis de las referencias y contra referencia, el mismo porcentaje incluyó en el análisis los indicadores de gestión hospitalaria, de los cuales, el 16%(4) hace mención a los indicadores de las estrategias sanitarias nacionales. (2)



Los hospitales son organizaciones sanitarias de muy alta complejidad con pacientes distintos, patologías distintas, distintos grados de enfermedad y que, requieren de una atención integral lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado adecuado, un output aceptable. Dentro del hospital las actividades realizadas repercuten en el cuidado del paciente, bien directamente (actividades clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo).

La calidad de los servicios de salud garantizan el acceso a la población; priorizando los problemas identificados en la descripción de las enfermedades fortaleciendo el rediseño de las políticas públicas vigentes, según las posibilidades de la economía; continuar el perfeccionamiento de la salud; recuperación y rehabilitación de las enfermedades; fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención: Secundaria y Terciaria e incrementar los niveles de salud del paciente.

El Análisis de la Situación de Salud; se utiliza con fines de garantizar el uso eficiente de los recursos y la eliminación de gastos innecesarios, se consideraran los indicadores que conforma, el cual facilita la mejora continua en estructura y proceso de la situación de salud hospitalaria.

Es innegable que con la realización del Análisis de Situación de Salud (ASISHO), se aportan evidencias sólidas para apoyar las decisiones en política sanitaria, incluida la priorización de intervenciones. Su utilización en los servicios, constituye una necesaria contribución al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, El ASISHO es como una herramienta útil para los servicios de salud en la práctica, donde se puede evaluar el desempeño, la productividad del personal y los gerentes de los servicios. En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega no tenía implementado el ASISHO, motivo por el cual se implementa desde el año 2004 facilitando la información para la elaboración del PEI, POI institucional y los proyectos de mejora continua de los indicadores del convenio de gestión.

## **1.2. Objetivo**

Implementar el Análisis Situacional de Salud como herramienta de gestión en la mejora continua de procesos en el Hospital Regional Guillermo Díaz dela Vega Abancay 2013 - 2017”.

## **1.3. Justificación**

El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega es un Hospital categorizado como nivel II-2; el 20 de noviembre del 2008 con resolución Directoral N° 615- 2008-DG-DGDRH-DIRESA, se resolvió categorizar al hospital con la Categoría Hospital III-I con la proyección de la construcción de un nuevo hospital sin embargo a la fecha esta visión no se ha cristalizado funcionando el hospital como una categoría de un hospital de nivel II-2.

Hospital Referencial recibe la a los pacientes que son referidos de todo el departamento de 7 provincias y 81 distritos del departamento de Apurímac. El Análisis Situacional de Salud como herramienta imprescindible en la planificación y administración de los servicios del hospital, se convierte así en el principal soporte de gestión para quienes se proponen administrar con criterio científico técnico.

El ASISHO se vincula con la Unidad de Planeamiento estratégico para las intervenciones en inicial (a partir de la cual se origina el documento del plan estratégico institucional), operacional (cuando se interfiere la situación inicial con el accionar) y objetivo (situación deseada que se pretende alcanzar). La apreciación o análisis de situación procura reconstruir el proceso causal que origina el problema, identificar frentes de ataque o nudos críticos con el fin de intervenir en la situación inicial y reconvertirla a la situación objetivo. Identifica a los actores, sus visiones, la misión, los objetivos y metas y las valoraciones que cada uno efectúa de los problemas, con el fin de establecer categorías de aliados, adversarios y establecer la capacidad y posible eficacia de los actores ante la situación de salud. Al final de este proceso, las unidades de

epidemiología, según su estructura organizacional están en condiciones de proveer información epidemiológica y propuestas de intervención para brindar servicios de calidad con una gestión eficaz, mostrando una organización moderna que permitirá alcanzar un mejoramiento continuo en aspectos de promoción, prevención y control en establecimientos de I, II y III nivel de salud para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el sistema de salud. (3)

El propósito de este documento es facilitar la caracterización de la situación hospitalaria a partir de la descripción e identificación de los principales problemas, riesgos e indicadores, donde la medición de los resultados en condiciones conocidas permitirá dilucidar los factores determinantes involucrados en la prestación de salud y por ende contribuir a una mejor planificación y evaluación del trabajo hospitalario. (4)

El Análisis de Situación de Salud - ASISHO - es un proceso analítico-sintético, dinámico y continuo que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto. Es una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas.

El enfoque integral del Análisis de Situación de Salud Hospitalario, facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que la determinan y la oferta de salud que intenta controlar estos problemas de salud en la demanda de atenciones. (1)

La implementación del ASISHO reflejará aspectos prioritarios del trabajo hospitalario, exigiendo la realización de una metodología de análisis que permita medir y caracterizar los principales daños, problemas o indicadores relacionados con la prestación de servicios de salud en el ámbito hospitalario; por lo tanto, guarda estrecha relación con aspectos epidemiológicos, oferta y demanda de servicios; así como el análisis de

indicadores por unidades productoras de servicios de salud. Priorizando los problemas para poder intervenirlos por categoría, con la operatividad de los comités ejecutivos y ampliados de investigación y análisis de casos de morbilidad y mortalidad permitiendo tomar decisiones basadas en la evidencia buscando el beneficio y satisfacción de los pacientes con una atención de calidad y un trato humanizado en la mejora continua de procesos; planteando líneas de intervención logrando la estandarización de procedimientos a corto, mediano y largo plazo.

## ii. MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes

#### ESTUDIOS INTERNACIONALES

**BATISTA Pereda, Yubel; en su artículo titulado: “El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2016”**

**Introducción:** el análisis de la situación de salud es una herramienta metodológica para el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población de un determinado territorio en un período determinado. Su implementación a nivel hospitalario en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social contribuye al desarrollo de las actividades de gestión de los directivos en las instituciones. **Objetivo:** proponer una metodología para la realización del análisis de la situación de salud en los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. **Materiales y métodos:** se realizó una revisión documental de las propuestas metodológicas existentes para la realización del análisis de la situación de salud a nivel hospitalario, y de documentos normativos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Se determinaron los ejes temáticos y los indicadores a incluir en el análisis de la situación de salud a nivel hospitalario para las instituciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. **Resultados:** el análisis de la situación de salud a nivel hospitalario propuesto se estructuró en 11 ejes temáticos, un acápite de referencias bibliográficas y otro de anexos. En cada eje temático se propusieron los indicadores que permiten la evaluación temporal de los mismos y la diferenciación según tipo de seguro. **Conclusiones:** la aplicación de la metodología propuesta para la realización del análisis de la situación de salud a nivel hospitalario contribuyó a la identificación de problemas, necesidades y prioridades en los hospitales, así como a la ejecución de programas apropiados para el mejoramiento de la salud de la población

afiliada, todo lo cual potencia la capacidad de gestión institucional en correspondencia con la misión y la visión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (4)

**NOGUER Zambrano, Isabel en artículo titulado: “La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral”** Todos los profesionales al servicio de la salud y en concreto de la administración sanitaria tenemos puntos en común y actividades susceptibles de coordinación y mejora. En este encuentro quiero mencionar dos experiencias y saberes: la de la Inspección de servicios sanitarios y también gestores de las consecuencias incapacitantes de las enfermedades. Y la nuestra, los epidemiólogos o gestores de la información sobre las enfermedades y factores de riesgo de la población, al servicio de la autoridad sanitaria y de los ciudadanos. Existen grandes áreas de colaboración entre nuestras funciones que quisiera destacar especialmente, de cara a una mayor coordinación y mejora de nuestro servicio en salud pública. **Conclusiones:** A través del análisis de los datos y la interpretación de los mismos se concretan los elementos finales para poder elaborar informes y recomendaciones específicas que van a parar a la autoridad sanitaria, en nuestro caso autonómica (si es un problema regional) o nacional si se requiere una intervención a nivel del Estado. Las prioridades y los protocolos de trabajo relacionados con la vigilancia epidemiológica se debaten en las "Ponencia de Vigilancia Epidemiológica", constituidas por los responsables de todas las administraciones del Estado con competencias en materia de Vigilancia, valorando especialmente las enfermedades transmisibles, como procesos de mayor impacto sanitario, social y laboral. Así mismo procediendo a través de la vigilancia de la salud pública a la evaluación de políticas e intervenciones de salud. (5)

**MORERA Salas, Melvin “Análisis de eficiencia relativa de hospitales públicos de Costa Rica 2015”.** El análisis de eficiencia relativa hospitalaria resulta un tema trascendental para la Caja Costarricense de Seguro Social, dado que le permite determinar cuáles de los hospitales presentan un mejor desempeño relativo y cuáles podrían mejorar el uso de los recursos. El objetivo es analizar la eficiencia técnica hospitalaria en Costa Rica. Para determinar la eficiencia hospitalaria se utiliza el análisis envolvente de datos con dos insumos: gasto en hospitalización y las camas y tres productos: actividad hospitalaria ajustada por casuística, índice de funcionamiento e índice de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo. Los resultados muestran que el nivel de eficiencia varía sustancialmente entre los 23 hospitales analizados. En 2013, un 30% de los hospitales resultó ser eficiente técnicamente, situación que mejoró levemente respecto a 2012. Este trabajo es una primera aproximación del análisis de eficiencia de los hospitales públicos de Costa Rica. Se realizó un esfuerzo para homogenizar los datos, al ajustar las variables para considerar la complejidad y el riesgo de los casos que maneja cada hospital, de tal forma que los resultados sean comparables entre centros de diferentes tamaño y complejidad. Como conclusión se tiene que el 70% de los hospitales puede mejorar el uso de los recursos. (6)

**MARTÍNEZ Abreu, Judit** en su artículo titulado “**Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual, Cuba 2015**” Las determinantes del estado de salud oral deben estar en estrecha relación con los cambios dinámicos de una sociedad. Este trabajo pretende reflexionar sobre cómo las transformaciones en la sociedad cubana actual pudieran condicionar la aparición de cambios conceptuales en el análisis de la situación de salud. Se aborda la necesidad de crear modelos y metodologías más novedosas aplicadas al contexto cubano. Las tendencias referidas a determinantes sociales permitirán trazar correctas

estrategias de intervención en salud bucodental en nuestro contexto. Los futuros estudios epidemiológicos deberán dedicar especial atención a aspectos sociales como el ingreso per cápita en la familia, la dinámica familiar, la igualdad de género, el respeto a la diversidad, el empleo, las condiciones de trabajo, las redes de apoyo social y la seguridad alimentaria o dieta adecuada. (7)

AGUILAR Marcillo, Diana Cristina **“Diseño de un Sistema de Gestión por Procesos para el Área de Talento Humano de la Empresa Corporación Jarrín Herrera Cía. Ltda En la Ciudad de Cuenca, Período 2015”** El presente trabajo de titulación presenta una problemática del área de Talento Humano de la empresa Corporación Jarrín Herrera, JAHHER. Durante el último año se han dado variaciones en la estructura de la compañía debido a los cambios en materia económica que han ocurrido en el país, como consecuencia se ha reducido desde Tiendas Comerciales hasta personal y cargos en el organigrama. Uno de los departamentos afectados por la situación es el del objeto de estudio ya que se han reducido los cargos de Desarrollo Organizacional y Capacitación del Personal; dando como resultado dentro del área la repartición sus funciones entre los actuales ocupantes, quedando sin encomendar ciertas actividades de las cuales se ha perdido el control. Es de allí de donde nace la necesidad de diseñar un Sistema de Gestión por Procesos para el área de Talento Humano que permita delimitar las funciones adecuadamente así como describir la forma más efectiva para la realización del trabajo y por supuesto mantener un control sobre este que permita el planteamiento de acciones de mejora periódicamente. Para esto se ha trabajado con el personal del área, desde el levantamiento de la información, hasta el planteamiento conjunto de modificaciones que



permitan realizar un trabajo más efectivo. El alcance de este estudio llega al planteamiento de las actividades en procesos, procedimientos e indicadores que acerquen al personal directivo a un mejor control de esta área. (8)

SUQUILLO Ilumiquinga, gloria marina; en su artículo titulado **“MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL DÍA IESS SANGOLQUÍ, 2013 - 2014”**; realizó un proyecto de gestión por procesos aplicado al Servicio de Imagenología del Hospital del Día Sangolquí del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), como estrategia de "Mejoramiento continuo" de la calidad de atención, a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios. Metodología: Diseño metodológico, Descriptivo y Transversal. Resultados: El 14% de los usuarios califican de malo el tiempo de espera en el Agendamiento de citas, el 10% considera de mala calidad la información, el 12% de ellos calificó como muy mal y el 45% como mal, el plazo para la realización de los estudios,( es decir el 57% tiene una percepción negativa de esto), en tanto que el 9% considera como malas las respuestas a las dudas sobre los estudios, también el 57% de los encuestados califica como mal y muy mal el plazo de entrega de resultados de los estudios, finalmente el 24% considera mala la calidad del servicio en forma general. Conclusiones: En base a los resultados obtenidos con las herramientas de calidad sobre las percepciones negativas de la encuesta de satisfacción se pudo observar que las causas que necesitan ser intervenidas son: personal profesional insuficiente; Incumplimiento de los protocolos del servicio de Imagenología; Manuales de procesos no actualizados, falta de mantenimiento preventivo de los equipos. (9)

#### ESTUDIOS NACIONALES

Cetrángolo, Oscar en su estudio titulado: “EL SISTEMA DE SALUD DEL

PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva”. El presente documento ha tenido como objetivo central el estudio del funcionamiento de EsSalud y los desafíos para que esta institución se articule con el resto del sistema de salud del Perú en el cumplimiento de los objetivos vinculados con el logro de la cobertura universal de los servicios de salud. En consecuencia, los diferentes aspectos analizados han debido tomar como referencia el funcionamiento del sistema de salud peruano en su totalidad. A continuación, se enumeran los principales rasgos estilizados que caracterizan al sistema de salud peruano y los desafíos que deberán ser enfrentados con el fin de mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y para alcanzar la cobertura universal. Estos rasgos y desafíos son analizados en detalle a lo largo de este documento. (10)

## **2.2. Marco Conceptual**

**Análisis de Situación de Salud (ASIS):** Son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil del proceso de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, también posibilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud

**Análisis Situacional en establecimientos hospitalarios (ASEH)-** Es un proceso analítico-sintético circunscrito al contexto hospitalario, el cual permite identificar, medir y explicar los principales problemas y/o riesgos relacionados con los procesos en la prestación de servicios de salud a nivel hospitalario; cuya utilidad es muy importante para la toma de decisiones.

**Atención de salud.-** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

**Categoría de establecimientos de salud.-** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

La asignación de categorías considera principalmente los elementos cualitativos de la oferta, quedando los aspectos cuantitativos de la misma sujetos a un análisis técnico local en función a la demanda, a fin de cumplir con las funciones en cada una de las UPSS de la categoría determinada.

- **Demanda de servicios de salud.-** Expresión de las necesidades de salud de una persona o población. Esta demanda tiene dos elementos:
  - Demanda cuantitativa, está referida al volumen de la misma, es decir, al número de personas que en un determinado tiempo y espacio, tienen necesidades de salud, requiriendo la prestación de servicios sanitarios.
  - Demanda cualitativa, está referida a las necesidades de salud que motivaron la demanda de servicios de salud y la complejidad de esas necesidades.
- **Establecimientos Hospitalarios.-** Para el presente documento técnico entiéndase como un establecimiento hospitalario, a las instituciones prestadoras de servicios de salud que disponen de personal médico, no médico y otros profesionales organizados; así como de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos, de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en el ámbito, preventivo, recuperativo y de rehabilitación. En este documento técnico, el término establecimiento hospitalario incluye a aquellos que

se encuentran categorizados en los niveles de atención II o III, independientemente de la actividad o la especialización que tenga.

