

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**“MORTALIDAD HOSPITALARIA EN USUARIOS DEL
HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN
ESCOBEDO ESSALUD Y HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA MINSA, AREQUIPA,
2005 - 2009”**

Tesis presentado por la Bachiller:

Roxana QUISPE ARO.

Para optar el Grado Académico de

Magíster de Gerencia en Salud.

AREQUIPA – PERU

-2013-



Doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino recorrido...

A mis padres, por su amor y apoyo...

A mis hermanos por su apoyo incondicional...

A Walter por hacerme ver la vida de diferente manera...

A la vida.... Por lo aprendido...



“¿Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida más fácil, nos aporta tan poca felicidad? La respuesta es está, simplemente, porque aún no hemos aprendido a usarla con tino”.

Albert Einstein

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS:	8
1. Mortalidad por enfermedades infecciosas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo ES SALUD y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009	9
2. Mortalidad por enfermedades crónica degenerativas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo ES SALUD y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.....	13
3. Mortalidad por accidentes de tránsito en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo ES SALUD y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.....	17
4. Discusión y comentarios.....	21
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
PROPUESTA	31
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	42
ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS	43
ANEXO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS	98
ANEXO 3: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	101

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con los siguientes objetivos de determinar la Mortalidad hospitalaria en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo ES SALUD y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa.

En el diseño se utilizó la técnica el cuestionario y como instrumento la cédula de preguntas para la recolección de datos; el mismo que se elaboró en forma específica e inédita para el presente estudio; la cédula de preguntas consta de dos partes: Datos del establecimiento de Salud y Mortalidad hospitalaria ésta a su vez consta de mortalidad por enfermedades infecciosas, mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y mortalidad por accidentes de tránsito durante los períodos 2005-2009.

Se realizó el estudio y el análisis de la prueba de Chi cuadrado siendo significativa ($P < 0.005$) para las siguientes patologías. La mortalidad por tuberculosis pulmonar fue mayor en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (77.8%, 2007 - $P < 0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud (50.0%, 2005 y 2009 - $P < 0.005$). La mortalidad por Hipertensión Arteriales fue mayor en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (44.1%, 2005 - $P < 0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud; asimismo tenemos la mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio fue mayor en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (55.3%, 2006 - $P < 0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud (29.4%, 2009 - $P < 0.005$). La mortalidad por accidentes de tránsito lesión en el peatón fue mayor en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud (76.9%, 2005 - $P < 0.005$) que en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (38.9 %, 2008 - $P < 0.005$).

Se concluyó que la mortalidad hospitalaria es mayor en usuarios del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud Arequipa, 2005-2009.

PALABRAS CLAVES: Mortalidad hospitalaria, mortalidad por enfermedades infecciosas, mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y mortalidad por accidentes de tránsito.

ABSTRACT

The present investigation was conducted with the following objectives to determine the user-hospital mortality in National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud and Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital MINSA Arequipa.

The design technique was used as an instrument questionnaire and ballot questions for the data collection, the same that was developed specifically and unprecedented for this study, the ballot question has two parts: setting data Health and hospital mortality which in turn consists of mortality from infectious diseases, chronic degenerative disease mortality and mortality from traffic accidents during the period 2005-2009.

We conducted the study and analysis of the chi-square test was significant ($P < 0.005$) for the following conditions. Pulmonary tuberculosis mortality was higher in the Regional Hospital MINSA Honorio Delgado Espinosa (77.8%, 2007 - $P < 0.005$) relative to the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud (50.0%, 2005 and 2009 - $P < 0.005$). Arterial Hypertension mortality was higher in the Regional Hospital MINSA Honorio Delgado Espinosa (44.1%, 2005 - $P < 0.005$) relative to the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud; mortality also have acute myocardial infarction was higher in the Hospital Honorio Delgado Espinoza Regional MOH (55.3%, 2006 - $P < 0.005$) relative to the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud (29.4%, 2009 - $P < 0.005$). Mortality from traffic accidents pedestrian injury was higher in the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud (76.9%, 2005 - $P < 0.005$) than in the Regional Hospital MINSA Honorio Delgado Espinosa (38.9%, 2008 - $P < 0.005$).

It was concluded that hospital mortality is higher in users Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital MINSA regarding National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud Arequipa, 2005-2009.

KEYWORDS: Hospital mortality, mortality from infectious diseases, chronic degenerative disease mortality and mortality due to traffic accidents.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la mortalidad se inicia en 1976 de la mano de Rutsein et al, que enumeran una lista de afecciones en las que existe evidencia científica de poder evitar la enfermedad, incapacidad y/o muerte con los medios sanitarios disponibles, bien fueran terapéuticos o preventivos. Por otro lado, la mortalidad hospitalaria puede ser usada como un indicador de calidad asistencial y sirve para planificar y gestionar la calidad de atención de los pacientes en los establecimientos de Salud.

Durante los últimos años se han publicado diversos estudios que recogen factores o variables relacionados con la mortalidad hospitalaria. Actualmente, se sabe que la mortalidad por enfermedades infecciosas, mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y la mortalidad por accidentes de tránsito son las causas de muerte frecuentemente analizadas.

El presente estudio se realizó Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo Es Salud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, se hizo la recolección de datos en los cuestionarios de las Tarjetas Índice de Diagnóstico basado en Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Esta investigación tiene por objetivo determinar mortalidad hospitalaria en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ES SALUD y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.

Las tablas muestran datos globales sobre la mortalidad hospitalaria por enfermedades infecciosas, enfermedades crónica degenerativas y por accidentes de tránsitosegún la prueba estadística de Chi cuadrado (X^2) y su respectiva diferencia estadística significativa ($P < 0.005$).

Finalmente, se anexa el proyecto de investigación, el instrumento de medición, el glosario de términos y las matrices de sistematización, y la propuesta.

CAPITULO ÚNICO

RESULTADOS



1. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS

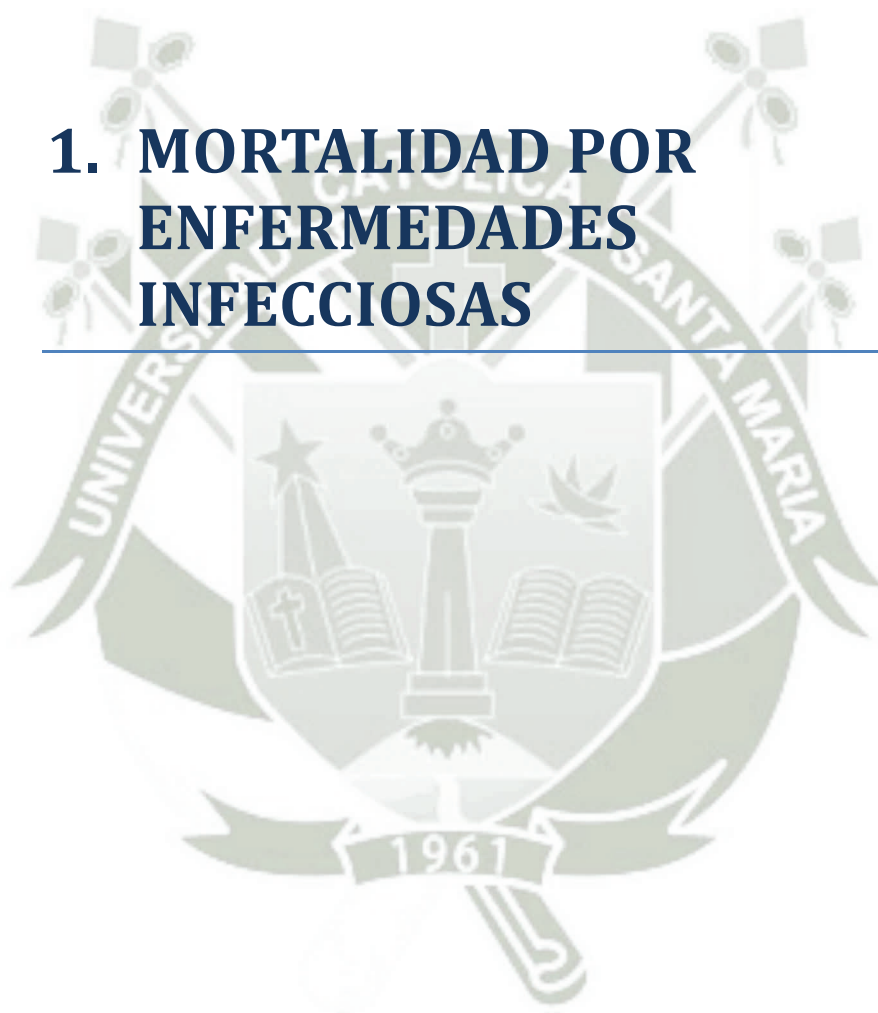


TABLA N° 1

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS (NEUMONIA)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	2	7.7	116	15.0
2006	4	15.4	164	21.2
2007	5	19.2	127	16.4
2008	7	26.9	140	18.1
2009	8	30.8	227	29.3
TOTAL	26	100.0	774	100.0

$X^2=2.52$

$P>0.005$

En la tabla N° 1, según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=2.52$) se muestra que la mortalidad por neumonía desde el 2005 al 2009 no presentó diferencia estadística significativa ($P<0.005$).

Asimismo, se muestra que el año 2009 el 30.8% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE) se lleva por neumonía frente al 29.3% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE).