- **Gestión.-** Proceso orientado a administrar o también a hacer diligencia para conseguir algo; el cual puede ser un producto, un bien o un servicio.
- **Gestión administrativa.-** Es el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo en general son: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar. La gestión administrativa en el hospital involucra el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística. (2)
- **Gestión Clínica-** Es la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los recursos para la mejor atención a los pacientes. Basados en principios básicos: Compromiso de la calidad asistencial y no asistencial, unidades operativas centradas en la atención de pacientes de características similares, recursos diagnósticos, terapéuticos y de soporte más descentralizados, homogeneización de la práctica clínica, simplificación de procedimientos y estructuras, asegurar y mejorar la continuidad de la asistencia en todo el proceso sanitario. (2)
- **Indicador.-** Es un cuantificador que permite asignarle un valor, y sirve para indicar de manera directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.
- **Indicadores Hospitalarios.-** Son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables susceptibles de ser observadas y medidas, por lo tanto, constituyen instrumentos, sus resultados son insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los establecimientos hospitalarios.

- **Problema:** Es una situación de inconveniencia, estado negativo o insatisfacción, que no puede ser resuelto, en forma autónoma, por los propios afectados. En el ámbito hospitalario, es el impacto visible de una serie de necesidades o carencias, sobre la prestación de servicios hospitalarios. Dicho impacto puede ser medido y estudiado a través de indicadores (enfoque cuantitativo) o dimensiones (enfoque cualitativo) de aspectos epidemiológicos, recursos humanos, tecnológicos, infraestructura y financieros
- **Riesgo:** Se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. En el ámbito hospitalario son todos aquellos riesgos de vulnerabilidad, que afectan al paciente, personal de salud, recursos y procesos, los cuales se producen como parte de la atención durante la estancia hospitalaria, estos se clasifican en:
  - **Riesgos asistenciales (o clínicos):** es cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, está relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Comprende condiciones como sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos adversos de medicamentos, negligencias y litigios.
  - **Riesgos relacionados con el entorno hospitalario:** incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la presencia del paciente en el hospital y que puede tener consecuencias negativas.
- **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir

determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

- **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS).**- Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad, y están referidas a los procesos operativos (UPSS de Atención Directa de Salud, UPSS de Investigación, y Docencia) y a los procesos de soporte (UPSS de Atención de Soporte de Salud) del establecimiento de salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelven necesidades de salud individuales de un usuario en el entorno de su familia y comunidad.

### **2.2.1. Concepto de Mejora Continua**

Mejora continua es una "actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos" siendo los requisitos la "necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria". Los métodos modernos de Mejoramiento Continuo, buscan mejorar los procesos de atención para alcanzar el cumplimiento óptimo de los estándares basados en evidencia como meta última del mejoramiento de calidad en atención clínica y preventiva. (11)

- Análisis y evaluación de la situación existente.
- Objetivos para la mejora.
- Implementación de posible solución.
- Medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación.
- Formalización de los cambios.

Los resultados se revisan para detectar oportunidades de mejora. La mejora es una actividad continua, y parte de la información recibida del propio sistema y de los clientes.

Dentro del contexto de un sistema de gestión de la calidad, el ciclo PHVA

es un ciclo que está en pleno movimiento. Que se puede desarrollar en cada uno de los procesos. Está ligado a la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto para los productos como para los procesos del sistema de gestión de la calidad. El ciclo PHVA se explica de la siguiente forma:

#### Planificar:

- Involucrar a la gente correcta
- Recopilar los datos disponibles
- Comprender las necesidades de los clientes
- Estudiar exhaustivamente el/los procesos involucrados
- ¿Es el proceso capaz de cumplir las necesidades?
- Desarrollar el plan/entrenar al personal.

#### Hacer:

- Implementar la mejora/verificar las causas de los problemas
- Recopilar los datos apropiados Verificar:
- Analizar y desplegar los datos
- ¿Se han alcanzado los resultados deseados?
- Comprender y documentar las diferencias
- Revisar los problemas y errores
- ¿Qué se aprendió?
- ¿Qué queda aún por resolver? Actuar:
- Incorporar la mejora al proceso
- Comunicar la mejora a todos los integrantes de la empresa
- Identificar nuevos proyectos/problemas

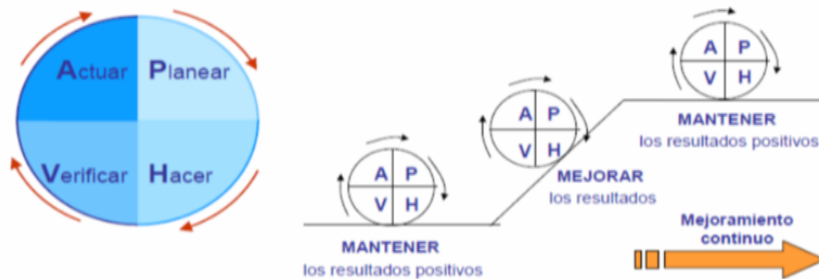
## Ciclo PHVA



## Ciclo PHVA

Es una metodología que permite realizar acciones de mantenimiento y acciones de mejoramiento mediante la repetición del ciclo:

**PLANEAR - HACER - VERIFICAR - ACTUAR**

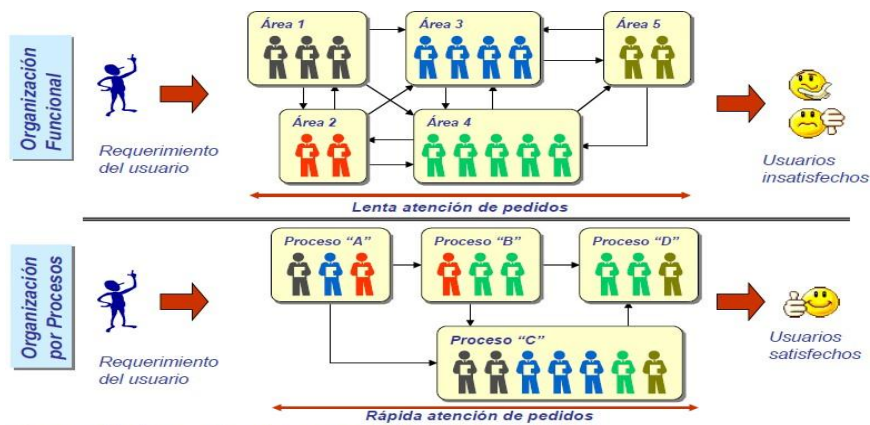
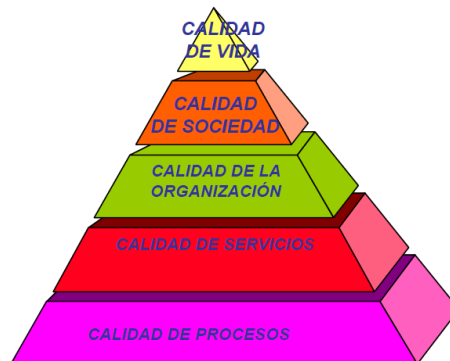


## ENFOQUE DE SISTEMA PARA LA GESTIÓN





## Jerarquía de la Calidad



## Cambio de Paradigma

Los 3 se refieren **actividades interrelacionadas**.

**Procesos, funciones, unidad o área:**

La diferencia radica en el **énfasis** que cada término representa:

**Proceso:** da énfasis a la transformación de entradas en salidas.

**Función:** da énfasis a la responsabilidad que se asigna a una persona o equipo.

**Unidad:** da énfasis a los puestos y sus agrupaciones.

Los tres conceptos se pueden emplear de manera simultánea para efectos de modelar o representar una Organización.

## Organización Funcional vs. Organización por Procesos

| <b>GESTIÓN POR FUNCIONES</b>   | <b>GESTIÓN POR PROCESOS</b>   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Departamentos especializados</li> <li>⊗ Departamento: forma organizativa</li> <li>⊗ Jefes funcionales</li> <li>⊗ Jerarquía, Control</li> <li>⊗ Burocracia, formalismo</li> <li>⊗ Toma de decisiones centralizada</li> <li>⊗ Información: vía jerárquica</li> <li>⊗ Jerarquía para coordinar</li> <li>⊗ Mando por control/supervisión</li> <li>⊗ Cumplimiento desempeño</li> <li>⊗ Eficiencia, productividad</li> <li>⊗ Cómo hacer mejor las cosas</li> <li>⊗ Mejoras de alcance limitado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Procesos de valor agregado</li> <li>⊗ Proceso: forma natural de organizar el trabajo</li> <li>⊗ Responsables de los procesos</li> <li>⊗ Cliente, autonomía, autocontrol</li> <li>⊗ Flexibilidad, cambio, innovación</li> <li>⊗ Es parte del trabajo de todos</li> <li>⊗ Información compartida</li> <li>⊗ Coordina el equipo de procesos</li> <li>⊗ Mando por excepción. Apoyo</li> <li>⊗ Compromiso con resultados</li> <li>⊗ Eficacia, competitividad</li> <li>⊗ Qué tareas hay que hacer y para qué</li> <li>⊗ Alcance amplio, Inter funcional</li> </ul> |

### DIFERENCIA DE ENFOQUE

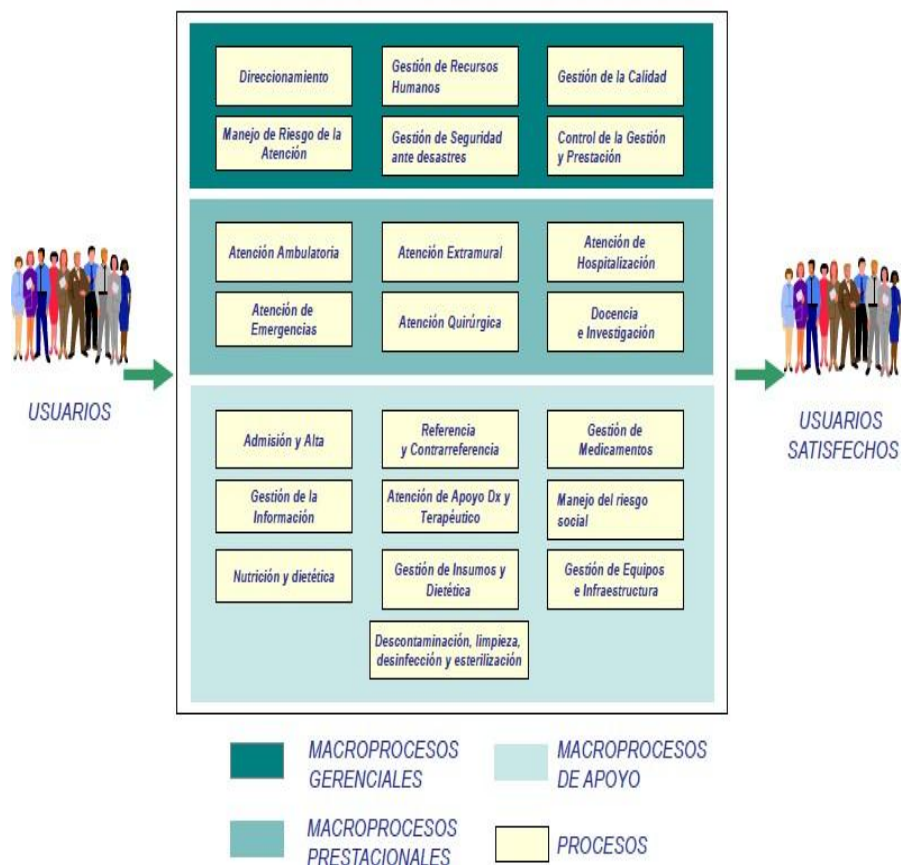
| <i>Organización funcional</i>                               | <i>Organización por procesos</i>  |
|---|---|
| <b>CENTRADO EN LA FUNCION</b>                               | <b>CENTRADO EN EL PROCESO</b>   |
| Prima el individualismo                                     | Prima el trabajo en equipo  |
| Las funciones predominan sobre los procesos                 | Las funciones dependen de los procesos  |
| Se asignan actividades para cubrir el tiempo de los puestos | Los puestos existen para ejecutar el proceso, cubren sus requerimientos y agregan valor |
| El resultados del área se deben a una persona               | El resultados del proceso se deben al equipo de trabajo                                 |
| Los empleados son el problema                               | El proceso puede tener fallas   |
| El personal sólo ejecuta actividades del puesto             | El personal ejecuta actividades en cada uno de los procesos en los que participa        |

Fuente: Adaptado de EADE Transformación empresarial

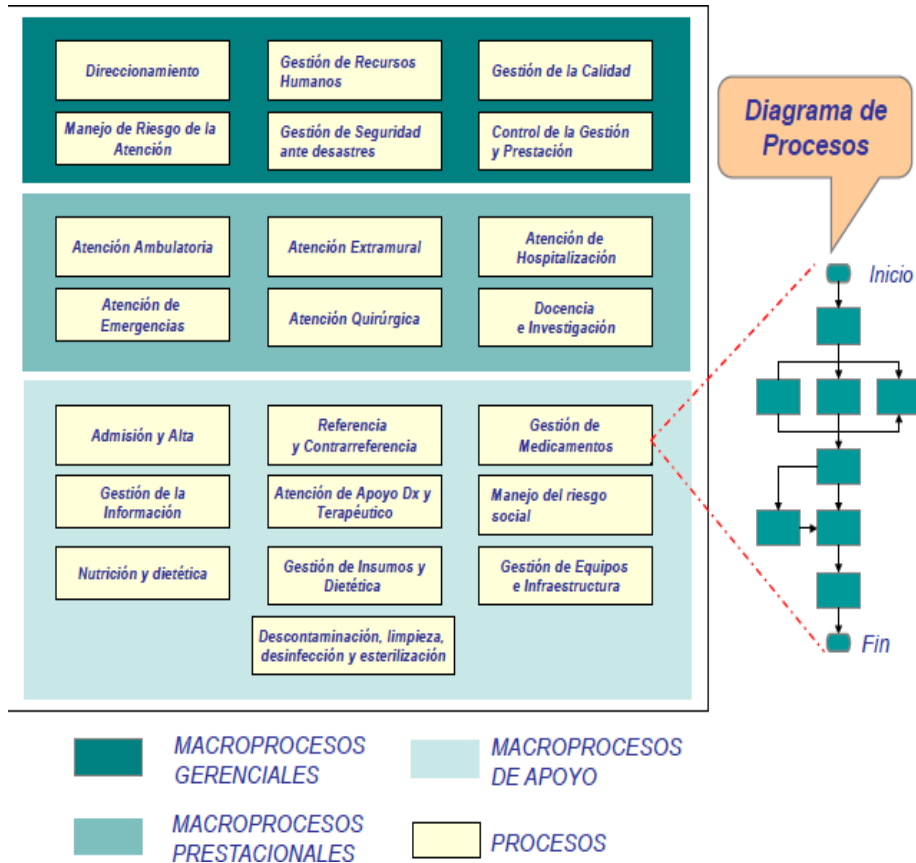
## Gestión por Procesos

- Modelo de gestión que concentra la atención en el resultado de cada uno de los procesos que realiza la organización, en vez de las tareas o actividades individuales.
- Cada persona que interviene en una actividad lo hace teniendo como referencia el resultado final del proceso.
- Consiste en gestionar integralmente cada uno de los procesos. Los sistemas coordinan las funciones, independientemente de quien las realiza.
- La gestión por procesos se fundamenta en la dedicación de un directivo a cada uno de los procesos de la organización, teniendo la finalidad de conseguir la finalidad que el proceso persigue.

### VISION POR PROCESO



## VISION POR PROCESO



### Beneficios de la Gestión por Procesos:

Eliminación de actividades que no agregan valor y de duplicidades funcionales.

- Alineamiento entre los requerimientos del usuario, las estrategias y las actividades.
- Mejor calidad de los servicios.
- Incremento en la satisfacción del usuario.
- Mejora de la eficiencia y eficacia de las instituciones.

## **Requisitos.**

Orientación externa hacia el usuario, frente a orientación interna al servicio.

- Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora. No se trata de trabajar más, sino de trabajar de otra manera.
- Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
- Participación y apoyo frente a jerarquía y control.
- Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.

**Diagnosticar:** Liderazgo orientado hacia la calidad

- Cultura organizacional
- Estructura de la organización
- Comunicación e información
- Formación
- Participación del personal

## **Características de la Gestión por procesos**

- Descripción de la Organización como una red de procesos. Los procesos se documentan y gestionan de “extremo a extremo”.
- Las necesidades del usuario están claramente definidas y se actualizan regularmente.
- Las funciones, los puestos, los controles y el uso de los recursos dependen de los procesos.
- Controles:
- Están para regular la realización de los procesos, NO para entorpecerlos.

- *Los controles deben ser efectivos.*
- Existe un “propietario” de cada proceso, quien es responsable de conseguir la finalidad que el proceso persigue.
- Las responsabilidades se asignan de manera que se garantice la gestión inter funcional de los procesos críticos.
- Los procesos se encuentran por encima de las funciones e incluso de las Organizaciones.
- Medir el grado de satisfacción del usuario interno y externo, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.
- Definición clara de los objetivos de los procesos en términos del valor agregado percibido por los usuarios.
- Establecer en cada proceso indicador de funcionamiento y objetivo de mejora. Estos indicadores son significativos.
- La mejora de los procesos y el diseño/rediseño de los procesos, se emplean para elevar constantemente los niveles de rendimiento.

### **Definición del proceso**

Un proceso es un conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida aportando valor añadido para el cliente o usuario. Los recursos pueden incluir: personal, finanzas, instalaciones, equipos técnicos, métodos, etc. El propósito que ha de tener todo proceso es ofrecer al cliente / usuario un servicio correcto que cubra sus necesidades, que satisfaga sus expectativas, con el mayor grado de rendimiento en coste, servicio y calidad. (12)

Un procedimiento es la forma específica de llevar a término un proceso o una parte del mismo.

Los resultados deseados en los procesos dependen de los recursos, la habilidad y motivación del personal involucrado en el mismo, mientras los procedimientos son sólo una serie de instrucciones elaboradas para que las siga una persona o conjunto

de personas.

Un mapa de procesos es un diagrama de valor; un inventario gráfico de los procesos de una organización. (12)

El principio Sistema enfocado hacia la Gestión está muy relacionado con el Enfoque a los procesos, por que plantea el ciclo de mejora continua de los procesos PHVA que significa "Planificar-Hacer- Verificar-Actuar" desarrollado por W. Shewarth (1920) y conocido gracias a W. Edwards Deming por su difusión, es por ese motivo que es conocido como el Ciclo DEMING. Un sistema de gestión de la calidad está compuesto por todos los procesos que se interrelacionan entre sí. Estos procesos del sistema de gestión de la calidad comprenden a procesos que directa e indirectamente están presentes en la organización de la siguiente manera:

- Modelo de gestión que concentra la atención en el resultado de cada uno de los procesos que realiza la organización, en vez de las tareas o actividades individuales.
- Cada persona que interviene en una actividad lo hace teniendo como referencia el resultado final del proceso.
- Consiste en gestionar integralmente cada uno de los procesos. Los sistemas coordinan las funciones, independientemente de quien las realiza.

El mapa de procesos proporciona una perspectiva global-local, obligando a "posicionar" cada proceso respecto a la cadena de valor. Al mismo tiempo, relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan, utilizándose también como herramienta de consenso y aprendizaje.

La gestión por procesos se fundamenta en la dedicación de un directivo a cada uno de los procesos de la organización, teniendo la finalidad de conseguir la finalidad que el proceso persigue. (11)

## Tipos de Procesos



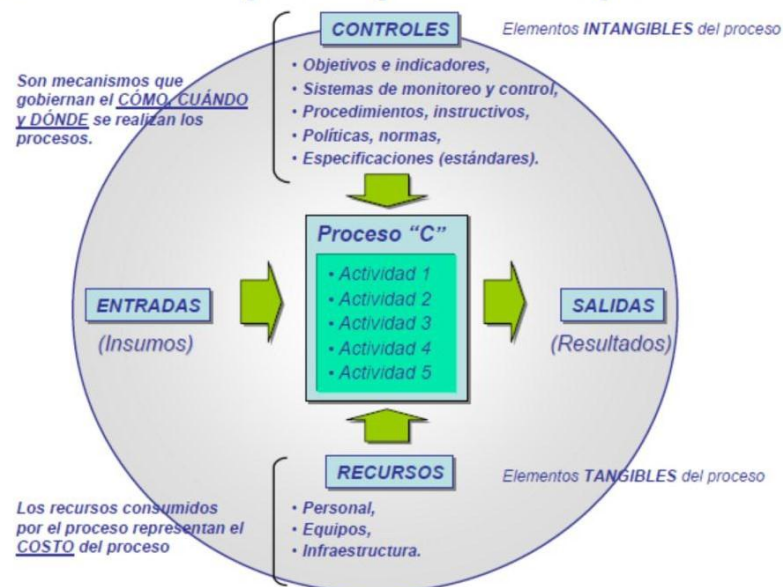
1. **Procesos estratégicos:** Los procesos estratégicos son aquellos establecidos por la Alta Dirección y definen cómo opera el negocio y cómo se crea valor para el cliente/ usuario y para la organización. Soportan la toma de decisiones sobre planificación, estrategias y mejoras en la organización. Proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos. Ejemplos: Comunicación interna, comunicación con el cliente, marketing, diseño, revisión del sistema, planificación estratégica, diseño de planes de estudios.
2. **Procesos claves u operativos:** Son aquellos directamente ligados a los servicios que se prestan, y por tanto, orientados al cliente/usuario interno y externo. Como consecuencia, su resultado es percibido directamente por el cliente/usuario (se centran en aportarle valor). En estos procesos, generalmente, intervienen varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos. En resumen, los procesos claves constituyen la secuencia de valor añadido del servicio desde la comprensión de las necesidades y expectativas del cliente / usuario hasta la prestación del servicio, siendo su objetivo final la satisfacción del cliente /usuario.



3. **Procesos de apoyo o soporte:** Los procesos de apoyo son los que sirven de soporte a los procesos claves. Sin ellos no serían posibles los procesos claves ni los estratégicos. Estos procesos son, en muchos casos, determinantes para que puedan conseguirse los objetivos de los procesos dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes / usuarios. Ejemplos: Formación, compras, auditorías internas, informática.

### Características de los Procesos

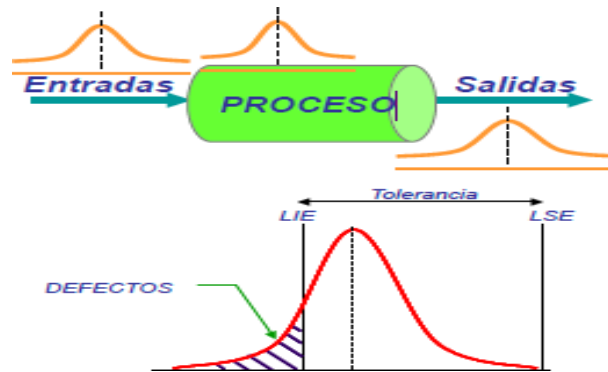
## Elementos principales del proceso



### Variación:

Cada vez que se repite el proceso hay diferencias en la ejecución de las actividades y por consecuencia en los resultados.

Cuando la dimensión de la variación excede la tolerancia, genera defectos, e insatisfacción en los usuarios.



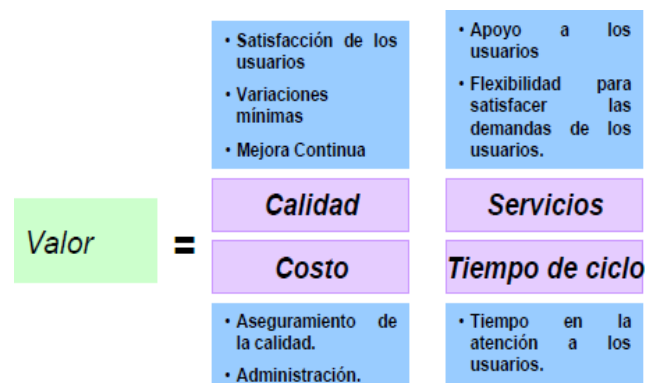
### Repetitividad:

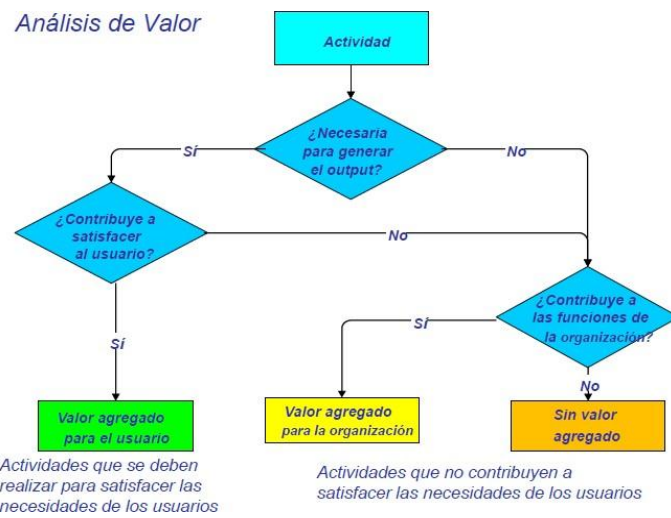
Los procesos se crean para producir un resultado y repetir ese resultado. La repetitividad es la característica que permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo.

Los beneficios de la mejora, se multiplican por el número de veces que se repite el proceso.

### Valor:

La finalidad es crear valor, transformando para ello entradas en salidas. El valor se da porque el proceso satisface una necesidad o la expectativa del usuario. Los procesos sólo deben tener actividades que agregan valor.

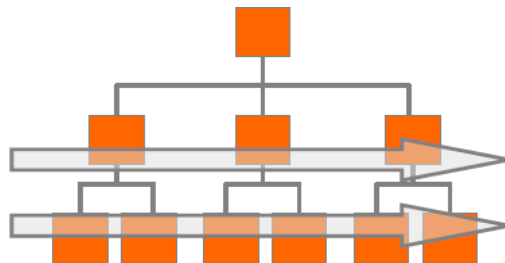




### Horizontalidad:

Los procesos atraviesan a lo ancho de la organización.

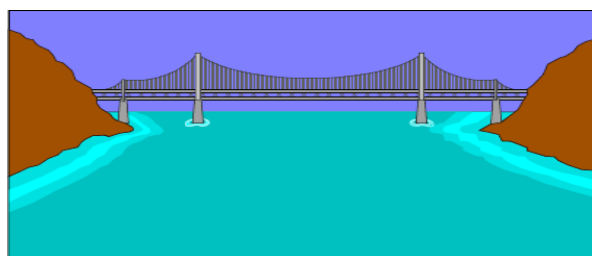
Esta característica permite establecer las relaciones al interior de la organización y romper las barreras internas.



### Continuidad:

Los procesos están conformados por actividades organizadas de manera secuencial y paralela, formando un continuo dentro de sus límites.

### Dominio:



Factor más determinante en la calidad del Proceso.

**Ajuste inicial:** el control se orienta al ajuste previo al inicio del proceso.

Ejemplo: Imprenta

**Tiempo:** el tiempo es dominante cuando el proceso cambia por desgaste, calentamiento, deterioro, consumo, etc.

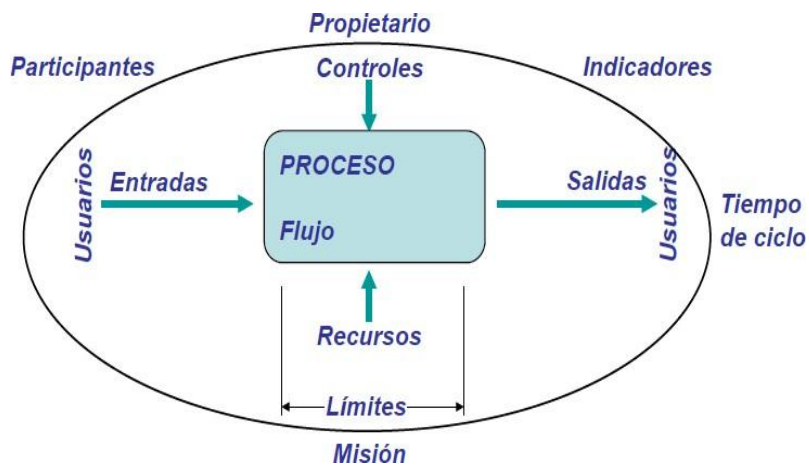
**Trabajadores:** proceso en que la calidad depende de las habilidades humanas

**Información:** Cada tarea es diferente. Se debe generar un sistema que permita transmitir información exacta de cómo difiere esta tarea de las anteriores.

### Identificando Proceso:

Identificación de los elementos del proceso y como es su funcionamiento.

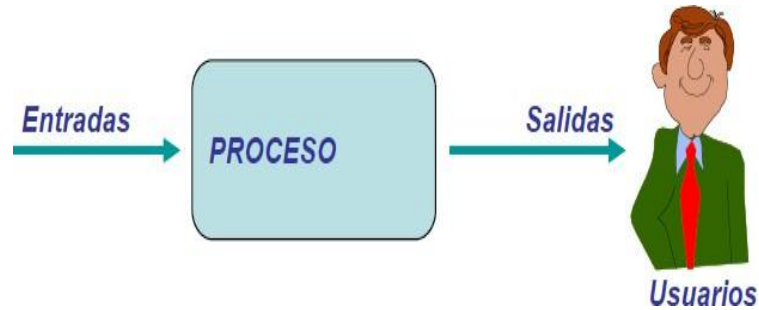
- Elementos del Proceso:



### Usuario

Es el siguiente paso en el proceso.

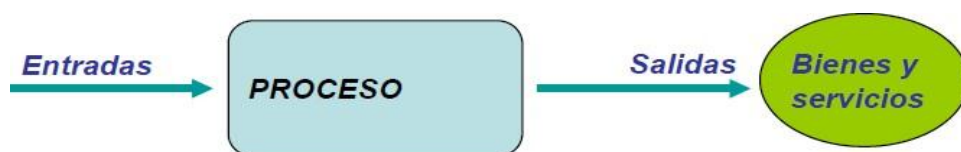
- Personas, procesos u organizaciones que utilizan los resultados del proceso.



### Salidas:

Son los elementos producidos por el proceso.

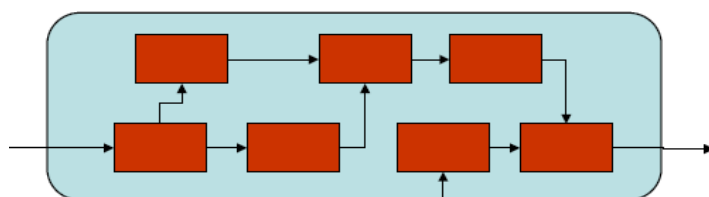
- o Las salidas deben cubrir los requerimientos y expectativas de los usuarios en el proceso.
- o Las salidas deben contar con especificaciones que permitan determinar si son o no de calidad.
- o “Flujo de salida”: unidades producidas en un intervalo de tiempo.



### Flujo:

Secuencia de actividades para transformar las entradas en salidas. Se puede representar a través de: Diagrama de Bloques.