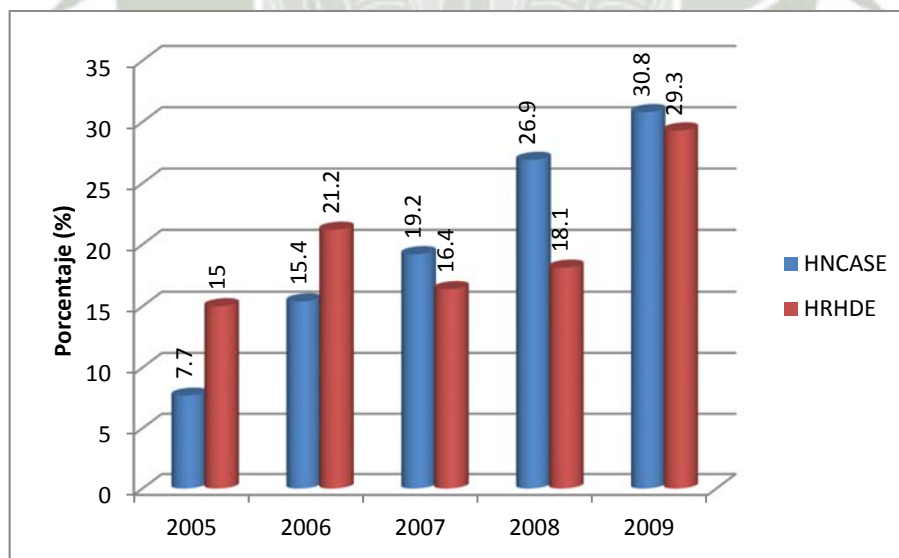


TABLA N° 02
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(TUBERCULOSIS PULMONAR)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	2	50.0	0	0.0
2006	0	0.0	3	8.3
2007	0	0.0	28	77.8
2008	0	0.0	1	2.8
2009	2	50.0	4	11.1
TOTAL	4	100.0	36	100.0

$X^2=25.18$

$P<0.005$

En la tabla N° 2, según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=25.18$) se muestra que la mortalidad por Tuberculosis pulmonar desde el 2005 al 2009 presentó diferencia estadística significativa ($P<0.005$).

Asimismo, se muestra que en el año 2007 el 77.8% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) es mayor en Tuberculosis Pulmonar frente al 50.0% en los años 2005 y 2009 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud (HNCASE).

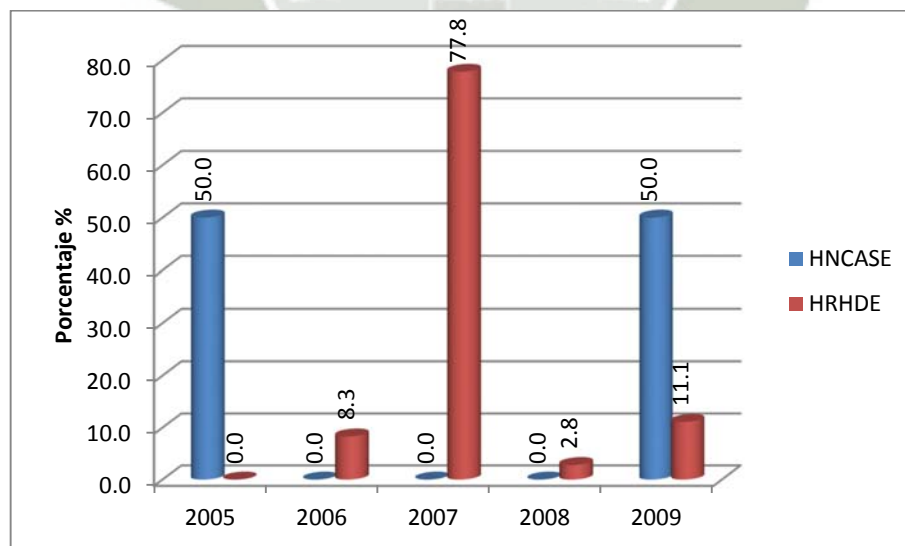


TABLA N° 03
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS
(VIH-SIDA)

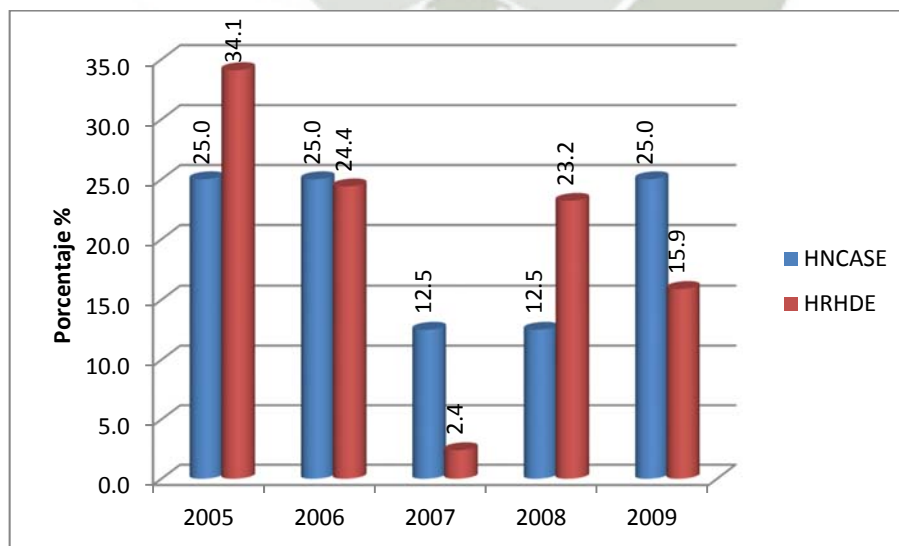
AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	2	25.0	28	34.1
2006	2	25.0	20	24.4
2007	1	12.5	2	2.4
2008	1	12.5	19	23.2
2009	2	25.0	13	15.9
TOTAL	8	100.0	82	100.0

$X^2=3.14$

$P>0.005$

En la tabla N° 3, según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=3.14$) se muestra que la mortalidad por Enfermedades infecciosas VIH/SIDA desde el 2005 al 2009 no presentó diferencia estadística significativa ($P>0.005$).

Asimismo, se muestra que en los años 2005, 2006 y 2009 representan el 34.1%, 24.4%, y 15.9% respectivamente de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) por enfermedades infecciosas VIH/SIDA frente al 25.0% respectivamente de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE).





2. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

TABLA N° 04
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEGENERATIVAS (HIPERTENSIÓN ARTERIAL)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	29	29.6	79	44.1
2006	40	40.8	13	7.3
2007	14	14.3	26	14.5
2008	5	5.1	33	18.4
2009	10	10.2	28	15.6
TOTAL	98	100.0	179	100.0

$X^2=50.27$

$P<0.005$

En la tabla N° 4, según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=50.27$) se muestra que la mortalidad por Enfermedades crónicas degenerativas Hipertensión Arterial desde el 2005 al 2009 presentó diferencia estadística significativa ($P<0.005$).

Asimismo, se muestra que en el año 2005 el 44.1% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza(HRHDE), se lleva por enfermedades crónica degenerativas hipertensión arterial frente al 40.8% en el año 2006 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE).

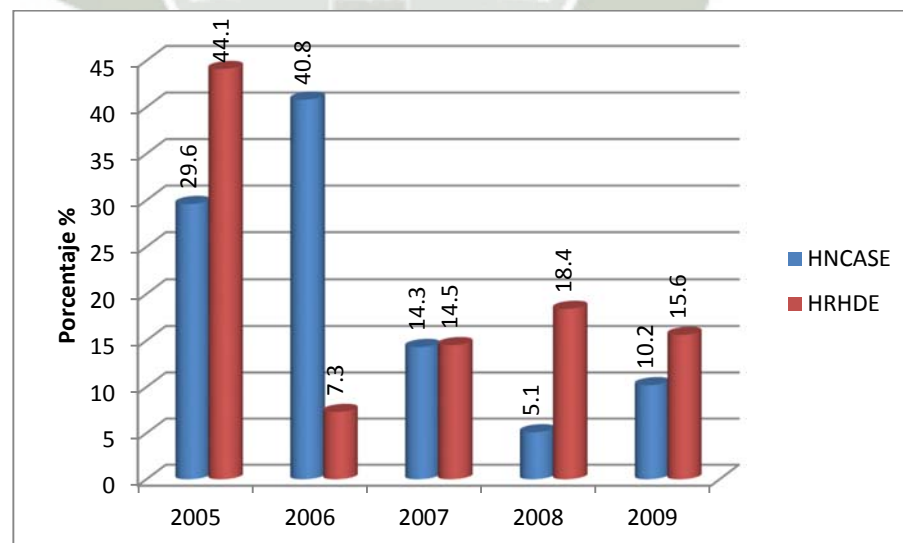


TABLA N° 05
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICA
DEGENERATIVAS (INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	5	9.8	3	6.4
2006	8	15.7	26	55.3
2007	12	23.5	3	6.4
2008	11	21.6	9	19.1
2009	15	29.4	6	12.8
TOTAL	51	100.0	47	100.0

$X^2=19.36$

$P<0.005$

En la tabla N° 5, según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=19.36$) se muestra que la mortalidad por enfermedades crónica degenerativas Infarto Agudo de Miocardio desde el 2005 al 2009, presento diferencia estadística significativa ($P<0.005$).

Asimismo, se muestra que el año 2006 el 55.3% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza(HRHDE), se lleva por enfermedad crónica degenerativa Infarto Agudo de Miocardio frente al 29.4% en el año 2009 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE).

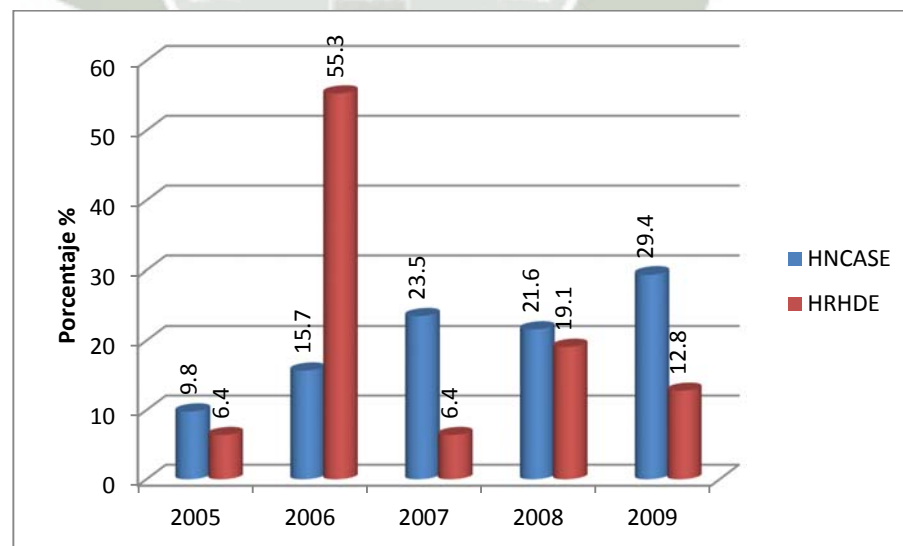


TABLA N° 06

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICA DEGENERATIVAS
(DIABETES MELLITUS NO DEPENDIENTE DE INSULINA)**

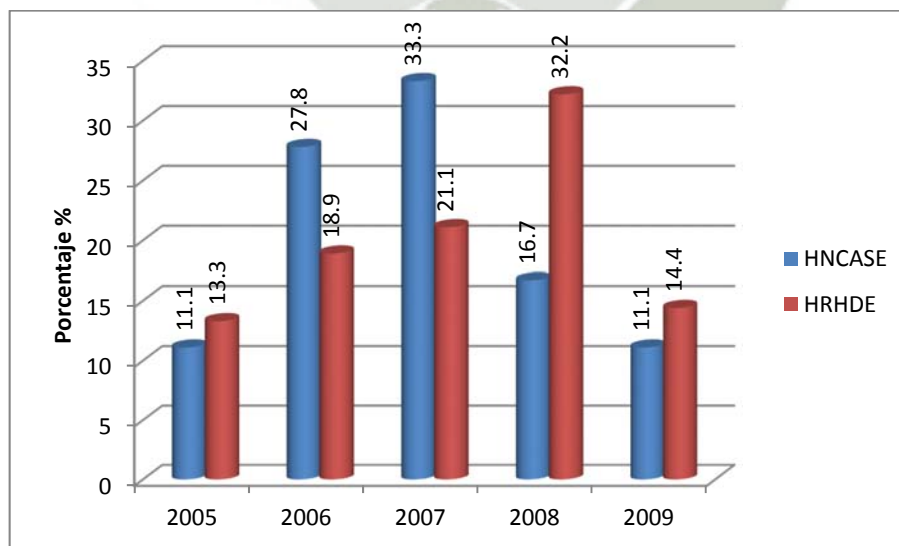
AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	2	11.1	12	13.3
2006	5	27.8	17	18.9
2007	6	33.3	19	21.1
2008	3	16.7	29	32.2
2009	2	11.1	13	14.4
TOTAL	18	100.0	90	100.0

$X^2=2.95$

$P>0.005$

En la tabla N° 6 Según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=2.95$) se muestra que la mortalidad por Diabetes Mellitus no dependiente de insulina desde el 2005 al 2009 no presentó diferencia estadística significativa ($p>0.005$).

Asimismo, se muestra que el año 2007 el 33.3% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud (HNCASE) se lleva por enfermedades crónica degenerativas frente al 32.2% en el año 2008 de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE).





3. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

TABLA N° 07
MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO (LESIÓN
OCUPANTE CON OTRO AUTOMÓVIL)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	0	0.0	15	22.4
2006	0	0.0	21	31.3
2007	0	0.0	10	14.9
2008	0	0.0	4	6.0
2009	0	0.0	17	25.4
TOTAL	0	0.0	67	100.0

En la tabla N° 7 se muestra que el año 2006 el 31.1% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), se lleva por Accidentes de tránsito lesión ocupante con otro automóvil frente al 0% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE).

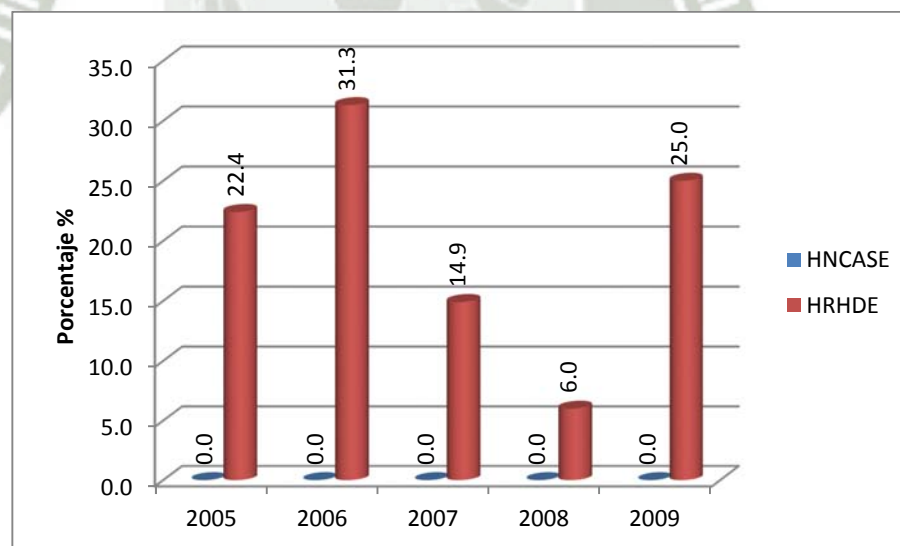


TABLA N° 08
MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO (LESIÓN EN EL PEATÓN)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	10	76.9	0	0.0
2006	0	0.0	1	5.6
2007	0	0.0	4	22.2
2008	0	0.0	7	38.9
2009	3	23.1	6	33.3
TOTAL	13	100.0	18	100.0

$X^2=22.79$

$P<0.005$

En la tabla N° 8 Según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=22.79$) se muestra que la mortalidad por Lesión en el peatón desde el 2005 al 2009 presento diferencia estadística significativa ($P<0.005$).

Asimismo, se muestra que el año 2005 el 76.9% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud (HNCASE) es mayor en accidentes de tránsito lesión en el peatón frente al 38.9 % en el año 2008 de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE).

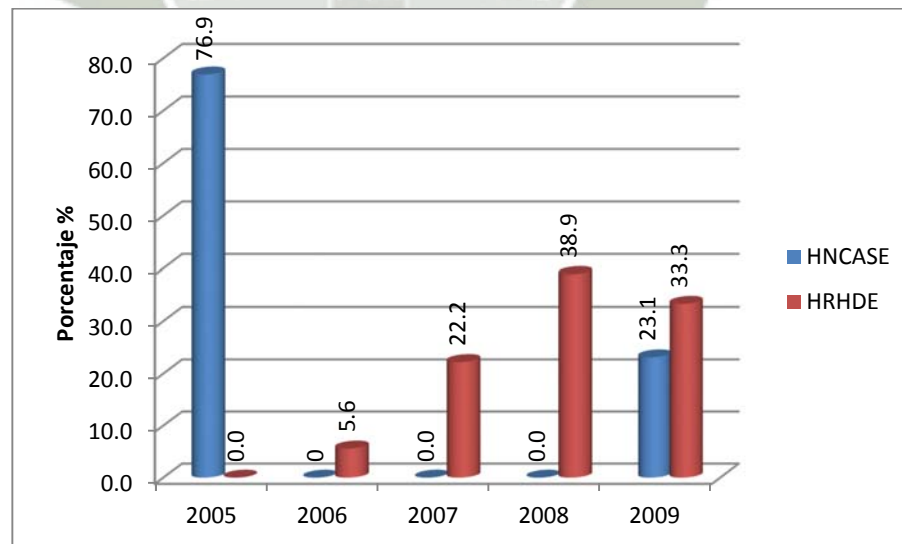
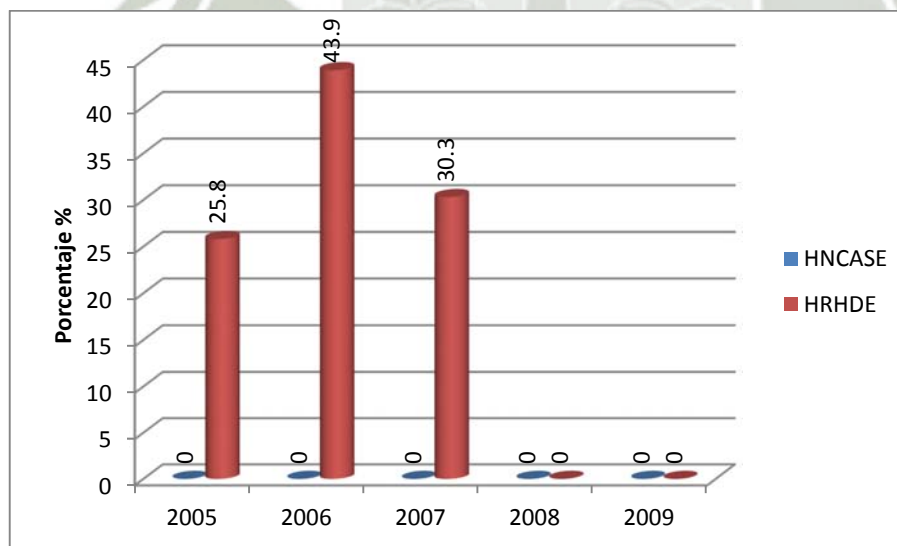


TABLA N° 09
MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO (LESIÓN
CONDUCTOR)

AÑOS	HNCASE		HRHDE	
	N°	%	N°	%
2005	0	0.0	17	25.8
2006	0	0.0	29	43.9
2007	0	0.0	20	30.3
2008	0	0.0	0	0.0
2009	0	0.0	0	0.0
TOTAL	0	0.0	66	100.0

En la tabla N° 9, se muestra que el año 2006 el 43.9% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) es mayor en Accidentes de tránsito lesión conductor frente al 0% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (HNCASE).



4. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Actualmente, la salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social que ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país¹, sin embargo, las grandes diferencias que enmascaran los promedios nacionales ocultan las inequidades existentes en la salud. La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el género y el nivel educativo en que se encuentren las personas y las comunidades.² En el presente estudio sobre mortalidad hospitalaria en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009, se puede distinguir hallazgos similares en función a los factores como el estrato socioeconómico.

Al analizar la mortalidad hospitalaria de las enfermedades infecciosas se obtuvo en el año 2009 el 30.8% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud se lleva por neumonía frente al 29.3% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza ($P > 0.005$). En el estudio de Rayego *et ál*, en Madrid, España 2006 los fallecimientos con más frecuencia tuvieron antecedentes de enfermedad broncopulmonar crónica (43% frente a 19%, $P < 0.04$) y las principales causas de muerte fueron cardiopulmonares (56% en total, un 34% por insuficiencia respiratoria, 14% por neumonía y 8% por edema agudo de pulmón). Por otro lado en el año 2007 el 77.8% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza se lleva por Tuberculosis Pulmonar frente al 50.0% en los años 2005 y 2009 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud ($P < 0.005$). En el estudio de Turrubiarte *et. ál*. en México 1991-2004 se encontró la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar y cáncer cervicouterino, tuvo un comportamiento descendente; Por otro lado se muestra que en los años 2005, 2006 y 2009 representan el 34.1%, 24.4%, y 15.9% respectivamente de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza por enfermedades infecciosas VIH/SIDA frente al 25.0% respectivamente de las muertes en el Hospital Nacional

¹“DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ” Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Lunes, 15 de Agosto de 2011.

²Bardález del Águila Carlos “LA SALUD EN EL PERÚ” Lima, Perú
2002. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>

Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud ($p > 0.005$). Así, la mortalidad por enfermedades infecciosas como la neumonía, tuberculosis y VIH-SIDA en el presente estudio se ha podido observar que es la más alta de América Latina, sólo superada por la República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países con un ingreso per cápita bastante menor que el Perú, aquellos países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas mucho menores: la mitad en Colombia, cuatro veces menor en Costa Rica y cinco veces menor en Cuba³.

El acceso a servicios de salud en el Perú hasta la década del setenta era limitado para los servicios de salud de amplios sectores de la población⁴, como consecuencia de su marginación ciudadana, ya que fue a finales de esa década en que se instituye la universalidad de los derechos ciudadanos en la constitución política del país. Incluso la constitución vigente es contradictoria e insuficiente en la institución de derechos en salud⁵; así, establece que la seguridad social es universal pero a la vez progresiva y que el Estado sólo garantiza el libre acceso a los servicios, restringiendo la ciudadanía a una condición de clientes de servicios en un libre mercado, sin instaurar el derecho a la atención de salud.⁶

Sin embargo, considerando el contexto latinoamericano, la situación de salud en el Perú es bastante insatisfactoria e inocua⁷, comparada con países de similar o inclusive menor desarrollo económico.

³Bardález del Águila Carlos "LA SALUD EN EL PERÚ" Lima, Perú 2002. Disponible en la World Wide Web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>

⁴Bardález del Águila Carlos "LA SALUD EN EL PERÚ" Lima, Perú 2002. Disponible en la World Wide Web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>

⁵**RESOLUCIÓN DIRECTORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS.** Febrero del 2013. Disponible en la World Wide Web: http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13258/PLAN_13258_Plan_Operativo_Institucional_2013_2013.pdf

⁶Petrera Margarita "ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD DEL PERÚ" RevPeruMedExp Salud Publica. 2009; 26(2): 248-50
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a19v26n2.pdf>

⁷**PLAN CONCERTADO REGIONAL. ANCASH. 2007 – 2015.** Disponible en la World Wide Web: http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/PlanesRegionales/PRC_Ancash.pdf

Asimismo se muestra que la mortalidad por enfermedades crónica degenerativas el año 2005 el 44.1% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, se lleva por hipertensión arterial frente al 40.8% en el año 2006 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud($p < 0.005$). En el estudio de Rayego *et al.*, en Madrid, España 2006 los fallecidos por causa neurológica tenían al ingreso cifras más elevadas de tensión arterial sistólica y diastólica ($p < 0,0001$), mayor frecuencia de antecedentes de hipertensión arterial ($p < 0,0001$). Asimismo se muestra que el año 2006 el 55.3% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, se lleva Infarto Agudo de Miocardio frente al 29.4% en el año 2009 de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud($p < 0.005$). En el estudio de Turrubiar *et al.* en México 1991-2004 se encontró la mortalidad por cáncer de mama, diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón fue ascendente. Por otro lado en el año 2007 el 33.3% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud se lleva por Diabetes Mellitus no dependiente de insulina frente al 32.2% en el año 2008 de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza($p > 0.005$). Asimismo, en las últimas décadas la mortalidad por enfermedades crónica degenerativa ha variado sustancialmente en el país, siendo éstos de consecuencia alarmantes en población de nuestro medio con repercusión de su entorno, una de las que está en ascenso en América Latina, sólo superada por Haití y Bolivia; aquellos países con similar ingreso per cápita tienen tasas mucho menores: la cuarta parte en Colombia y cinco veces menor en Costa Rica y Cuba⁸.

Finalmente se tiene la mortalidad por accidentes de tránsito en el año 2005 el 76.9% de las muertes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud, se lleva por mortalidad de lesión en el peatón frente al 38.9 % en el año 2008 de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza ($P < 0.05$). En el estudio de Cueto, *et al.* Cuba, 2004-2005 el atropellamiento por vehículos de motor fue el tipo de accidente más frecuente (29,1%). en el año 2006 el 31.1% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, se lleva por lesión ocupante con otro automóvil frente al 0% de las

⁸“DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS” OMS, Serie de Informes Técnicos 916. Disponible en la World Wide Web:
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

muerres en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud. En el año 2006 el 43.9% de las muertes en el Hospital Honorio Delgado Espinozase lleva por lesión conductor frente al 0% de las muertes en elHospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud. Además con el incremento de las enfermedades no transmisibles como los accidentes de tránsito, las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial y el infarto agudo de miocardio estas enfermedades están condicionadas por los factores socioeconómicos.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que son las personas en condición de pobreza 49% en 2005 y 36% en 2008 en el Perú, las que más dificultad tienen en costearse una atención adecuada de salud⁹, por lo que, el que se vean en la necesidad de hacerlo, aún en el nivel más precario, significa una gran inequidad en el acceso a un servicio que, además de ser un derecho, mejora las capacidades y potencialidades del individuo contribuyendo al desarrollo humano¹⁰

En el presente estudio cabe resaltar que la población de EsSalud tiene menor probabilidad de morir y enfermar; pero esta población beneficiada solo representa el 21.5% de los asegurados en EsSalud y cubre a los quintiles III, IV y V, al igual que los establecimientos privados.¹¹

Por otro lado, los servicios del MINSA constituyen el principal proveedor para todos los grupos socioeconómicos, especialmente de los más pobres (quintiles I, II y III), siendo para el más pobre casi el único, por consiguiente, tienen mayor probabilidad de morir y enfermar, debido a que, “el acceso a los hospitales del MINSA es perverso:

⁹PETREIRA, Margarita. “**ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD DEL PERÚ**”. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. [online]. abr./jun. 2009, vol.26, no.2 [citado 05 Abril 2013], p.248-250. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200019&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.

¹⁰Bardález del Águila1Carlos “**LA SALUD EN EL PERÚ**” Lima, Perú 2002.Disponible en la World Wide Web:<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>

¹¹“**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO**”. 1998 Disponible en la World Wide Web:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0035/CAP4.HTM>

éste se incrementa de acuerdo al nivel de ingreso, mientras que disminuye para la atención primaria.¹²

En la práctica existen dos modelos de atención: uno basado en atención primaria para los más pobres y otro hospitalario de mayor gasto y que concentra la mayor parte del subsidio público para la población de ingresos medios y altos. Así, el 75% del subsidio al quintil de mayores ingresos de las zonas urbanas es para atención hospitalaria, siendo mayor que el otorgado a las zonas rurales”¹³.

Desarrolla un modelo de financiamiento de servicios de salud pública que establece cuál sería el gasto en salud por persona que tendría que hacer el Estado según el paquete de servicios que desee ofrecer y la población que decida subsidiar. Con este objetivo propone un sistema de seguro de salud para toda la población, en el cual el Estado aporte el total o parte del valor de las primas correspondientes a la población de menores recursos, sustituyendo así el subsidio a la oferta que actualmente brinda por el subsidio a la demanda, lo que significa libertad de elección del usuario tanto en lo que se refiere a la entidad de aseguramiento como al prestador de los servicios. Se emplea el análisis financiero para los cálculos necesarios, el cual se sustenta en análisis de la situación de salud y de las transacciones de los servicios en el mercado en términos de sus consecuencias financieras. Uno de sus principales hallazgos es confirmar que el problema de la salud en el Perú no es la falta de recursos, sino la forma como se ha estructurado el sector salud y el sistema de subsidios.¹⁴

¹²“ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO”. 1998 Disponible en la World Wide Web:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0035/CAP4.HTM>

¹³Vera, José Carlos; “SISTEMAS DE SALUD Y SUBSIDIOS A LOS POBRES: Un modelo de financiamiento de salud para el Perú”; Año 9, n.º 16, Lima, Perú , junio de 2004. Disponible en la World Wide Web:<http://www.esan.edu.pe/paginas/pdf/Vera.pdf>

¹⁴Vera, José Carlos; “SISTEMAS DE SALUD Y SUBSIDIOS A LOS POBRES: Un modelo de financiamiento de salud para el Perú”; Año 9, n.º 16, Lima, Perú , junio de 2004. Disponible en la World Wide Web:<http://www.esan.edu.pe/paginas/pdf/Vera.pdf>

“El sector salud involucra a un conglomerado de instituciones públicas y privadas que cumplen diferentes funciones y que en conjunto forman el sistema nacional de salud¹⁵. Estas son: i) la que diseña la política, programas y ii) las que proveen los servicios, iii) las que financian los servicios y iv) las que supervisan la provisión de los servicios”¹⁶.