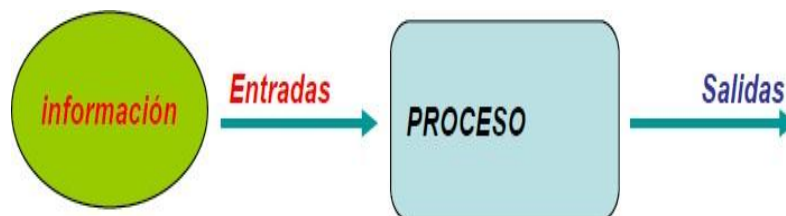
Diagrama de Flujo. Diagrama de Operaciones.



## Entradas:

Elementos que desencadenan la realización del proceso.

- La entrada es lo que va ser transformado para obtener la salida del proceso,
- Las entradas pueden ser los usuarios, materiales y/o información.
- Deben cumplir los requerimientos del proceso.
- Las entradas, también deben tener especificaciones, para poder determinar si son de calidad.



## Recursos:

Referido a los elementos **TANGIBLES** del proceso Personal.

- Materia Prima e Insumos.
  - Maquinaria.
  - Equipos.
- Herramientas.  
– Repuestos.  
– Energía.  
– Infraestructura





### **Controles:**

- **Referido a los elementos INTANGIBLES del proceso.**
- Son mecanismos que gobiernan el **CÓMO**, **CUÁNDO** y **DÓNDE** se realizan los procesos. Determinan qué acción tomar cuando ocurren ciertos eventos o condiciones.

### **Objetivos.**

- Sistemas de monitoreo y control.
- Procedimientos, instrucciones, métodos de trabajo.

### **Plan de acción.**

- Especificaciones (estándares).
- Capacitación y entrenamiento.

### **Normatividad.**

- Programas de control automáticos.

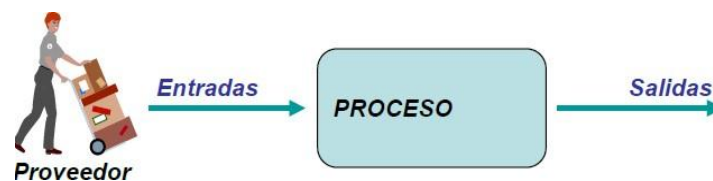


### **Proveedor:**

- Persona, puesto, proceso u organización que provee al proceso de las

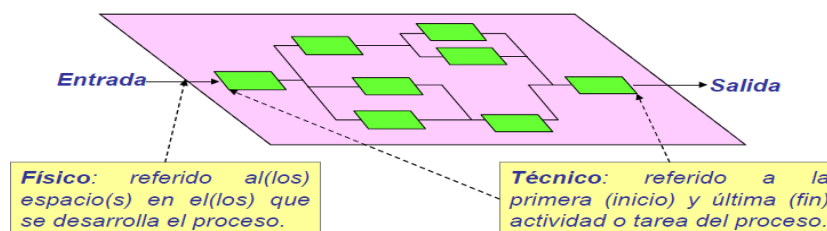
entradas, controles y recursos requeridos.

- El proveedor debe cumplir con las especificaciones demandadas por el proceso.
- El proveedor transfiere valor al proceso cuando cumple con las especificaciones de las entradas y recursos.



### Límites:

- Definen el alcance del proceso, al identificar el principio y término del proceso.
- Permite identificar los departamentos y puestos involucrados.
- Existen dos tipos de límites. Límite técnico y límite físico.



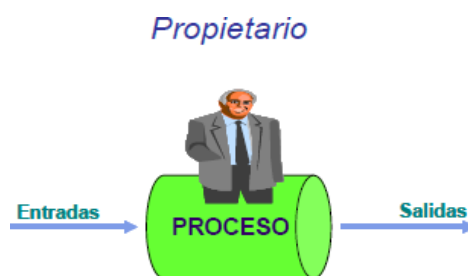
### Propietario:

- Responsable por el proceso y las salidas del mismo.
- Asegura la eficacia y la eficiencia de manera continua.
- Es el que toma las decisiones claves y puede asignar recursos de la



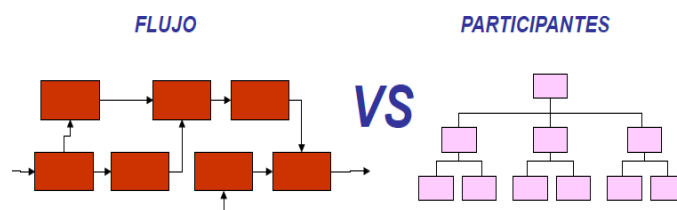
organización al proceso.

- Mantener la relación con otros procesos de la organización y establecer requerimientos adecuados.
- Es la figura clave en la toma de decisiones dentro del mismo.
- El dueño del proceso tiene que tener liderazgo y contar con la autoridad y responsabilidad suficiente para llevar a cabo el ciclo P H V A del proceso
- Responsable de la gestión del proceso asignado y por tanto de sus resultados, de su rentabilidad, y de la organización necesaria para el óptimo funcionamiento del proceso
- Persona designada por la dirección como responsable de que el proceso sea eficaz y eficiente.



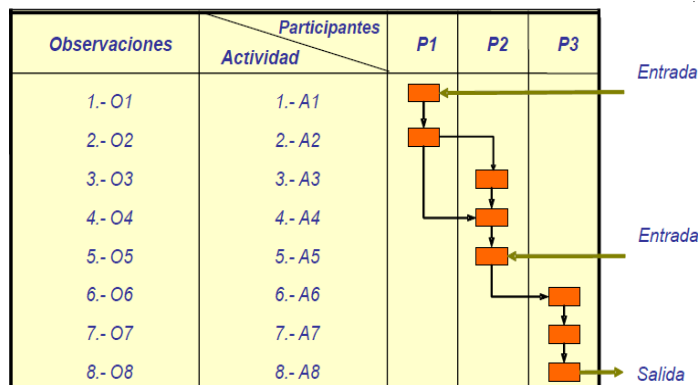
### Participantes:

- Miembros de la organización que participan en la ejecución del proceso.
- Son responsables por la parte del proceso que ejecutan.
- Se establece relacionando el flujo del proceso con los puestos de la organización.



**MACROPROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS CRITERIO DE EVALUACIÓN:**

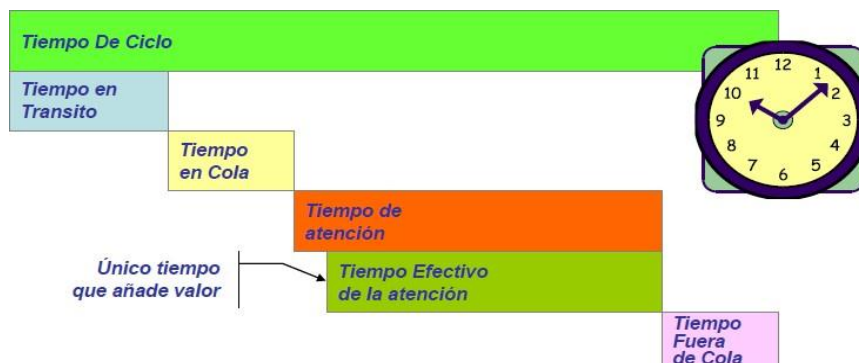
El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con los trabajadores nuevos.



$A_i$  = Actividad  
 $P_i$  = Participante  
 $O_i$  = Observación

**Tiempo de Ciclo:**

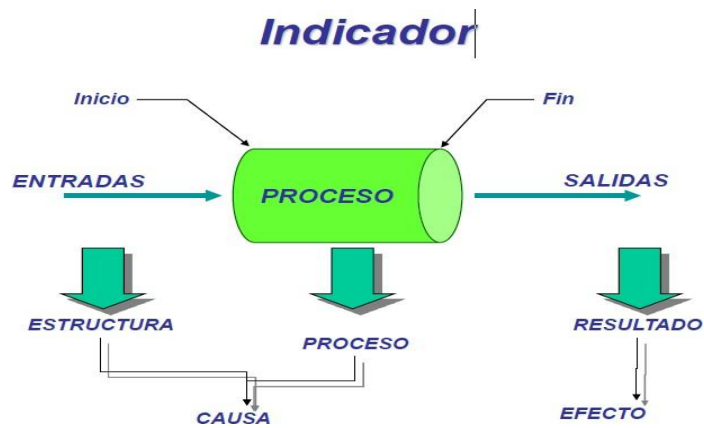
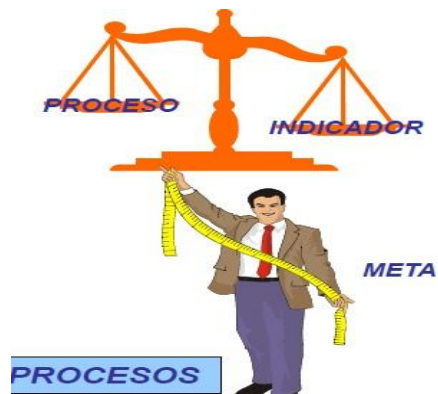
- Es el lapso de tiempo requerido para obtener una unidad de la salida o productos.
- La reducción del tiempo de ciclo permite una mayor productividad en la organización.



**Indicador:**

### CLAVE PARA EL MEJORAMIENTO DE PROCESOS

- Es un criterio que juzga o mide el desempeño de un proceso
- Lo que no se puede medir, no se puede controlar.
- Lo que no se puede controlar, no se puede mejorar. (13)



## Indicador

| Estructura  | Proceso  | Resultado  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•Relacionado a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que se puede controlar antes de que se inicie o repita el proceso.</li> <li>• Las características de las entradas y las condiciones previas al proceso.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Relacionado a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que se puede controlar durante la ejecución el proceso.</li> <li>• Las características de los productos en proceso, el control de actividades y las condiciones del proceso.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Relacionado a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que se puede controlar una vez concluido el proceso.</li> <li>• Las características de los productos terminados y los resultados de gestión.</li> </ul> </li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tiene la función de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y aseguramiento de la calidad.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tiene la función de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseguramiento de la calidad</li> <li>• Corrección sobre la repetición del proceso que se está ejecutando.</li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tiene la función de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de los resultados</li> <li>• Corrección para la siguiente repetición del proceso.</li> </ul> </li> </ul>   |

## Indicador - Ejemplo



## Indicador

- ¿Dónde encajan los indicadores de los procesos en el Sistema de Indicadores de la Organización?



### 2.3 Defición de términos

- ✓ **Situación:** Hace referencia a la realidad percibida en que está inmerso un individuo y que tiene importancia para las actividades que lleva a cabo. Toda situación tiene un contexto temporal, geográfico, social (incluido lo cultural), económico, ecológico y biológico y está determinada por la forma en que cada persona o comunidad percibe los hechos de su entorno.
- ✓ **Análisis:** Es el proceso de aplicar sistemáticamente la lógica -así como las técnicas estadísticas y epidemiológicas- para interpretar, comparar, categorizar y resumir datos reunidos con el fin de llegar a conclusiones.
- ✓ **La situación de salud:** Es la aproximación objetiva a la realidad en la que se encuentra una comunidad en relación a su salud. Es el resultado de las interacciones de las personas con su medio ambiente, así como de todas las acciones realizadas por el Estado y la comunidad con el propósito de proporcionar salud a toda la población en un territorio.
- ✓ **Para el decisor político.** Es una herramienta que identifica los problemas de salud pública y su relación causal con los determinantes de la salud, los prioriza y propone líneas de acción para combatirlos, identificando las UPSS más vulnerables para su intervención. Asimismo, contribuye a la toma de decisiones y generación de políticas públicas, así como en el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones priorizadas por los decisores políticos.
- ✓ **Para los equipos de gestión.** Es la información base al inicio de un nuevo ciclo de planificación. Por otra parte, contiene información válida para respaldar las decisiones de los gerentes, debido a que posee insumos necesarios para elaborar planes por los comités operativos, proyectos, convenios, acuerdos de gestión, investigaciones e intervenciones en salud.

## II. EXPERIENCIA PROFESIONAL

### 3.1 Recolección de datos

La Unidad de Epidemiología del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega realiza la recolección de datos como:

1. Asesoría: La Unidad de Epidemiología Hospitalaria es la unidad organizativa del hospital, que brinda apoyo a la actividad asistencial, encargada de asesorar a la Dirección, Departamentos, Servicios y Áreas del sistema hospitalario, en los aspectos epidemiológicos con base en el análisis e investigación de los perfiles y tendencias epidemiológicas de los principales problemas de salud de la población de referencia del hospital, la evaluación de los servicios y programas de salud, la prevención y promoción de la salud, cuyos resultados repercuten sobre la calidad de la asistencia médica que reciben los pacientes a través de las actividades que desarrolla el personal de salud.
2. Técnica: Utiliza las herramientas que brinda la epidemiología para identificar problemas de salud sus condicionantes y determinantes y los factores de riesgo así como en la vigilancia, supervisión y monitoreo y evaluación del proceso salud-enfermedad.
3. Investigación: Realiza investigaciones del proceso salud-enfermedad en el ámbito hospitalario, que permitan evaluar la calidad del diagnóstico, optimizar el proceso de toma de decisiones y mejora continua de la calidad.
4. Docencia: en el proceso de formación del personal de salud del sistema que requieran adquirir conocimientos y habilidades sobre aspectos de epidemiología que conduzcan al mejoramiento de su desempeño y medidas preventivas en factores de riesgo y bioseguridad.

5. Según las normativas vigentes que sustentan la vigilancia activa obligatoria Sistema de Vigilancia, Prevención y Control en los 365 días del año (sábados, domingos, feriados y en las 24 horas del día) así mismo el envío oportuno de notificaciones e informes de eventos sujetos a Vigilancia epidemiológica diario, mensual trimestral y anual así mismo la toma de decisiones por el equipo de Gestión de Hospital y de la DIRESA-(CERPCE) y al Centro de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades (CENPCE)” Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE-V.01de Notificaciones de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública”
6. Supervisión, Monitoreo y Evaluación de las UPSS EN cumplimiento de la Guía técnica para la evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud RM Nª 523-2007/MINSA. En la mejora continua en infraestructura, equipamiento, procesos y resultado del HRGDV.
7. Decreto Legislativo 1153 sobre la asignación por cumplimiento de metas institucionales indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, Decreto Supremo N° 005 -2014-SA que aprueba indicadores y grupos de medidas para la implementación, Decreto supremo 041-2014- SA, que precisa metas institucionales indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir.
8. Recolección de datos para la elaboración del ASISHO en la Contribución a la mejora de la gestión sanitaria del establecimiento hospitalario, mediante la generación de información estratégica, oportuna y de calidad, en el marco de la Política Nacional de la Modernización de la gestión Pública.

9. La recolección de datos se realiza de la Unidad de Estadística e Informática (Base de datos de Emergencia General, Hospitalización y Consultorio Externo)
10. Análisis situacional de Salud del HRGDV con RD-N° 178- 2012-DG-HRGDVA.
11. Análisis Situacional de Salud del HRGDVA con RD- N° 089- 2015 HRGDVA.
12. Análisis Situacional de Salud del RGDVA con RD-N° 115-2016 HRGDVA.

### **3.2. Experiencia Profesional**

Lic. En enfermería egresada de la Universidad San Antonio Abad del Cusco.

En el año 1989 hice el SERUM en el área Preventivo Promocional del Hospital ESSALUD II en la ciudad de Abancay, Empecé a trabajar en calidad de nombrada desde 1990 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Con 28 años de experiencia laboral trabajé desde 1990 en los diferentes servicios asistenciales hasta el año 2003 por 14 años.