En el presente trabajo investigación sobre mortalidad hospitalaria; con el propósito de sugerir algunas alternativas en la atención de salud mediante el cual todos los ciudadanos puedan acceder a los servicios de salud independientemente de su situación económica.



¹⁵Ventura Graciela, *et.al*“**EL GASTO EN SALUD EN ARGENTINA Y SU MÉTODO**” Buenos Aires. Diciembre de 2000. Disponible en la World Wide Web:http://www.who.int/nha/country/Argentina_NHA_report_spanish.pdf

¹⁶ IDEM.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Del presente estudio se puede colegir que:

PRIMERA:

La mortalidad por enfermedades infecciosas tuberculosis pulmonar fue mayor en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (77.8%, 2007 - $P<0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (50.0%, 2005 y 2009 - $P<0.005$).

SEGUNDA:

La mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas Hipertensión Arteriales fue mayor en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (44.1%, 2005 $P<0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (40.8%, 2006 - $P<0.005$). Asimismo se muestra que la mortalidad por infarto Agudo de Miocardio fue mayor en el Hospital Honorio Delgado Espinoza (55.3%, 2006 - $P<0.005$) con respecto al Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (29.4%, 2009 - $P<0.005$).

TERCERA:

La mortalidad por accidentes de tránsito es mayor en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (76.9%, 2005- $P<0.005$) que en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA (38.9 %, 2008 - $P<0.005$).

RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – MINSA Arequipa, se sugiere que se inicie la recopilación de datos a una fuente de base de datos sistematizados de acuerdo a los cuestionarios de las Tarjetas Índice de Diagnóstico basado en Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10).
2. A los establecimientos de salud adoptar estrategias para la prevención de la mortalidad por enfermedades infecciosas en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis y de VIH/SIDA
3. A los establecimientos de salud adoptar estrategias para la prevención de la mortalidad por enfermedades crónica degenerativa en concordancia con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no transmisibles.
4. A los establecimientos de salud adoptar estrategias para la prevención de mortalidad por accidentes de tránsito que se encuentra en concordancia con el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020.
5. A los egresados Escuela de Posgrado de Gerencia en Salud de la Universidad Católica de Santa María Arequipa, continuar investigando sobre la mortalidad hospitalaria por grupos etéreos.



PROPUESTA

1. ASPECTOS GENERALES.

1.1. NOMBRE DEL PLAN:

PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TUBERCULOSIS Y PROMOCIÓN DE SEGURIDAD VIAL”

2. JUSTIFICACION

La Promoción de la Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, proporcionando a su vez los medios necesarios para mejorar y ejercer un mejor control sobre la salud, garantizando entornos saludables, asimismo practica de hábitos saludables, que permitan un adecuado desarrollo físico, psicológico, emocional y social de los estudiantes, trabajadores, y todas las personas en general.

Actualmente al personal de salud está en la capacidad de orientar y educar a la población en la tarea de cuidar de su salud; el detectar un riesgo o una enfermedad en sus estadios sería favorable para la persona y su familia, y finalmente para la sociedad, debido a que se evitarán o se disminuirán en el futuro años perdidos por la enfermedad y la repercusión en su bienestar general.

Los establecimientos de Salud en las áreas de consulta externa de los diferentes servicios asimismo Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud son espacios estratégicos para la difusión y distribución de los materiales educativos sobre la prevención y control de Tuberculosis, Hipertensión arterial y promoción de la Seguridad Vial.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos sobre prevención y control de Tuberculosis, Hipertensión arterial y promoción de la Seguridad Vial con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar material educativo sobre la Prevención y Control de Tuberculosis.
- Proporcionar material educativo sobre la Prevención de Hipertensión Arterial.
- Proporcionar material educativo sobre Seguridad Vial.

4. METODOLOGIA:

- Reuniones de coordinación con el Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud, Jefe médico responsable de consulta externa y del servicio de Emergencia de los diferentes hospitales.
- Reunión de coordinación con el responsable la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control Tuberculosis (ESN-PCT) del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Reunión de coordinación con el responsable la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Reunión de coordinación con el responsable de Seguridad vial del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.

- Distribución del material educativo en los servicios de consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Distribución del material educativo en los servicios de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Monitorización de la Distribución del material educativo en los servicios de Consulta Externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Monitorización de la Distribución del material educativo en los servicios de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud.
- Elaboración y presentación de informe final de la distribución del material educativo al director, responsable la Estrategia Sanitaria, Jefe médico responsable de consulta externa y del servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA y Hospital Nacional Carlos Albero Seguin EsSalud, para su posterior evaluación, recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. **“ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD.ALGUNOS ASPECTOS DEL MARCO NORMATIVO2011”**. Lima –Perú. Setiembre 2011.
2. Correa Tineo. Víctor Javier Director de Servicios de Salud. **“FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL Y DESCENTRALIZACION EN SALUD CON ENFASIS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD RENOVADA”** Lima/Perú, 13 y 14 de septiembre de 2011.
3. Jaramillo Antillón Juan. **“ACREDITACIÓN – EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS MÉDICOS”** Costa Rica 1998 Pág. 77
4. **“PLAN DE BENEFICIOS DEL PEAS.”** Lima, Junio 2009.
5. Polo Andrés Dr. **“EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL OFICINA DE DESCENTRALIZACIÓN MINISTERIO DE SALUD”** Seminario Binacional Perú -Brasil para el fortalecimiento del Sistema de Salud del Perú. Lima/Perú, 13 y 14 de septiembre de 2011.
6. Prado Corah. **“FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BRASIL”**. Seminario Binacional Perú -Brasil para el fortalecimiento del Sistema de Salud del Perú. Lima/Perú, 13 y 14 de Septiembre de 2011.
7. **“PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD OMS”**, 36ª Sesión Comité Ejecutivo (OPS–OIT). Washington, DC. 25deMarzode 2002.

DOCUMENTOS INFORMATIVOS

1. **“ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO”**. 1998 Disponible en la World Wide Web:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0035/CAP4.HTM>
2. Alejandro Arrieta Herrera **“EFICIENCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD PERINATAL EN ESSALUD: ¿SER EFICIENTE SALVA VIDAS?†”** Universidad de Piura Abril 2010.
Disponible en la World Wide Web:
<http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/eficiencia-hospitalaria-y-mortalidad/eficiencia-hospitalaria-y-mortalidad-perinatal-en-essalud-ser-eficiente-salva-vidas.pdf>
3. Bambarén Alatriza, Dr. Celso **“ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL ACCIDENTES DE TRANSITO”** Perú 2004. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/ogdn/esp/pdf/Plan%20General%20Accidentes%20de%20Transito.pdf>
4. Bardález del Águila Carlos **“LA SALUD EN EL PERÚ”** Lima, Perú 2002.
Disponible en la World Wide Web:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
5. Castillo Urquiaga Walter, et al. **“FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES ADMITIDOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO”** 1999 *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* - Vol. 12 N.º 4, 1999
Disponible en la World Wide Web:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v12n4/neumonia.htm>

6. **“DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ”**. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Lunes, 15 de Agosto de 2011.
7. **“DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS”** OMS, Serie de Informes Técnicos 916. Disponible en la World Wide Web:
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
8. **“DOCUMENTO TÉCNICO: MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA, 2009”**. Disponible en la World Wide Web:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/gestion-hospi/29102009_anteproyecto_2009.pdf
9. **“ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS MÉXICO”** Organización Mundial de Salud. Noviembre 2005 Disponible en la World Wide Web:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf
10. **“FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE CALIDAD DIRIGIDOS A LAS IPS**. Disponible en:
<http://www.supersalud.gov.co/Documentos/calidad/indicadores%20seleccionados.pdf>
11. González del Carpio D. **“MEDICINA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO”** *RevMedHered*, 14 (2), 2003 51 Disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/publicaciones/enfermedad.asp?Codigo2=422>
12. **LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD Y SU REGLAMENTO LEY N° 29344, DS N° 008-2010-SA**. Edición, 2011. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2011. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/webmaster@minsa.gob.pe>

13. **Miranda Paz, Percy Dr. “MUERTE MATERNA Y PERINATAL EN AREQUIPA TACNA Y MOQUEGUA BAJO UN ENFOQUE DE DERECHOS”** Oficina de Epidemiología de Arequipa, 2003
Disponible en la World Wide Web:
<http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Doc/PROPUESTA%20DE%20ANALISIS%20DE%20MUERTE%20MATERNA.pdf>
14. **Oliveros D. Miguel, et. al “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MUERTE HOSPITALARIA EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO EN EL PERÚ” Enero – Marzo 2007.** Disponible en la World Wide Web:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2007/ene-mar/7-14.html>
15. **Petrera Margarita “ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD DEL PERÚ”** Rev Perú MedExp Salud Publica. 2009; 26(2): 248-50.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a19v26n2.pdf>
8. **PLAN CONCERTADO REGIONAL. ANCASH. 2007 – 2015.** Disponible en la World Wide Web:
http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/PlanesRegionales/PRC_Ancash.pdf
9. **RESOLUCIÓN DIRECTORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS.** Febrero del 2013. Disponible en la World Wide Web:
http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13258/PLAN_13258_Plan_Operativo_Institucional_2013_2013.pdf
10. **“RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA”;** Diciembre de 2002. Disponible en la World Wide Web:
http://whqlibdoc.who.int/un aids/2002/9291732559_spa.pdf