En el año 2004 se apertura la Unidad de Epidemiología en el hospital asignándome al área con una resolución directoral N° R.D. N°129-2003-HRGDVA Responsable de Infecciones Intrahospitalarias, y a la actualidad, R.D. N° 023-2016-DG-HRGDV; hasta el año 2012, con vigilancia epidemiológica desde el año 2013 y la elaboración del documento de Análisis Situacional de Salud del Hospital Guillermo Díaz de la Vega ( pag. WEB del Hospital) a la actualidad Jefe de la Unidad de Epidemiología. Donde se realizaron las siguientes actividades:



## **Implementación en estructura:**

### **a. 01 ambiente**

- ✓ Implementación equipamiento:
- ✓ Equipo de computo
- ✓ Material de escritorio
- ✓ Mesa con 10 sillas para la sala situacional.
- ✓ Normas, Protocolos, Guías, de Epidemiología, Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia epidemiológica, Mortalidad Materna Perinatal.
- ✓ Elaboración de los documentos de gestión: Manual de Organización y Funciones, Plan Anual de Epidemiología, Proyectos de mejora de Lavado de manos, manejo de residuos hospitalarios, financiado por el Proyecto VIGIA.
- ✓ Plan Anual de Infecciones intrahospitalarias con énfasis en materno Neonatal, plan de capacitaciones o fortalecimiento para el personal de salud, en Infecciones Intrahospitalarias, vigilancia epidemiológica, lavado de manos y manejo de residuos hospitalarios.
- ✓ Conformación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Conformación del Comité de Mortalidad Materna Perinatal.
- ✓ Conformación del Comité de lavado de manos.

**b.** Con las funciones de la vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias que actualmente se denomina Infecciones Asociadas a la atención de Salud (IAAS) y la elaboración de cada año del Plan Anual de Infecciones Intrahospitalarias con énfasis Materno Neonatal, nace la Unidad de Salud Ocupacional en el año 2012.

**c.** En el año 2012, se presenta un plan de mejora para la implantación de la Unidad de Salud Ocupacional, en la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental quedando aprobado dicho plan, e implementándose con el recurso humano de 1 médico cirujano, una enfermera, un psicólogo

denominándose Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional; a la actualidad considerada como área de asesoramiento y área técnica de la institución. El documento de Análisis de Situación de Salud; y se convierta en un insumo central para los procesos de toma de decisiones en la institución, elaborándose y fueron aprobados con las resoluciones:

- d. Actualmente se denomina Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional; que funciona con 3 ambientes, con 8 equipos de cómputo una sala situacional para las reuniones de los diferentes comités. Desde ese entonces con la vigilancia epidemiológica de enfermedades eventos sujetos a vigilancia y notificación obligatoria NT N° 046- 2012 / MINSA.
- e. Elaboración del ASIS del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega desde el año 2004 a la actualidad. Los documentos se encuentran publicados en la página Web del HRGDVA.

## 2. Se realiza las mejoras en Estructura, Proceso y Resultado

### a. **Mejora en Estructura en las UPSSS:**

- ✓ Mejora en infraestructura remodelación del servicio de Emergencia General en el año 2006
- ✓ Mejora en infraestructura construcción de un nuevo local del servicio de UCI Neonatal y Neonatología año 2008
- ✓ Mejora de infraestructura remodelación del servicio de medicina 2009
- ✓ Mejora de infraestructura remodelación del servicio Cirugía y Traumatología 2008
- ✓ Implementación del servicio de Traumatología en el año 2010
- ✓ Construcción de nuevo pabellón del servicio de Patología Clínica y Laboratorio Clínico 2010-2017.

- ✓ Implementación de las Guías Clínicas y manual de procedimiento.
- b. Mejoras en Proceso:**
  - ✓ Estandarización del procedimiento de la higiene de manos.
- ✓ Estandarización de manejo de residuos hospitalarios.
  - ✓ Estandarización de Medidas de Bioseguridad – Uso de Equipo de Protección personal.
- c. Mejora en resultado**
  - ✓ Reducción de la Mortalidad Materna neonatal
  - ✓ Reducción de Brotes Hospitalarios en infecciones Asociadas a la atención de Salud.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

Para realizar el presente informe Profesional se tuvo que obtener la base de datos de la Unidad de Estadística e Informática; la base de datos de consulta Externa, Hospitalización y Emergencia General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; para la elaboración del Análisis Situacional del hospital se realizaron los siguientes procesos:

#### **1.- PRIMER MOMENTO:**

##### **a) ORGANIZACIÓN**

- ✓ Conformación del equipo de trabajo:
- ✓ Organización del trabajo
- ✓ Plan de trabajo

##### **b) RECOLECCION DE DATOS.-**

- ✓ Se obtiene de la base de datos de la unidad de Estadística e Informática.
- ✓ Se obtiene de los libros de atenciones que se encuentra en los diferentes servicios:
- ✓ UPSS Consulta externa UPSS Hospitalización UPSS Emergencia  
UPSS Centro quirúrgico

- ✓ UPSS Centro Obstétrico
- ✓ UPSS Unidad de Cuidados Intensivos
- ✓ Unidades productoras de Servicios de Salud de Atención de Soporte.

| <i>Dimensión</i>  | <i>Cualidad de la información</i>  |
|-------------------|--|
| <b>Tiempo:</b>    |  |
| Oportunidad       | La información debe suministrarse en el momento en que sea necesaria.  |
| Actualidad        | La información debe ser reciente al momento de suministrarse.  |
| Frecuencia        | La información debe suministrarse con la frecuencia que sea necesaria.   |
| Periodo           | La información puede proporcionarse sobre periodos pasados, presentes y futuros.   |
| <b>Contenido:</b> |  |
| Exactitud         | La información debe estar libre de errores.  |
| Pertinencia       | La información debe estar relacionada con las necesidades de información de un destinatario específico para una determinada situación. |
| Integridad        | Debe suministrarse toda la información que sea necesaria.  |
| Brevedad          | Debe proporcionarse sólo la información que se necesite, cuando se necesite.   |
| Alcance           | La información puede tener un alcance amplio o estrecho, o un enfoque interno o externo.   |
| Desempeño         | La información puede revelar el desempeño, al mediar las actividades logradas, el progreso alcanzado o los recursos acumulados.        |
| <b>Forma:</b>     |  |
| Claridad          | La información debe suministrarse en un formato que sea fácil de entender.   |
| Detalle           | La información puede proporcionarse en un formato detallado o resumido.  |
| Orden             | La información puede ordenarse en una secuencia predeterminada.  |
| Presentación      | La información puede presentarse en forma narrativa, numérica, gráfica u otras formas.   |
| Medios            | La información puede proporcionarse en la forma de documentos de papel impresos, presentaciones de video u otros medios.               |

*Tabla 1: Atributos de la información*

## **2.- SEGUNDO MOMENTO:**

- ✓ ACOPIO PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.
- ✓ PROCESAMIENTO DE DATOS.- Se realizó a través del programa informático de Excel tablas dinámicas.
- ✓ RESULTADOS.- Los resultados se presentaran mediante gráficos.
- ✓ ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- ✓ SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

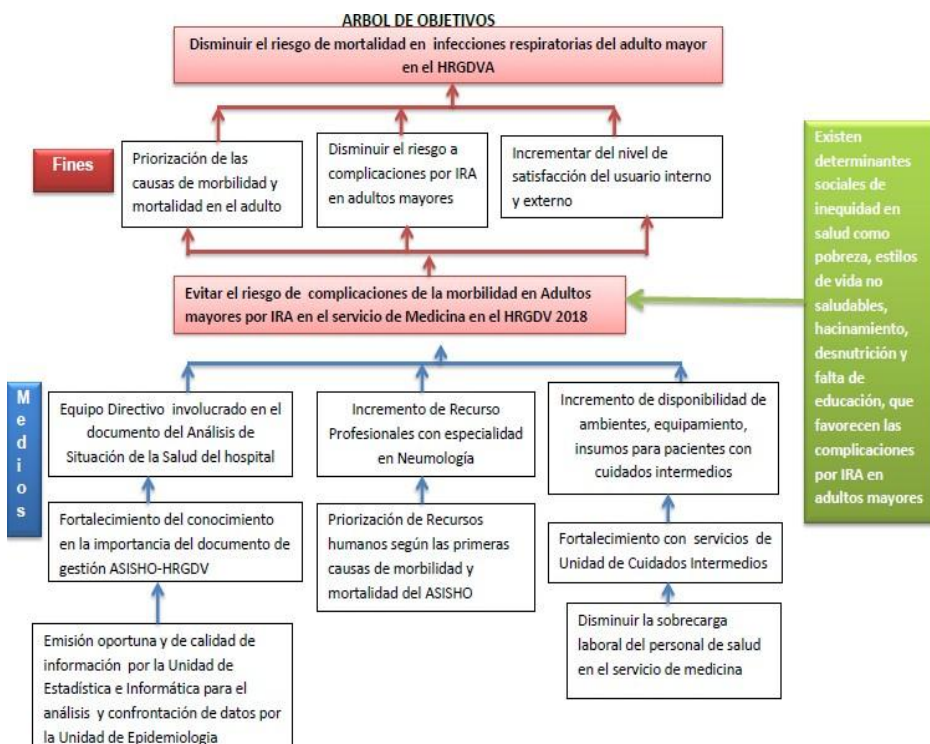
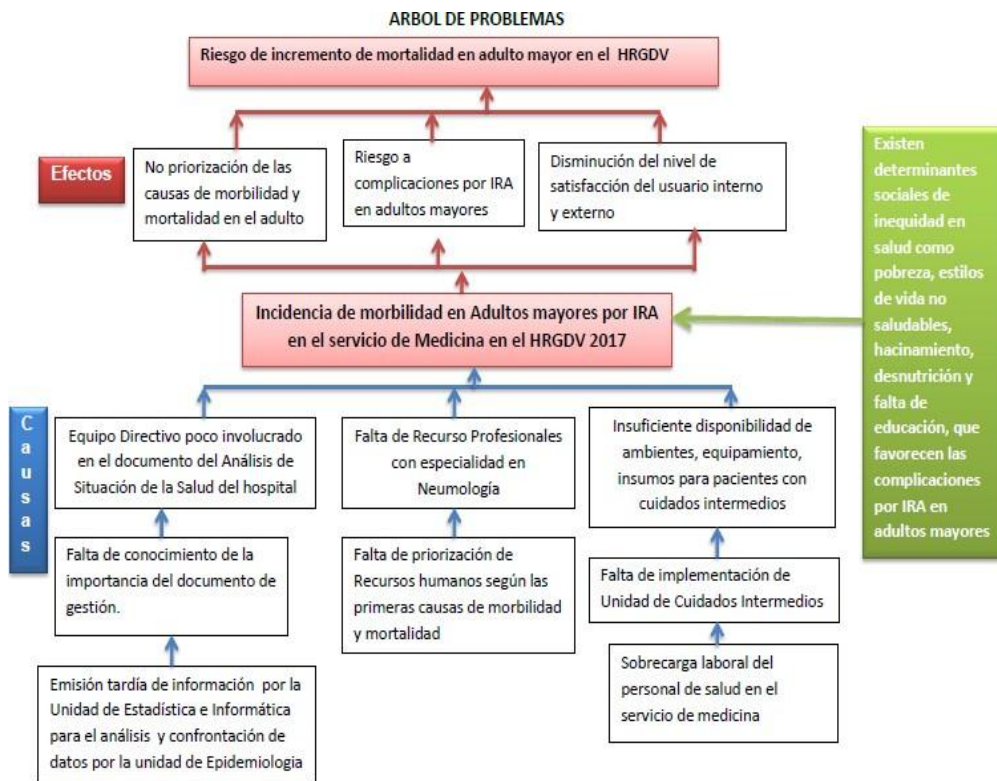
- A. Aspectos generales y organizativos.
- B. Caracterización y análisis de la demanda de la atención.
- C. Caracterización y análisis de la morbilidad.
- D. Caracterización y análisis de la mortalidad.
- E. Caracterización y análisis de la oferta del establecimiento.
- F. Vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a notificación obligatoria.

### **3.- TERCER MOMENTO:**

#### **✓ IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y RIESGOS, EN LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.**

- 1º. Infraestructura inadecuada por el incremento de la demanda de atenciones, en Consulta externa, Hospitalización y Emergencia.
- 2º. Alta incidencia de morbilidad y mortalidad por Infecciones Respiratorias en grupo de edad adulto mayor.
- 3º. Alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares).
- 4º. Ausencia de la Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios

## INCREMENTO DE MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA POR IRA EN ADULTOS MAYORES.



#### 4.- CUARTO MOMENTO:

- ✓ LÍNEAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A LOS PROBLEMAS Y RIESGOS IDENTIFICADOS

#### VINCULACION DEL ANALISIS DE SITUACION DE SALUD HOSPITALARIO CON EL PLAN ESTRATEGICO INTITUCIONAL PARA LA TOMA DE DECISIONES

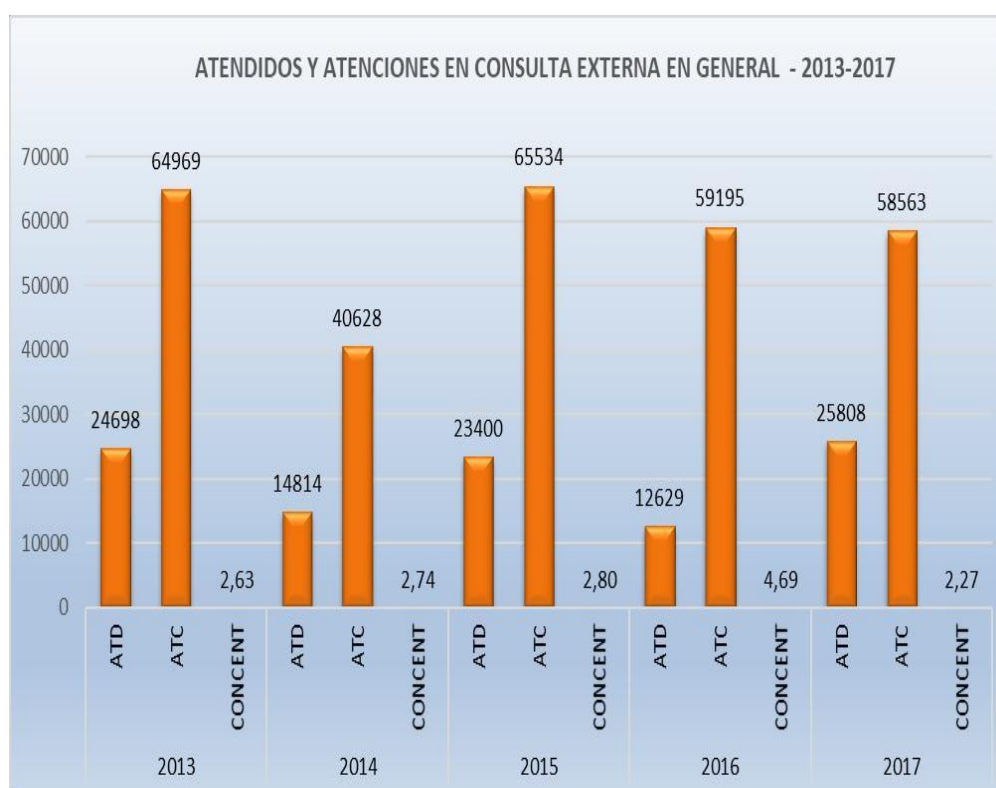
#### MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD E INTERVENCION Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

| Nivel de priorización | PROBLEMAS PRIORIZADOS   | INTERVENCION   | PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL |
|-----------------------|---|--|--------------------------------|
|                       |   |  | PRIORIDAD SANITARIA            |
| 1                     | Infraestructura inadecuada por el incremento de la demanda de atenciones, en Consulta externa, Hospitalización y Emergencia | Elaborar proyectos de inversión pública para la construcción del nuevo hospital ,mejora de procesos y equipamiento en los servicios de Hospitalización   | OEI: 2,3,4                     |
| 2                     | Alta incidencia de morbilidad y mortalidad por Infecciones Respiratorias en grupo de edad adulto mayor.                     | Elaborar un plan en conjunto de prevención y control de la mortalidad en el grupo de edad adulto mayor con la Unidad de Epidemiología, Estrategia Sanitaria del Adulto mayor y el equipo de mejora   | OEI:5, 6                       |
| 3                     | Alta prevalencia de enfermedades no transmisibles ( cáncer, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares)       | Elaboración de un plan de intervención en coordinación con la Estrategia Sanitaria de enfermedades no transmisibles a través del PPR y la unidad de Epidemiología<br>Participación de la Estrategia Sanitaria de diabetes de Nivel central para la asistencia técnica. | OEI:7,8                        |
| 4                     | Ausencia de la Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios  | Elaborar ejecutar proyectos de inversión pública para la construcción y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios en el HRGDV ( Presupuesto MINSA, Unidades cooperantes)  | OEI:9,10                       |

## IV. RESULTADOS

### GRAFICO 4.1

#### DEMANDA DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA –2013 AL 2017



Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En el gráfico 4.1, en Consulta externa la tendencia de la demanda incrementa para el año 2016, a 25808 atendidos con respecto a los años anteriores, en el número de atenciones disminuye a 58563 a comparación del año anterior.