11. Tello-Rodríguez, Tania, Varela-Pinedo, Luis, Ortiz-Saavedra, José *et al.* **“ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA METROPOLITANA, 1997-2008”**.*RevMedHered.* [online]. ene. 2011, vol.22, no.1 [citado 05 Abril 2013], p.23-28. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
12. Ticona, Manuel; Diana, Huanco. **“FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL PERÚ”** *Ginecol. obstet.* 2003; 49 (4): 227-236. Disponible en la World Wide Web: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n4/a05.htm
13. Ventura Graciela, *et.al* **“EL GASTO EN SALUD EN ARGENTINA Y SU MÉTODO”** Buenos Aires. Diciembre de 2000. Disponible en la World Wide Web:http://www.who.int/nha/country/Argentina_NHA_report_spanish.pdf
14. Vera, José Carlos; **“SISTEMAS DE SALUD Y SUBSIDIOS A LOS POBRES: Un modelo de financiamiento de salud para el Perú”**; Año 9, n.º 16, Lima, Perú, Junio de 2004. <http://www.esan.edu.pe/paginas/pdf/Vera.pdf>



ANEXOS

ANEXO 1

A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. The logo features a shield with a cross, a book, and a lamp, surrounded by a banner and a crown. The text 'UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA' and the year '1961' are visible on the logo.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**“MORTALIDAD HOSPITALARIA EN USUARIOS DEL
HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN
ESCOBEDO ESSALUD Y HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA MINSA, AREQUIPA, 2005 - 2009”**

Proyecto de Tesis Presentado por La
Bachiller:

Roxana Quispe Aro

Para optar el Grado Académico de:
Magíster de Gerencia en Salud.

AREQUIPA – PERU

-2013-

I. PREÁMBULO

La identificación del presente problema de Investigación sobre mortalidad hospitalaria en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009, representan un problema común en la práctica clínica; y por ser de indiscutible interés en cuanto a su presentación, los casos sobre Mortalidad hospitalaria poseen una relevancia en la salud de las personas; a través de las reformas de los sistemas de salud que dependen de las condiciones demográficas, sociales, económicas, políticas y epidemiológicas de un determinado estado.

El análisis de la mortalidad se enumeran una lista de afecciones en las que existe evidencia científica de poder evitar la enfermedad, incapacidad y/o muerte, por la presencia de enfermedades infecciosas, enfermedades crónica degenerativas y los accidentes de tránsito, violencia a través de los medios sanitarios disponibles, bien fueran terapéuticos o preventivos; asimismo estas situaciones se ven influenciadas con las reformas de financiamiento en políticas de salud y situación económica del país.

Las enfermedades infecciosas constituyen un grave problema de salud pública, siendo en los países subdesarrollados la primera causa de muerte. Según la OMS, las enfermedades infecciosas ocasionan unos 17 millones de muertes al año además de originar un gran consumo de recursos sanitarios. Así mismo, la proporción de pacientes hospitalizados por enfermedades infecciosas y sus complicaciones están aumentando de forma progresiva.

Las infecciones respiratorias, y más en concreto, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), son un problema sanitario de primer orden y representan una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad en los países desarrollado.¹⁷

¹⁷Vallejo M., Molina A., Mosquera J.D., Bergua I., Echeverría L., ZabalzaM.. **“MORTALIDAD PRECOZ HOSPITALARIA DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA”**. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2003 Jul [citado 2010 Abr 19]; 20(7): 19-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000700003&lng=es. doi:

Las defunciones por lesiones causadas por el tráfico vial (LTV) y en particular por accidentes de tránsito debidas a vehículo de motor (ATVM) representan en todo el mundo una epidemia silenciosa que afecta a todos los sectores de la sociedad.¹⁸

Por lo tanto el resultado de la siguiente tesis ayudará a disminuir los casos de mortalidad hospitalaria, debido que es un indicador de calidad asistencial asimismo su estudio puede mejorar la asistencia de los pacientes hospitalizados a través de la planificación y gestión de los hospitales.



¹⁸Vallejo M., Molina A., Mosquera J.D., Bergua I., Echeverría L., ZabalzaM.. **“MORTALIDAD PRECOZ HOSPITALARIA DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA”**. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2003 Jul [citado 2010 Abr 19]; 20(7): 19-22. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000700003&lng=es.doi

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA:

1.1 Enunciado del Problema:

MORTALIDAD HOSPITALARIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO ESSALUD Y HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA MINSA AREQUIPA, 2005-2009.

1.2 Descripción del problema:

1.2.1 Área de conocimiento:
General: Ciencias de la Salud.
Específica: Gerencia en Salud.

1.2.2 Análisis de variables e indicadores.

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADOR
<p>1. Mortalidad hospitalaria</p> <p>Proporción de egresos por muerte respecto al total de pacientes egresados, en un periodo.</p>	<p>A. Mortalidad por enfermedades infecciosas.</p> <p>Las enfermedades infecciosas es un grave problema de salud pública debido a una mortalidad y por el gran consumo de recursos sanitarios que originan.</p>	<p>Número de defunciones por enfermedades infecciosas.</p>

	<p>B. Mortalidad por Enfermedades crónica degenerativas</p> <p>Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas seleccionadas: se refiere al número de defunciones por cada 100 000 hombres o mujeres para cada enfermedad.</p>	<p>Número de defunciones por enfermedades crónica degenerativas</p>
	<p>C. Mortalidad por accidentes de tránsito.</p> <p>Los accidentes ocurridos en un lugar o circunstancia “X”, serán comparables con los ocurridos en otro lugar y/o circunstancias “Y”, si las oportunidades existentes para ellos en ambos casos (X e Y) fueron similares.</p>	<p>Número de defunciones por accidentes de tránsito.</p>

1.2.3 Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles la mortalidad por enfermedades infecciosas en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009?
- ¿Cuáles la mortalidad por enfermedades crónica degenerativas en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009?
- ¿Cuáles la mortalidad por accidentes de tránsito en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009?

1.2.4 Tipo de investigación:

Documental.

1.2.5 Nivel de investigación:

Descriptivo, comparativo

1.3 Justificación

Las razones por las cuales se ha seleccionado el presente estudio investigación, es porque dentro de las funciones de las instituciones de salud está la vigilancia y evaluación del comportamiento de la mortalidad de la población, su disminución refleja el nivel alcanzado en la prestación de los servicios de salud y constituye un indicador capital para la determinación de una política sanitaria adecuada¹⁹.

En nuestro medio no existen estudios sobre Mortalidad hospitalaria, para las enfermedades infecciosas, enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes ocurridos en un lugar o circunstancia determinada.

El presente trabajo de investigación está en los lineamientos de la Escuela Post Grado de la Maestría de Gerencia en Salud de la Universidad Católica de Santa María, además permitirá establecer indicadores de gestión de calidad de atención hospitalaria.

La realización del presente trabajo de investigación es factible, ya que se cuenta con datos necesarios de Estadística e Informática y las fichas de las defunciones de los establecimientos de Salud.

La motivación personal que lleva a la realización del presente trabajo de investigación durante la adquisición de conocimientos que fueron impartidas en las clases teóricas por los docentes de Post Grado de Gerencia en Salud de la Universidad Católica de Santa María.

El presente estudio se basa en el impacto y la relación existente entre la variación de mortalidad hospitalaria, la transición demográfica en el desarrollo económico y su

¹⁹ Batista Moliner, Ricardo Dr. **“SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN CUBA”** Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud. Viceministerio de Higiene y Epidemiología, Ministerio de Salud Pública Rev Cubana HigEpidemiol 2000;38(2):77-92. Disponible en la World Wide Web: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_2_00/hie01200.htm

importancia en la elaboración e implementación de estos en la creación de políticas de salud del país.

Este estudio pretende determinar la capacidad estratégica y administrativa del establecimiento de salud en implementar políticas que ayuden a la capacidad resolutive.

Fundamentalmente para obtener una visión panorámica e integral de la situación de salud de la población y de los avances logrados en las políticas de salud se ha visto por conveniente plantear el siguiente estudio sobre **“MORTALIDAD HOSPITALARIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO ES SALUDY HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA MINSA AREQUIPA, 2005-2009”**. Este estudio nos permitirá en lo posterior hacer investigación, formulación, implementación, gestión y evaluación de políticas Sanitarias para así mejorar el estado de salud de la población frente al riesgo de enfermar o morir.

2. MARCO CONCEPTUAL:

En concordancia con los objetivos del presente estudio, es que se considera en el marco conceptual el siguiente temario:

2.1 MORTALIDAD HOSPITALARIA

2.1.1 Métodos para reunir datos sobre fecundidad y mortalidad:

Tres son los métodos que se usan habitualmente para reunir datos sobre fecundidad y mortalidad: los censos de población, el registro civil y las encuestas de hogares.²⁰

2.1.1.1 Censos de población: Los censos de población se obtienen información sobre las características económicas y sociales de cada persona y de cada hogar de un país en una determinada fecha y, por lo general, se realizan cada 10 años. Una aplicación importante de los datos de estos censos es el diseño de las muestras para las encuestas de población, que se explican más adelante²¹.

Los censos de población, por ejemplo, en general proporcionan información sobre el lugar de residencia y la migración, las características de los hogares y las familias, otras características educacionales y económicas, y también datos demográficos.

2.1.1.2 Registro civil: El registro civil guarda información sobre los nacimientos, las defunciones y otros sucesos vitales que ocurren en un país. Al igual que los censos de población, intenta lograr una cobertura universal, pero a diferencia de

²⁰“MANUAL SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD”NACIONES UNIDAS S.03.XVII.11 Nueva York, 2005. Disponible en:
http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92S.pdf

²¹Bayarre Veá. Héctor. HosfordSaing Rubén “MÉTODOS Y TÉCNICAS APLICADAS A LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”.Disponible en la World Wide Web:
http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/bayarre_y_hosford.pdf

ellos se trata de una operación continua. Tanto los nacimientos como las defunciones deben registrarse poco después de ocurridas.