**TABLA 4.1**  
**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA**  
**EXTERNA SEGÚN OPS – HRGDV 2017**

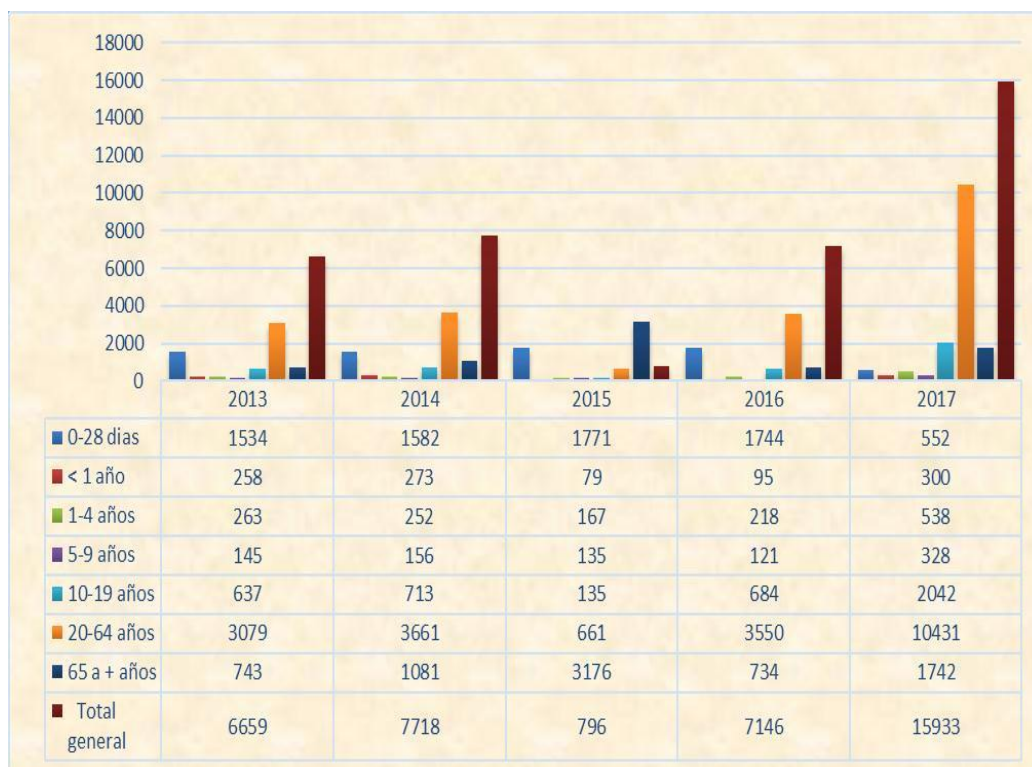
| <b>Morbilidad General por Consulta Externa -2017</b>                        |                  |                 |               |              |
|---|------------------|-----------------|---------------|--------------|
| <b>Cie-10 Morbilidad de Causas</b>  | <b>Masculino</b> | <b>Femenino</b> | <b>Total</b>  | <b>%</b>     |
| I10X Hipertensión esencial  | 240              | 482             | 722           | 0.7          |
| E119 Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación | 163              | 413             | 576           | 0.5          |
| M545 Lumbago no especificado  | 218              | 346             | 564           | 0.5          |
| M544 Lumbago con ciática  | 148              | 242             | 390           | 0.4          |
| N40X Hiperplasia de la próstata   | 371              | 0               | 371           | 0.4          |
| G442 Cefalea debida a tensión   | 109              | 254             | 363           | 0.3          |
| M545 Lumbago no especificado  | 137              | 223             | 360           | 0.3          |
| G510 Parálisis de bell  | 150              | 204             | 354           | 0.3          |
| M170 Gonartrosis primaria, bilateral  | 118              | 212             | 330           | 0.3          |
| E038 Otros hipotiroidismos especificados                                    | 44               | 272             | 316           | 0.3          |
| N200 Calculo del riñón  | 89               | 195             | 284           | 0.3          |
| K811 Colecistitis crónica   | 53               | 229             | 282           | 0.3          |
| G401 Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos                         | 132              | 147             | 279           | 0.3          |
| K293 Gastritis crónica superficial  | 75               | 198             | 273           | 0.3          |
| N739 Enfermedad inflamatoria pélvica  | 0                | 250             | 250           | 0.2          |
| <b>Demas causas</b>   | <b>34155</b>     | <b>65839</b>    | <b>99994</b>  | <b>94.6</b>  |
| <b>Total General</b>  | <b>36200</b>     | <b>69508</b>    | <b>105708</b> | <b>100.0</b> |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.1 de las 10 primeras causa de morbilidad por que acude el usuario al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para el año 2017; tenemos como primera causa con mayor numero fue por Hipertensión Arterial con un total de 722 casos ; siendo el de mayor frecuencia el sexo masculinos con 240 casos seguido del sexo femenino con 182 casos; como segunda causa es Diabetes Mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación con un total de 576 casos siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia con 413 casos y el sexo masculino con 163 casos.

## GRAFICO 4.2

### NUMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2013 AL 2017



Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En el grafico N° 4.2 de la demanda de egresos hospitalarios en general por grupos de edad en el año 2017; se observa el incremento el número a comparación del año anterior a 15,933 de hospitalizados y del grupo de edad de 20 a 64 años de edad a 10431 egresos hospitalarios, seguido de la edad de 65 a más años de edad adultos mayores con 1742 casos.

**TABLA 4.2**

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EGRESOS HOSPITALARIOS EN GENERAL SEGÚN LA LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV – 2017**

| <b>Primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en General - año 2017</b> |   |                    |             |
|---|---|--------------------|-------------|
| <b>Codigo CIE-10</b>  | <b>Lista de Morbilidad</b>  | <b>Total Casos</b> | <b>%</b>    |
| K35.9   | Apendicitis aguda, no especificada  | 237                | 3.4         |
| O80.0   | Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice                        | 184                | 2.7         |
| K81.1   | Colecistitis crónica  | 118                | 1.7         |
| O03.4   | Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación                                 | 99                 | 1.4         |
| P59.9   | Ictericia neonatal, no especificada   | 77                 | 1.1         |
| O20.0   | Amenaza de aborto   | 64                 | 0.9         |
| N39.0   | Infección de vías urinarias, sitio no especificado                              | 62                 | 0.9         |
| K81.0   | Colecistitis aguda  | 51                 | 0.7         |
| O06.0   | Aborto no especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana | 27                 | 0.4         |
| K81.1   | Colecistitis crónica  | 24                 | 0.3         |
| <b>Demás causas</b>   |   | <b>5954</b>        | <b>86.3</b> |
| <b>Total General</b>  |   | <b>6897</b>        | <b>100</b>  |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.2 de las primeras causa de morbilidad de egresos hospitalarios del año 2017; la causa de mayor frecuencia fue Apendicitis Aguda, no especificada con 237 casos, seguido de Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice con 184 casos y como tercera causa fue colecistitis aguda con 118 casos.

**TABLA 4.3**

**PRIMERAS CUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DE  
MEDICINA SEGÚN LA LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV – 2017**

| <b>10 primeras causas de Morbilidad en Egresos Hospitalarios en el Servicio de MEDICINA GENERAL- año 2017</b> |   |                    |             |
|---|---|--------------------|-------------|
| <b>Codigo CIE-10</b>  | <b>Lista de Morbilidad</b>                                | <b>Total Casos</b> | <b>%</b>    |
| J15.9   | Neumonía grave  | 37                 | 4.2         |
| K85.X   | Pancreatitis aguda  | 30                 | 3.4         |
| N39.0   | Infección de vías urinarias, sitio no especificado        | 27                 | 3.1         |
| J96.0   | Insuficiencia respiratoria aguda                          | 20                 | 2.3         |
| I50.0   | Insuficiencia cardíaca congestiva                         | 16                 | 1.8         |
| N10.X   | Nefritis tubulointersticial aguda                         | 16                 | 1.8         |
| N11.0   | Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo | 16                 | 1.8         |
| K92.2   | Hemorragia gastrointestinal, no especificada              | 15                 | 1.7         |
| K92.2   | Hemorragia gastrointestinal, no especificada              | 13                 | 1.5         |
| I50.0   | Insuficiencia cardíaca congestiva                         | 12                 | 1.4         |
| <b>Demas causas</b>   |   | <b>680</b>         | <b>77.1</b> |
| <b>Total General</b>  |   | <b>882</b>         | <b>100</b>  |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.3 de primeras causa de morbilidad de egresos hospitalarios en Medicina del año 2017; la causa con mayor frecuencia fue Neumonía Grave con 37 casos, seguido de Pancreatitis Aguda con 30 casos y como tercera causa Infección de vías Urinarias con 27 casos.

**TABLA 4.4**

**PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN UCI  
GENERAL SEGÚN LA LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV – 2017**

| <b>10 primeras causas en Egresos Hospitalarios en el Servicio de UCI GENERAL - año 2017</b> |  |                             |                   |
|---|--|-----------------------------|-------------------|
| <b>Codig<br/>o<br/>CIE-10</b>   | <b>Lista de Morbilidad</b>                           | <b>Total<br/>Caso<br/>s</b> | <b>%</b>          |
| S06.9   | Traumatismo intracraneal, no especificado            | 3                           | 4.5               |
| T07.X   | Traumatismos múltiples, no especificados             | 3                           | 4.5               |
| A40.9   | Septicemia estreptocócica, no especificada           | 2                           | 3.0               |
| A41.9   | Septicemia, no especificada                          | 2                           | 3.0               |
| I50.0   | Insuficiencia cardíaca congestiva                    | 2                           | 3.0               |
| J15.9   | Neumonía grave                                       | 2                           | 3.0               |
| J96.9   | Insuficiencia respiratoria, no especificada          | 2                           | 3.0               |
| R69.X   | Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas | 2                           | 3.0               |
| S06.9   | Traumatismo intracraneal, no especificado            | 2                           | 3.0               |
| S09.9   | Traumatismo de la cabeza, no especificado            | 2                           | 3.0               |
| <b>Demas causas</b>   |  | <b>45</b>                   | <b>67.<br/>2</b>  |
| <b>Total General</b>  |  | <b>67</b>                   | <b>100.<br/>0</b> |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 5 de las primeras causa de egresos hospitalarios en el servicio de UCI GENERAL para el año 2017; que por la causa que mayormente egresaron fue por Traumatismo Intracraneal, no especificado con 3 casos, seguido de traumatismos múltiples, no especificados con 3 casos y como tercera causa fue por septicemia estreptocócica no especificada con 2 casos.

**TABLA 4.5**

**NÚMERO DE ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD EN EMERGENCIA  
- GENERAL, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA,  
DEL AÑO 2014 AL 2017.**

| <b>Número de Atenciones en Emergencia General</b> |              |               |              |               |              |               |              |               |
|---|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <b>Grupo Etareo</b>                               | <b>2014</b>  |               | <b>2015</b>  |               | <b>2016</b>  |               | <b>2017</b>  |               |
|   | <b>Total</b> | <b>%</b>      | <b>Total</b> | <b>%</b>      | <b>Total</b> | <b>%</b>      | <b>Total</b> | <b>%</b>      |
| 0-28 días   | 144          | 0.92          | 131          | 1.28          | 100          | 0.74          | 270          | 0.88          |
| < 1 años  | 519          | 3.31          | 398          | 3.89          | 288          | 2.14          | 966          | 3.15          |
| 1-4 años  | 1540         | 9.83          | 1195         | 11.67         | 1129         | 8.38          | 3106         | 10.11         |
| 5-9 años  | 845          | 5.39          | 705          | 6.88          | 647          | 4.80          | 1608         | 5.24          |
| 10-19 años  | 2070         | 13.21         | 1249         | 12.19         | 1825         | 13.55         | 4196         | 13.66         |
| 20-64 años  | 8579         | 54.77         | 5044         | 49.25         | 8031         | 59.63         | 17155        | 55.86         |
| 65 años +   | 1968         | 12.56         | 1520         | 14.84         | 1447         | 10.74         | 3409         | 11.10         |
| <b>Total General.</b>                             | <b>15665</b> | <b>100.00</b> | <b>10242</b> | <b>100.00</b> | <b>13467</b> | <b>100.00</b> | <b>30710</b> | <b>100.00</b> |

Fuente: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En el tabla 4.5 de la demanda de atenciones por grupos de edad en Emergencia General para el año 2017; acuden con mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 64 años de edad con 17, 155 casos, seguido de mayores de 65 años con 3409 casos.

**TABLA 4.6**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIONES DE EMERGENCIA -  
MEDICINA GENERAL, SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV –  
2017**

| <b>Principales Causas de Atenciones de Emergencia<br/>en Medicina General - 2017</b> |   |                    |                   |
|--|---|--------------------|-------------------|
| <b>CIE-10</b>  | <b>Descripción de causas</b>                            | <b>Total casos</b> | <b>Porcentaje</b> |
| R10.4  | Otros dolores abdominales y los no especificados        | 714                | 18.11             |
| R10.0  | Abdomen agudo   | 121                | 3.07              |
| A09.X  | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 120                | 3.04              |
| N39.0  | Infección de vías urinarias, sitio no especificado      | 114                | 2.89              |
| R51.X  | Cefalea   | 103                | 2.61              |
| K29.7  | Gastritis, no especificada                              | 97                 | 2.46              |
| K35.9  | Apendicitis aguda, no especificada                      | 71                 | 1.80              |
| E14.9  | Diabetes mellitus                                       | 65                 | 1.65              |
| I10.X  | Hipertensión esencial                                   | 65                 | 1.65              |
| A09.X2   | Diarrea con deshidratación                              | 65                 | 1.65              |
| A09.X  | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 64                 | 1.62              |
| G40.9  | Epilepsia, tipo no especificado                         | 47                 | 1.19              |
| K29.1  | Otras gastritis agudas                                  | 39                 | 0.99              |
| K81.0  | Colecistitis aguda                                      | 28                 | 0.71              |
| J45.9  | Asma, no especificada                                   | 27                 | 0.68              |
| <b>Demás causas</b>  |   | <b>2202</b>        | <b>55.86</b>      |
| <b>Total Genral</b>  |   | <b>3942</b>        | <b>100</b>        |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En el tabla 4. 6 de las primeras causas de atenciones por grupos de edad en Emergencia- tópico de Medicina para el año 2017; acuden con mayor otros dolores abdominales y las no especificadas con 714 casos, seguido de Abdomen Agudo con 121 casos y como tercera causa Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 120 casos.