El objetivo principal del registro civil es documentar legalmente los nacimientos, las defunciones y otros sucesos vitales

2.1.1.3 Encuestas de hogares:²² Las encuestas de hogares reúnen información sobre muestras de hogares relativamente pequeñas pero conformadas aplicando métodos científicos. El hecho de que las muestras sean relativamente pequeñas hace que las encuestas sean más económicas y más flexibles que los censos y el registro civil, pero también son menos eficaces en cuanto al detalle de los datos que proporcionan sobre zonas geográficas reducidas y subgrupos de población.

Las encuestas de hogares tienen por finalidad reunir muchos tipos de información y rara vez se limitan a los datos de fecundidad y mortalidad.

2.2 MORTALIDAD

2.2.1 **Definición.** Esta variable da el número medio anual de muertes durante un año por cada 1000 habitantes, también conocida como tasa bruta de mortalidad. La tasa de mortalidad, a pesar de ser sólo un indicador aproximado de la situación de mortalidad en un país, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población²³.

Este indicador es significativamente afectado por la distribución por edades. La mayoría de los países eventualmente mostrarán un aumento en la tasa de

²² DEPÓSITO DE DOCUMENTOS DE FAO. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fao.org/docrep/007/j3292s/j3292s05.htm>

²³ "MANUAL SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD" NACIONES UNIDAS S.03.XVII.11 Nueva York, 2005. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_925.pdf

mortalidad general, a pesar del continuo descenso de la mortalidad en todas las edades, a medida que una disminución en la tasa de fecundidad resulta en un envejecimiento de la población.²⁴

Tasa. Es la relación entre la frecuencia absoluta con que se presenta un hecho y una medida de la exposición al riesgo de ocurrencia del mismo hecho, es una división entre una cifra que indica la cantidad de muertes, de lesionados o de accidentes registrados en un lugar durante un período (generalmente un año), cifra a la que llamamos numerador y otra cifra, llamada denominador, que busca reflejar las oportunidades existentes en ese mismo lugar y período para que dichos resultados tuvieran lugar (población, vehículos automotores, Km recorridos). La tasa intenta medir la probabilidad o el riesgo de ocurrencia del accidente o sus consecuencias²⁵.

2.2.2 Porcentaje de Mortalidad Total

- a) **Definición:** proporción de egresos por muerte respecto al total de pacientes egresados, en un periodo.
- b) **Interpretación:** es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución hospitalaria, quiere esto decir que tiene que ver con la gestión de recursos para la atención de la población a atender como también con la capacidad técnico-científica ofrecida.
- c) **Límites para la Interpretación:** este índice de mortalidad hospitalaria es necesario estudiarlo con otros aspectos que tienen que ver con las condiciones previas de

²⁴“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>

²⁵“MANUAL SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD” NACIONES UNIDAS S.03.XVII.11 Nueva York, 2005. Disponible en:
http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92S.pdf

estado de salud del paciente y la propia patología. Otro aspecto a tener en cuenta es el grado de complejidad y especialización de la institución que presta los servicios.

d) Método de cálculo.

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

e) Fuente: Estadísticas institucionales

f) Periodicidad de reporte: mensual

2.2.3 Porcentaje de Mortalidad Mayor de 48 horas - Porcentaje de Mortalidad Menor de 48 horas²⁶

a) Definición: Proporción de egresos por muerte antes y después de 48 horas del ingreso, respecto al total de pacientes egresados en un periodo.

b) Interpretación: este indicador afina la interpretación del indicador de mortalidad total ya que si se refiere a la mortalidad intrahospitalaria en las primeras 48 horas tiene una relación más directa con las causas del ingreso del paciente y las condiciones de compromiso de la vida del mismo. Si es después de las primeras 48 horas posteriores al ingreso del paciente, tiene una mayor relación con la capacidad resolutive de la institución en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención.

²⁶“MANUAL SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD”NACIONES UNIDAS S.03.XVII.11 Nueva York, 2005. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92S.pdf

c) **Límites de la Interpretación:** Tienen que ver con la complejidad de los servicios demandados, con la capacidad resolutive que tenga la institución, así como también el grado de compromiso de los pacientes a su ingreso. Otro límite sería la oportunidad en la referencia de los pacientes (II nivel de complejidad). Así, los servicios de Cuidado Intensivo y Unidades de Recién Nacidos tienen un índice más alto de mortalidad.

d) **Método de cálculo.**

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte } < 48 \text{ horas}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de egresos por muerte } > 48 \text{ horas}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$$

e) **Fuente:** Estadísticas institucionales.

f) **Periodicidad de reporte:** mensual

2.2.4 Porcentaje de Mortalidad durante las primeras 24 horas en la atención de Urgencias.

a) **Definición:** proporción de pacientes que egresaron por muerte durante las primeras 24 horas de su atención en el servicio de Urgencias, respecto del total de pacientes atendidos en dicho servicio, en el periodo.

b) **Interpretación:** es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución en el servicio de Urgencias.

c) **Límites de la Interpretación:** además de las indicaciones propias para la interpretación del indicador general de mortalidad, para la atención de Urgencias hay que tener en cuenta otros aspectos que tienen que ver con la severidad de los casos clínicos atendidos (clasificación de Triage), la atención de Urgencias previa del paciente y la disposición de un sistema de referencia.

d) **Método de cálculo.**

$$\frac{\text{No. de egresos por muerte en las primeras 24 horas, de pacientes ingresados por Urgencias}}{\text{No. total de pacientes ingresados al servicio de Urgencias}} \times 100$$

e) **Fuente:** Estadísticas institucionales.

f) **Periodicidad de reporte:** mensual

g) **Observaciones:** Se debe llevar el registro de pacientes que ingresan al servicio de Urgencias. Además incluir los datos de pacientes que se derivan a otros servicios.

2.2.5 Mortalidad por enfermedades infecciosas.

2.2.5.1 Generalidades:

No más de seis enfermedades infecciosas mortales: la neumonía, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión y más recientemente el

VIH/SIDA provocan más de la mitad de todas las defunciones prematuras, causando sobre todo la muerte de niños y adultos jóvenes²⁷.

2.2.5.2 Enfermedades Transmisibles.

Enfermedad causada por un agente específico o sus productos tóxicos, que se produce por su transmisión desde una fuente o reservorio a un huésped susceptible.

Enfermedades infecciosas:

Se refiere a todas las enfermedades transmisibles, incluidas las parasitosis y las zoonosis, así como algunas formas de infecciones de las vías respiratorias y enfermedades diarreicas.²⁸

La OPS define:

- **Emergente**

Nuevas infecciones de aparición reciente en una población o Infecciones que se extendieron a nuevas zonas geográficas

- **Reemergentes**²⁹

La reaparición de una enfermedad ya conocida, después de una disminución significativa de su incidencia.

Cada tres segundos muere un niño, en la mayoría de los casos por una enfermedad infecciosa. En algunos países, uno de cada cinco niños fallece antes de cumplir cinco años. Cada día mueren de paludismo 3000 personas, tres de las cuales son niños. Cada año, 1,5 millones de personas fallecen por tuberculosis y otros ocho millones son infectados por primera vez.

²⁷“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>

²⁸“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>.

²⁹ IDEM.

Tras esas defunciones se halla una tragedia humana. Dado que esas enfermedades afectan sobre todo a los niños pequeños y los adultos ganadores del sustento, su efecto en las familias puede ser catastrófico. Los niños pueden perder al padre, a la madre o a ambos a causa de las enfermedades infecciosas. Por sí sola, la epidemia de SIDA ha dejado huérfanos a más de ocho millones de niños. Para empeorar la situación, las familias corren el riesgo de endeudarse por la pérdida de ingresos y por el alto costo de la atención de salud, entrando así en el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud.

Neumonía

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son responsables de numerosas defunciones. La neumonía, la IRA más mortal, provoca la muerte de más niños que cualquier otra enfermedad infecciosa. La mayoría de esas defunciones (el 99%) se producen en los países en desarrollo. Sin embargo, en los países industrializados son raras las defunciones infantiles por neumonía.

La neumonía afecta a menudo a los niños con insuficiencia ponderal al nacer o a aquéllos con sistemas inmunitarios debilitados por malnutrición u otras enfermedades. Sin tratamiento, la neumonía produce la muerte con rapidez. El virus gripal es otra causa de neumonía. Se dispone de muy escasa información sobre el número de muertes por gripe en los países en desarrollo. Sin embargo, sólo en los Estados Unidos la enfermedad produce la muerte de 10 000-40 000 personas en una temporada media de gripe.

VIH/SIDA

En todo el mundo más de 33 millones de personas viven con el VIH/SIDA. Todavía no existe curación a la vista. El África Subsahariana es la parte más afectada. En algunos países, hasta uno de cada cuatro adultos viven ahora con el VIH/SIDA. En Zimbabwe, el 20%-50% de las mujeres embarazadas de algunas zonas están infectadas por el VIH y existe el riesgo de que infecten a sus hijos. Un número creciente de defunciones maternas se deben ahora a infecciones

contraídas por mujeres VIH-positivas en el curso del parto. En muchos países, la esperanza de vida y las tasas de supervivencia infantil han caído en picado. En Botswana, la esperanza de vida al nacer ha descendido de 70 a unos 50 años.³⁰

Tuberculosis (TB)

La tuberculosis, enfermedad que se pensaba ya controlada, ha reaparecido con sed de venganza produciendo 1,5 millones de defunciones al año, e incluso más en combinación con el VIH/SIDA. Aproximadamente dos mil millones de personas, la tercera parte de la población mundial, presentan una infección tuberculosa latente. Constituyen en conjunto un enorme reservorio potencial de la enfermedad. La TB produce más muertes de adolescentes y adultos que cualquier otra enfermedad infecciosa. Es también una destacada causa de mortalidad en las mujeres.