**TABLA 4.7**

**TASA DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL POR  
CICLOS DE VIDA, HGDV-DEL AÑO 2017**

| Ciclo de Vida        | Tasa de Mortalidad 2013 |            |             | Tasa de Mortalidad 2014 |            |             | Tasa de Mortalidad 2015 |            |             | Tasa de Mortalidad 2016 |            |             | Tasa de Mortalidad 2017 |            |             |
|----------------------|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|
|                      | N° de Egresos           | Fallecidos | TBM         | N° de Egresos           | Fallecidos | TBM         | N° de Egresos           | Fallecidos | TBM         | N° de Egresos           | Fallecidos | TBM         | N° de Egresos           | Fallecidos | TBM         |
| Neonatales           | 1534                    | 4          | 0.26        | 1582                    | 0          | 0.00        | 1771                    | 9          | 0.51        | 1744                    | 7          | 0.40        | 1716                    | 17         | 0.99        |
| Infantiles           | 258                     | 7          | 2.71        | 273                     | 24         | 8.79        | 79                      | 0          | 0.00        | 95                      | 1          | 1.05        | 107                     | 0          | 0.00        |
| Pre Escolares        | 263                     | 0          | 0.00        | 252                     | 3          | 1.19        | 167                     | 0          | 0.00        | 218                     | 1          | 0.46        | 216                     | 0          | 0.00        |
| Escolares            | 145                     | 0          | 0.00        | 156                     | 0          | 0.00        | 135                     | 0          | 0.00        | 121                     | 0          | 0.00        | 133                     | 0          | 0.00        |
| Adolescentes         | 637                     | 0          | 0.00        | 713                     | 4          | 0.56        | 661                     | 1          | 0.15        | 684                     | 1          | 0.15        | 589                     | 2          | 0.34        |
| Adultos              | 3079                    | 17         | 0.55        | 3661                    | 26         | 0.71        | 3176                    | 28         | 0.88        | 3550                    | 35         | 0.99        | 3442                    | 39         | 1.13        |
| Adultos Mayores      | 743                     | 45         | 6.06        | 1081                    | 103        | 9.53        | 796                     | 54         | 6.78        | 734                     | 68         | 9.26        | 694                     | 98         | 14.12       |
| <b>Total General</b> | <b>6659</b>             | <b>73</b>  | <b>1.10</b> | <b>7718</b>             | <b>160</b> | <b>2.07</b> | <b>6785</b>             | <b>92</b>  | <b>1.36</b> | <b>7146</b>             | <b>113</b> | <b>1.58</b> | <b>6897</b>             | <b>156</b> | <b>2.26</b> |

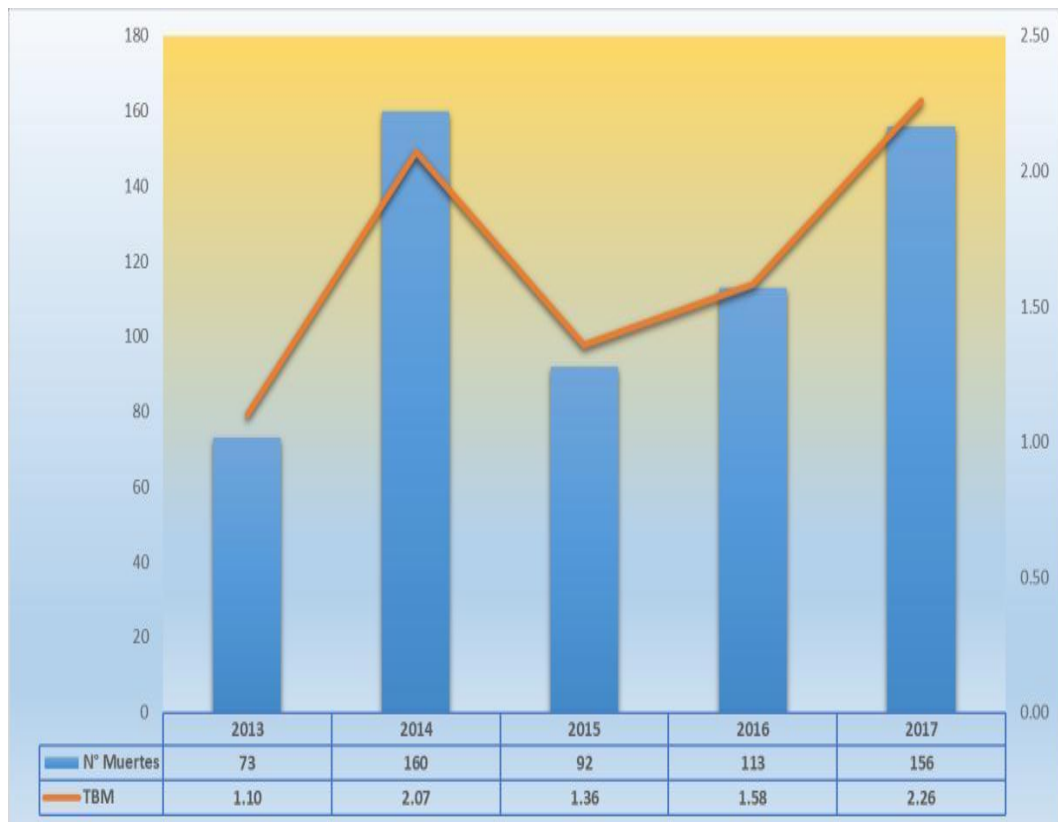
Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la Tabla N°4.7 de la tasa de mortalidad en el hospitalización en general por ciclos de vida en el año 2017; del total de 156 el que presentó mayor mortalidad fue el ciclo de vida de adultos mayores con 98 muertes, seguido del ciclo de vida adultos con 39 muertes y el ciclo de vida neonatal con 17 casos.



### GRAFICO 4.3

#### NÚMERO DE MUERTES Y TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA 2013 - 2017



Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En el gráfico N° 4.3 de la tasa de mortalidad general del año 2013 al 2017; a comparación del año anterior se incrementó las muertes en el año 2017 con 156 muertes.

**TABLA 4.8**

**CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV – 2017**

| <b>Codigo CIE2004</b> | <b>Descripción de causas</b>   | <b>Total General</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|-----------------------|--|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| J96.0                 | Insuficiencia respiratoria aguda   | 16                   | 10.26             | 10.26                       |
| J15.9                 | Neumonía grave   | 10                   | 6.41              | 16.67                       |
| I46.9                 | Paro cardíaco, no especificado   | 8                    | 5.13              | 21.79                       |
| I50.0                 | Insuficiencia cardíaca congestiva  | 8                    | 5.13              | 26.92                       |
| K70.3                 | Cirrosis hepática alcohólica   | 6                    | 3.85              | 30.77                       |
| A41.9                 | Septicemia, no especificada  | 6                    | 3.85              | 34.62                       |
| P22.0                 | Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido                              | 5                    | 3.21              | 37.82                       |
| J96.1                 | Insuficiencia respiratoria crónica   | 5                    | 3.21              | 41.03                       |
| N17.9                 | Insuficiencia renal aguda, no especificada   | 3                    | 1.92              | 42.95                       |
| I50.9                 | Insuficiencia cardíaca, no especificada  | 3                    | 1.92              | 44.87                       |
| K70.1                 | Hepatitis alcohólica   | 2                    | 1.28              | 46.15                       |
| A40.9                 | Septicemia estreptocócica, no especificada   | 2                    | 1.28              | 47.44                       |
| R69.X                 | Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas                               | 2                    | 1.28              | 48.72                       |
| J69.0                 | Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito                                | 2                    | 1.28              | 50.00                       |
| J96.9                 | Insuficiencia respiratoria, no especificada  | 2                    | 1.28              | 51.28                       |
| N11.0                 | Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo                          | 2                    | 1.28              | 52.56                       |
| R09.2                 | Paro respiratorio  | 2                    | 1.28              | 53.85                       |
| J96.9                 | Insuficiencia respiratoria, no especificada  | 2                    | 1.28              | 55.13                       |
| P28.5                 | Insuficiencia respiratoria del recién nacido                                       | 2                    | 1.28              | 56.41                       |
| O36.4                 | Atención materna por muerte intrauterina   | 1                    | 0.64              | 57.05                       |
| P20.1                 | Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto y el parto | 1                    | 0.64              | 57.69                       |
| I21.1                 | Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior                        | 1                    | 0.64              | 58.33                       |
| I25.2                 | Infarto antiguo del miocardio  | 1                    | 0.64              | 58.97                       |
| I50.9                 | Insuficiencia cardíaca, no especificada  | 1                    | 0.64              | 59.62                       |
| K56.6                 | Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas                            | 1                    | 0.64              | 60.26                       |
| R09.2                 | Paro respiratorio  | 1                    | 0.64              | 60.90                       |
| R27.8                 | Otras fallas de la coordinación y las no especificadas                             | 1                    | 0.64              | 61.54                       |
| R99.X                 | Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad                    | 1                    | 0.64              | 62.18                       |
| I46.1                 | Muerte cardíaca súbita, así descrita   | 1                    | 0.64              | 62.82                       |
| A41.8                 | Otras septicemias especificadas  | 1                    | 0.64              | 63.46                       |
| A42.7                 | Septicemia actinomicótica  | 1                    | 0.64              | <b>64.10</b>                |
| <b>Demás causas</b>   |  | <b>56</b>            | <b>35.90</b>      | <b>100.00</b>               |
| <b>Total General</b>  |  | <b>156</b>           | <b>100.00</b>     |                             |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.8 de las causas de mortalidad en hospitalización en general para el año 2017, la causa con mayor frecuencia de mortalidad fue de Insuficiencia Respiratoria con 16 casos, seguido de neumonía grave con 10 casos y por paro cardíaco no especificado con 8 casos.

**TABLA 4.9**

**PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DEL  
SERVICIO DE MEDICINA, SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10, HRGDV –  
2017**

| <b>Código CIE</b>    | <b>Descripción de causas</b>  | <b>Total General</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|----------------------|---|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| J96.0                | Insuficiencia respiratoria aguda  | 6                    | 6.0               | 6.0                         |
| J15.9                | Neumonía grave  | 5                    | 5.0               | 11.0                        |
| J96.0                | Insuficiencia respiratoria aguda  | 4                    | 4.0               | 15.0                        |
| K70.3                | Cirrosis hepática alcohólica  | 4                    | 4.0               | 19.0                        |
| I46.9                | Paro cardíaco, no especificado  | 3                    | 3.0               | 22.0                        |
| I50.0                | Insuficiencia cardíaca congestiva   | 3                    | 3.0               | 25.0                        |
| J15.9                | Neumonía grave  | 3                    | 3.0               | 28.0                        |
| J96.0                | Insuficiencia respiratoria aguda  | 3                    | 3.0               | 31.0                        |
| I50.9                | Insuficiencia cardíaca, no especificada   | 3                    | 3.0               | 34.0                        |
| A41.9                | Septicemia, no especificada   | 2                    | 2.0               | 36.0                        |
| I46.9                | Paro cardíaco, no especificado  | 2                    | 2.0               | 38.0                        |
| J96.1                | Insuficiencia respiratoria crónica  | 2                    | 2.0               | 40.0                        |
| K70.1                | Hepatitis alcohólica  | 2                    | 2.0               | 42.0                        |
| N17.9                | Insuficiencia renal aguda, no especificada  | 2                    | 2.0               | 44.0                        |
| I50.0                | Insuficiencia cardíaca congestiva   | 2                    | 2.0               | 46.0                        |
| I64.X                | Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico | 2                    | 2.0               | 48.0                        |
| I82.8                | Embolia y trombosis de otras venas especificadas                                  | 2                    | 2.0               | 50.0                        |
| J18.91               | Neumonía grave  | 2                    | 2.0               | 52.0                        |
| J69.0                | Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito                               | 2                    | 2.0               | 54.0                        |
| J96.1                | Insuficiencia respiratoria crónica  | 2                    | 2.0               | 56.0                        |
| J96.9                | Insuficiencia respiratoria, no especificada                                       | 2                    | 2.0               | 58.0                        |
| K70.3                | Cirrosis hepática alcohólica  | 2                    | 2.0               | 60.0                        |
| K70.4                | Insuficiencia hepática alcohólica   | 2                    | 2.0               | 62.0                        |
| N11.0                | Pielonefritis crónica no obstructiva asociada con reflujo                         | 2                    | 2.0               | 64.0                        |
| R09.2                | Paro respiratorio   | 2                    | 2.0               | 66.0                        |
| A41.8                | Otras septicemias especificadas   | 1                    | 1.0               | 67.0                        |
| A42.7                | Septicemia actinomicótica   | 1                    | 1.0               | 68.0                        |
| A49.9                | Infección bacteriana, no especificada   | 1                    | 1.0               | 69.0                        |
| B15.0                | Hepatitis aguda tipo A, con coma hepático   | 1                    | 1.0               | 70.0                        |
| B81.3                | Angiostrongiliasis intestinal   | 1                    | 1.0               | <b>71.0</b>                 |
| <b>Demás causas</b>  |   | <b>29</b>            | <b>29.0</b>       | <b>100.0</b>                |
| <b>Total General</b> |   | <b>100</b>           | <b>100.0</b>      |                             |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.9 de mortalidad en el servicio de medicina para el año 2017; la causa más frecuente de mortalidad fue por insuficiencia aguda con 6 casos seguido de neumonía grave con 5 casos y como tercera causa cirrosis hepática alcohólica con 4 casos.

**TABLA 4.10**

**PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DEL  
SERVICIO DE UCI GENERAL, SEGÚN LISTA TABULAR CIE-10,  
HRGDV – 2017**

| <b>Codigo CIE</b>    | <b>Descripción de causas</b>                            | <b>TotalGeneral</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|----------------------|---|---------------------|-------------------|-----------------------------|
| A40.9                | Septicemia estreptocócica, no especificada              | 2                   | 8.70              | 8.70                        |
| A41.9                | Septicemia, no especificada                             | 2                   | 8.70              | 17.39                       |
| I50.0                | Insuficiencia cardíaca congestiva                       | 2                   | 8.70              | 26.09                       |
| J96.9                | Insuficiencia respiratoria, no especificada             | 2                   | 8.70              | 34.78                       |
| R69.X                | Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas    | 2                   | 8.70              | 43.48                       |
| E84.1                | Fibrosis quística con manifestaciones intestinales      | 1                   | 4.35              | 47.83                       |
| G93.6                | Edema cerebral  | 1                   | 4.35              | 52.17                       |
| I10.X                | Hipertensión esencial                                   | 1                   | 4.35              | 56.52                       |
| I46.9                | Paro cardíaco, no especificado                          | 1                   | 4.35              | 60.87                       |
| I61.2                | Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada | 1                   | 4.35              | 65.22                       |
| J96.1                | Insuficiencia respiratoria crónica                      | 1                   | 4.35              | 69.57                       |
| K35.0                | Apendicitis aguda con peritonitis generalizada          | 1                   | 4.35              | 73.91                       |
| K83.9                | Enfermedad de las vías biliares, no especificada        | 1                   | 4.35              | 78.26                       |
| N17.9                | Insuficiencia renal aguda, no especificada              | 1                   | 4.35              | 82.61                       |
| R10.0                | Abdomen agudo   | 1                   | 4.35              | 86.96                       |
| R27.8                | Otras fallas de la coordinación y las no especificadas  | 1                   | 4.35              | 91.30                       |
| R57.0                | Choque cardiogénico                                     | 1                   | 4.35              | 95.65                       |
| S06.20               | Traumatismo cerebral difuso, sin herida intracraneal    | 1                   | 4.35              | <b>100</b>                  |
| <b>Total general</b> |   | <b>23</b>           | <b>100</b>        |                             |

Fuente.: Base de datos de Estadística – HRGDV -2017

En la tabla N° 4.10 de las primeras causas de mortalidad en el servicio de UCI general para el año 2017; la causa de mortalidad con mayor frecuencia fue con septicemia estreptococica, no especificada con 2 casos , seguido de septicemia no especificada con 2 casos y como tercera causa fue por insuficiencia cardiaca congestiva con 2 casos.

**TABLA 4.11**

**TASAS DE INCIDENCIA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS). HRGDVA - 2017**

| MES       | SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  |                |  |                |  |              | UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  |                |  |              |  |              | GINECO-OBSTETRICIA                    |              |   |              | MEDICINA  |               | CIRUGÍA  |          |   |          |   |               |             |               |
|-----------|---|----------------|--|----------------|--|--------------|---|----------------|--|--------------|--|--------------|---------------------------------------|--------------|---|--------------|---|---------------|--|----------|---|----------|---|---------------|-------------|---------------|
|           | Infección de Torrente sanguíneo asociado a Catéter venoso Central |                | Infección de Torrente sanguíneo asociado a Catéter venoso Periférico |                | Neumonía asociado a Ventilación Mecánica |              | Infección de Torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central |                | Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente |              | Neumonía asociado a Ventilación Mecánica |              | Endometritis asociado a parto Vaginal |              | Endometritis asociado a parto por cesárea |              | Infección de herida operatoria asociado a parto por cesárea |               | Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente |          | Infección de herida operatoria asociado a colecistectomía |          | Infección de herida operatoria asociado a hemiorrafia |               |             |               |
|           | Nº de casos   | Dens. Inc. ITS | Nº de casos  | Dens. Inc. ITS | Nº de Neu. m.                            | Inc. Neu. m. | Nº de casos de ITS  | Dens. Inc. ITS | Nº de casos  | Inc. Neu. m. | Nº de casos                              | Inc. Neu. m. | Nº de casos                           | Inc. Endo m. | Nº de casos                               | Inc. Endo m. | Nº de casos   | Tasa inc. IHO | Nº de casos  | Inc. ITU | Nº de casos   | Inc. ITU | Nº de casos   | Tasa inc. IHO | Nº de casos | Tasa Inc. IHO |
| Enero     | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Febrero   | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Marzo     | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Abril     | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Mayo      | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Junio     | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Julio     | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Agosto    | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 1  | 12.4         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Setiembre | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 1  | 10.4         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Octubre   | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Noviembre | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |
| Diciembre | 0   | 0.00           | 0  | 0.00           | 0  | 0.00         | 0   | 0.00           | 0  | 0.00         | 0  | 0.00         | 0                                     | 0.00         | 0   | 0.00         | 0   | 0.00          | 0  | 0.00     | 0   | 0.00     | 0   | 0.00          | 0           | 0.00          |

Fuente: Fichas de la Vigilancia Epidemiológica.

**Fuente: Vigilancia epidemiológica de IAAS.**

En la tabla N° 4.11 de infecciones Asociadas a la Atención de Salud para el año 2017; se presentaron 2 casos de Infecciones asociadas al ventilador mecánico en el servicio de UCI GENERAL, pero no fallecieron.

#### GRAFICO 4.4

#### RAZON DE MORTALIDAD MATERNA HRGDV 2000 – 2016

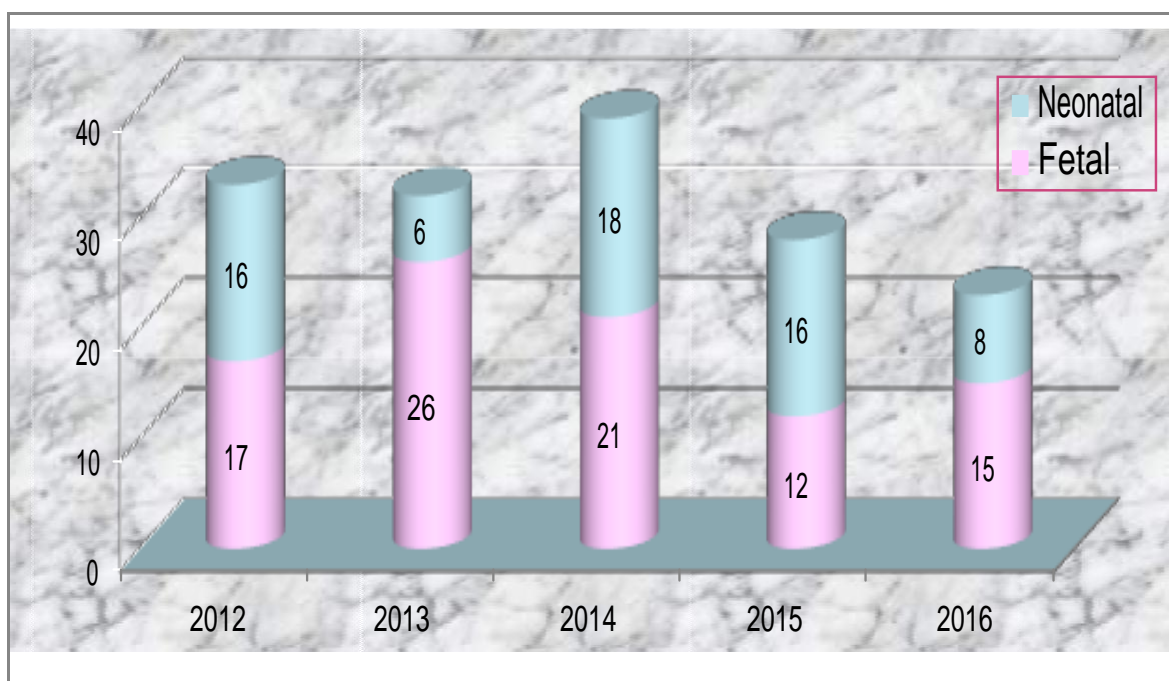


Fuente.: Vigilancia epidemiológica – HRGDV -2016

El presente grafico muestra La Razón de Mortalidad Materna y el número de muertes maternas suscitadas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega desde el año 2000-2016, la tendencia ha sido a la disminución y ha presentado mejoras importantes producto de la mejora de la capacidad resolutoria de nuestro Hospital, el incremento de especialistas médicos, profesionales de la salud con especialidades en emergencias obstétricas, alto riesgo obstétrico, en cuidados intensivos, etc. Sumándole a esto el Funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos, la implementación de la sala de partos con adecuación intercultural, el fortalecimiento con profesionales en la casa materna regional y recordar que a nivel nacional es el único Hospital que cuenta con esta estrategia y sobre todo con el compromiso político de la gestión en la mejora de la Salud Materna Perinatal; sin embargo todavía se tiene el desafío constante de la mejora de la calidad de los servicios obstétricos.

**GRAFICO 4.5**

**PROPORCIÓN DE MUERTES NEONATALES / FETALES HRGDV 2012  
– 2016**



**Fuente:** Vigilancia epidemiológica – HRGDV

En estos últimos 5 años la proporción que existe en cuanto a mortalidad fetal (91 casos) 59% y neonatal (64 casos) 41% respectivamente.

Sin embargo el último año la mayor proporción de muertes se producen en el periodo fetal I (15 casos) 65% y en el periodo neonatal (8 casos) 35%.

## V. CONCLUSIONES

- a) Incremento de la demanda de atenciones, en Consulta externa, Hospitalización y Emergencia a comparación con los años anteriores.
- b) En la tabla N° 4.8 de las causas de mortalidad en hospitalización en general para el año 2017, el de mayor frecuencia fue por Insuficiencia Respiratoria con 16 casos, seguido de neumonía grave con 10 casos y por paro cardiaco no especificado con 8 casos.
- c) Alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares).
- d) En el Análisis Situacional de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se concluye que en ambos grupos predominaron en frecuencia las enfermedades infecciosas, dentro de ellas la neumonía, la sepsis, las enfermedades no transmisibles, la infección urinaria y casos de apendicitis agudas y otra afecciones. Dentro de enfermedades crónicas no transmisibles, la enfermedad cerebrovascular presentó también elevada frecuencia en ambos grupos de adultos mayores. No obstante, la frecuencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, como enfermedades crónicas no transmisibles no se pudieron determinar con claridad.
- e) Vigilancia epidemiológica, supervisión, monitoreo y evaluación como herramienta de gestión en procesos de mejora continua en servicios de salud.



## VI. RECOMENDACIONES

- a) Elaborar proyectos de inversión pública para la construcción del nuevo hospital, mejora de procesos y equipamiento en los servicios de Hospitalización.
- b) Elaborar un plan en conjunto de prevención y control de la mortalidad en el grupo de edad adulto mayor con la Unidad de Epidemiología, Estrategia Sanitaria del Adulto mayor y el equipo de mejora.
- c) Elaboración de un plan de intervención en coordinación con la Estrategia Sanitaria de enfermedades no transmisibles a través del PPR y la unidad de Epidemiología .
- d) Participación de la Estrategia Sanitaria de diabetes de Nivel central para la asistencia técnica.
- e) Elaborar ejecutar proyectos de inversión pública para la construcción y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios en el HRGDV (Presupuesto MINSA, Unidades cooperantes).

#### IV. REFERENCIALES

1. **Oyola García, Alfredo Enrique.** Metodología para el análisis de situación de salud local. 2015. Lima : Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°, 2015.
2. **Ministerio de Salud.** Documento Técnico: Metodología para el Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH)- V.01. Lima : s.n., 2013.
3. **Ministerio de Salud .** Manual Modelo de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria . Lima : OGE – RENACE / Vigía Hosp. DT 004 , 2001. – V 1 .
4. El análisis de la situación de salud hospitalaria:herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. **Batista Pereda, Dr. Yubel.** jul.-ago. 2016, Rev.Med.Electrón. .4 Matanzas, pág. vol.38 no.
5. La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral. **Noguer Zambrano, Isabel.** Madrid : Med. segur. trab. supl.extra Madrid , 2016, Vol. vol.62.
6. Análisis de eficiencia relativa de hospitales públicos de Costa Rica. **Morera-Salas, Melvin.** no.2, Costa Rica : PSM San Pedro, ene./jul. 2015, Vol. vol.12.
7. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. no.4 , Cuba : Medisur Cienfuegos ago. , 2015, Vol. vol.12.
8. **Aguiar Marcillo, Diana Cristina.** “Diseño de un Sistema de Gestión por Procesos para el Área de Talento Humano de la Empresa Corporación Jarrín Herrera Cía. Ltda En la Ciudad de Cuenca, Período 2015”. CUENCA - ECUADOR : s.n., 2016.
9. **SUQUILLO LLUMIQUINGA, GLORIA MARINA.** “MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA DEL HOSPITAL DEL DÍA IESS

SANGOLQUÍ, 2013 -2014. Ecuador : s.n., 2014.

10. **Cetrángolo , Oscar.** EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ:situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura. Lima Peru : Copyright © Organización Internacional del Trabajo, 2013.
11. MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN PROCESOS. **García P, Manuel.** pp. 89-94, s.l. : NOTAS CIENTÍFICAS, 2005, Vol. Vol. (6) 1:.
12. **Macías García , Manuel.** Y ANÁLISIS GUIA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCESOS DE PROCESOS DE PROCESOS. V01. Cadiz : Unidad de Evaluación y Calidad, 2007.
13. **Ministerio de Salud.** Gestión por Procesos. Lima : Dirección de Calidad en Salud, 2013.

# ANEXOS

# ANEXO N° 1



## ANEXO N°2

N° 127 -2018-DG-HRGDVA



**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY



### Resolución Directoral

“Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Abancay, 30 de julio del 2018.

#### VISTO:



El Memorando N° 203-2018-DG-HRGDV-ABANCAY, emitido por el Director General, en el que dispone elaborar Resolución Directoral aprobando el Análisis de la Situación de Salud 2016 del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, y;

#### CONSIDERANDO:



Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que los Órganos Desconcentrados del Ministerio de Salud son las Direcciones de Salud y los Institutos Especializados; así mismo, en su artículo 29° establece que las Direcciones de Salud en su respectivas jurisdicciones son los órganos que por delegación de la Alta Dirección ejercen la autoridad de salud, están encargadas de hacer cumplir la normatividad técnica del Ministerio de Salud y la regulan complementariamente, así como dirigen la ejecución de los procesos de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, a través de los hospitales nacionales y establecimientos de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 663-2008/MINSA, se aprobó el documento Técnico de Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA, de fecha 17 de Julio del 2015, se aprueba el Documento Técnico; “Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local, así mismo deroga la Resolución Ministerial N° 329-2011/MINSA” y 265-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: “Metodología para el análisis de Situación de Salud Local”;



Que, el artículo 16° del Reglamento de Organización y Funciones de nuestra entidad, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 030-2012-GR-APURIMAC/CR, dispone que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es la Unidad Orgánica encargada de la vigilancia en Salud Pública, análisis de la situación de la salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica;



Que, mediante el Informe N° 52-OESASO-UE-HRGDV-AB-2018 de fecha 23 de Julio del 2018 , emitido por la Jefa de la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional de la Institución, solicita la aprobación con resolución directoral del documento de Gestión ASIS del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - 2016, consistente en 279 folios respectivamente, los cuales señalan entre los objetivos generales: Contribuir al desarrollo de estrategias que nos permiten alcanzar la visión, misión y los objetivos de la Institución analizando la demanda de atenciones en la oferta, perfil epidemiológico, morbilidad y mortalidad; con los resultados identificar los problemas operacionales por parte del nivel gerencial desde el punto de vista técnico y político; que incluya la elaboración de planes

N° 127 -2018-DG-HRGDVA



## GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY



### Resolución Directoral

“Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Abancay, 30 de julio del 2018.



de mejora continua de las Unidades Productoras de Salud; respondiendo a la demanda que acude a la institución en busca de mejorar su estado de salud con una atención de calidad y calidez;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° de Reglamento Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, aprobado por Ordenanza Regional N° 030-2012-GR-APURIMAC/CR; lo previsto por la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS; Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 005-90-PCM, y con uso de las facultades conferidas por la Resolución Directoral N° 001-2017-DG-DIRESA-AP;



Contando con el Visto Bueno de la Dirección DE Administración, Dirección de Planeamiento Estratégico, Jefatura de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos y la Jefatura de Asesoría Legal del Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”;

#### SE RESUELVE:



ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el documento de Gestión “Análisis de la Situación de Salud - 2016 del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”, mismo que consta de 279 folios, que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, a la Oficina de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión, a fin de dar cumplimiento al citado documento ASIS - Periodo 2016.



ARTICULO TERCERO.- DISPONER, a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución Directoral, conjuntamente con el documento - Periodo 2016, a través de página Web de la Institución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHÍVESE;

GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
ABANCAY  
JOSÉ POLDO SUÁREZ  
DIRECTOR GENERAL  
C.º de Vigilancia

DAL/YRVP  
Distribuidos:  
Dirección General  
Dirección de Administración  
Of. Asesoría Legal  
Unid. Epidemiología S.A. y S.O.  
Of. Estadística e Inf.  
Archivo

### ANEXO N° 3

#### SALA SITUACIONAL DEL HRGDVA 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

#### CONSULTA EXTERNA DEL HRGDV 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



## ANEXO N°4

### PATOLOGIA CLINICA Y LABORATORIO DEL HRGDV ANTES 2015 DESPUES 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**ANEXO N° 5**

**SERVICIO DE PEDIATRIA ANTES 2005 DESPUES 2018**



**ANEXO N°6**

**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y CENTRO OBSTETRICO  
ANTES 2005 DESPUES 2017**



## ANEXO N° 7

### SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y UCI NEONATAL ANTES 2007-2009 DESPUES 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

## ANEXO N°8

### EMERGENCIA GENERAL REMODELADO 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

## ANEXO N° 9

### HOSPITALIZACION SERVICIO DE MEDICINA REMODELADO 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

## ANEXO N° 10

### HOSPITAL RGDVA ANTES Y AHORA 2018 - HOSPITAL EN PROYECTO



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**ANEXO N° 10**  
**PASANTIA EN EL HOSPITAL ARZOVISPO LOAYZA 2012**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017