Para empeorar la situación, la infección por el VIH debilita el sistema inmunitario y puede activar la infección por TB latente. También se cree que multiplica el riesgo de infección inicial por TB. Actualmente, la tercera parte aproximadamente de todas las defunciones por SIDA son producidas por la TB.³¹

2.2.6 Mortalidad por enfermedades crónica degenerativas

2.2.6.1 Enfermedades cardiovasculares: Las enfermedades cardiovasculares se refieren a una variedad de enfermedades que afectan el corazón y el árbol vascular. Dentro de ellas, las que tienen mayor impacto en la mortalidad son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca.

³⁰“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>

³¹“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>

2.2.6.2 Hipertensión arterial: La hipertensión arterial (HTA) es la expresión clínica de un proceso fisiopatológico complejo, que aislada o asociada a otros factores de riesgo supone un factor de riesgo fundamental de padecer enfermedad cardiovascular.³²

2.2.6.3 Infarto Agudo de Miocardio: El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) forma parte del síndrome coronario agudo (SCA), término que agrupa un amplio espectro de cuadros de dolor torácico de origen isquémico, los que según variables electrocardiográficas y/o enzimáticas se han clasificado en condiciones que van desde la angina inestable y el IAM sin elevación del segmento ST, hasta el IAM con supra desnivel de este segmento (SDST) y la muerte súbita. La aparición de un SCA es secundaria a la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario.

2.2.6.4 Enfermedades metabólicas

2.2.6.4.1 Diabetes Mellitus: Diabetes mellitus (DBM) es un desorden metabólico caracterizado por hiperglicemia debido a deficiencia absoluta de insulina o a reducción en su efecto biológico. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública³³. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas.³⁴ En el Perú las cifras de prevalencia oscilan entre 1.6% a 5%, sin embargo estudios hechos en Chiclayo y Lima reportan cifras de 6.9% y 7.5%, respectivamente. Se calcula una población aproximada de un millón y medio de diabéticos en el Perú.

³²“SEIS ENFERMEDADES CAUSAN EL 90% DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS” Disponible en:<http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch2text.html#Anchor1>

³³<http://www.seps.gob.pe/publicaciones/enfermedad.asp?Codigo2=422>

³⁴Untiveros Mayorga, Charlton Fernando, Núñez Chavez, Olga, Tapia Zegarra, Lenibet Miriam *et al.* “DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL II ESSALUD - CAÑETE: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS”. *RevMedHered*, ene./mar. 2004, vol.15, no.1, p.19-23. ISSN 1018-130X.

2.2.7 Mortalidad por accidentes de tránsito

2.2.7.1 **Historia "natural" del accidente de tránsito:** la historia "natural" del accidente de tránsito representa la evolución natural del accidente desde sus orígenes más remotos hasta sus consecuencias definitivas, la cual se analizará cronológicamente agrupando en etapas:

Etapas 1 y 2; pretránsito y componente; son las determinantes de la exposición y características del riesgo que se habrá de confrontar,

Etapas 3; tránsito y proceso; modo como se configuran y enfrenta el riesgo interacción usuario-vehículos y vía,

Etapas 4 y 5; post-tránsito, resultados del accidente y lesiones.

Etapas 6 y 7; síntesis del proceso y expresión de sus resultados en cifras relativas.

Esta secuencia divide el desarrollo del accidente en tres etapas: preaccidente, accidente y postaccidente, donde la primera puede ser subdividida en contexto, factores y procesos; la segunda en pérdida de control o accidente propiamente dicho y lesiones; la última en atención y resultados finales.

La prevención primaria busca evitar la ocurrencia del accidente, actúa sobre las dos primeras etapas, la prevención secundaria destinada a disminuir su gravedad está centrada en las etapas 4 y 5, y la prevención terciaria está destinada a la rehabilitación, actúa sobre la etapa 6 y 7.

Esta última es responsabilidad específica del sector salud, los accidentes y lesiones son síntomas de fallas en el funcionamiento de este sistema, que puede explicarse analizando retrospectiva o sucesivamente la interacción entre usuario vehículo y vía, los niveles de decisión del sistema y de la sociedad en que está inmerso.

2.2.7.2 Categorías en los accidentes tránsito de vehículos

A los accidentes de tránsito de vehículos de motores se les asignan las siguientes categorías V02-V04 (.1-.9), V09,2, V09,3, V12-V14 (.3-.6), V19 (.4-.6), V20-V28 (.3-.9), V29-V78 (.4-.9), V80 (.3-.5), V81,1, V82,1, V83-V86 (.0-.3), V87 (.0-.8), V89,2 y V89,9 en la CIE-10.³⁵

En la CIE-10, a las defunciones por accidentes de transporte se les asigna un código que varía según el tipo de vehículo que ocupaba la víctima y luego según las características de la persona – ocupante de automóvil o autobús, peatón, motociclista, ciclista y según si el accidente fue de tránsito o no.

Además, en la CIE-10, el certificado de muerte debe indicar claramente que estuvo involucrado un “vehículo de motor”.

Los accidentes que involucran vehículos no especificados, o donde se desconoce el medio de transporte de la víctima se clasifican como “Otros accidentes de transporte terrestre” según la CIE-10.

Debe señalarse que las defunciones asignadas a las categorías X59 en la CIE-10 y a E887 y E928 pueden incluir defunciones no especificadas que incluyen los vehículos de motor que no se especificaron en el certificado de defunción.

Como resultado de los cambios de codificación en la CIE-10, se debe tener cuidado cuando se compara la mortalidad asignada a los ATMV en ambas revisiones. Cuando sea posible, se deben usar razones de comparabilidad entre la CIE-9 y la CIE-10 para ATMV para interpretar los datos.

³⁵ “ACCIDENTES DETRÁNSITO”. Disponible en la World Wide Web: <http://www.inei.gov.pe/BibliolINEIPub/BancoPub/Est/Lib0979/parte02.pdf>

2.2.7.3 INDICADORES MAS UTILIZADOS EN LA MEDICIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO:³⁶

2.2.7.3.1 Índice de motorización. Cifra relativa que indica la relación entre vehículo y población.

Calculo:

$$\text{Índice de motorización} = \frac{\text{Nº vehículos automotores}}{\text{Nº habitantes}}$$

Uso y/o interpretación:

- Constituye una aproximación para estimar el riesgo potencial de ocurrencia de accidentes.
- Permite establecer comparaciones entre países o regiones.

Posibilidad de obtención:

- El numerador y el denominador están disponibles rutinariamente.

2.2.7.3.2 **Número de accidentes.** Cifra absoluta indica la cantidad de accidentes ocurridos en un lugar y tiempo determinados.³⁷

Uso y/o interpretación:

- Contribuye a estimar parcialmente la magnitud del problema (ocurrencia de accidentes)
- Planificación a nivel local

³⁶Glizer Isaac Miguel "PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES" OPS. Serie Pág. 1993

³⁷IDEEM.

- Es más informativo si incluye lugar, hora y fecha de ocurrencia para poder implementar las acciones que corrijan peligros de diseño de carreteras, intersecciones, etc.
- No muy útil para efectos de complicación.

Posibilidad de obtención:

- Información rutinariamente recogida por la policía de tránsito y en forma selectiva por compañías de seguro.

2.2.7.3.3 **Número de lesionados por accidentes de tránsito.** Cifra absoluta indica número de personas por accidentes de tránsito.

Uso y/o interpretación:

- Contribuye a estimar parcialmente la magnitud del problema (ocurrencia de lesionados)
- Planificación a nivel local de los servicios médicos de emergencia necesarios.
- Cálculo del costo de la atención médica.
- No útil para efectos de comparación

Posibilidad de obtención:

- Información rutinariamente recogida por la policía de tránsito y/o instituciones asistenciales.

2.2.7.3.4 **Número de defunciones por accidentes de tránsito.** Cifra absoluta indica número de personas fallecidas como consecuencia de accidentes de tránsito.

Uso y/o interpretación:

- Contribuye a estimar parcialmente la magnitud del problema (ocurrencia de muertes)

- Planificación a nivel local de los servicios médicos de emergencia necesarios.
- No muy útil para efectos de comparación

Posibilidad de obtención:

- Las muertes debido a aspectos legales, son documentadas en certificados de defunción registros médicos y agencias de seguros.

2.2.7.3.5 **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 10.000 vehículos automotores.** Cifra relativa indica número de defunciones en relación a la cantidad de vehículos.

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito 10.000 vehículos automotores.	=	$\frac{\text{Nº vehículos automotores} \times 10^4}{\text{Nº habitantes}}$
---	---	--

Uso y/o interpretación:

- Medición del riesgo de morir por accidentes de tránsito en relación con la cantidad de vehículos automotores.
- Comparación del problema entre regiones de un país y entre países.
- Evolución de accidentes en una misma región o país, si se compara en más de un instante.

Posibilidad de obtención:

- El numerador y el denominador están disponibles rutinariamente.

2.2.7.3.6 **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes.** Cifra relativa indica número de defunciones en relación a la población.

Calculo:

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes.	=	$\frac{\text{Nº defunciones por accidentes de tránsito} \times 10^5}{\text{Nº habitantes}}$
---	---	---

Uso y/o interpretación:

- Medición del riesgo de morir por accidentes de tránsito en relación con la población.
- Comparación del problema en dos o más áreas geográficas.

Posibilidad de obtención:

- La población de un área no es calculada con mucha frecuencia y se requiere el uso de estimaciones

2.2.7.3.7 **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100 millones de vehículos –Km.** Cifra relativa indica número de defunciones en relación al movimiento del parque automotor.

Calculo:

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100 millones de vehículos –Km.	=	$\frac{\text{Nº defunciones por accidentes de tránsito} \times 10^8}{\text{Km recorrido por el parque automotor} \times \text{Nº de vehículos}}$
--	---	--

Uso y/o interpretación:

- Comparación del problema entre regiones geográficas
- Evolución del problema si se compara en más de un instante.

Posibilidad de obtención:

- El número de kilómetros recorridos por vehículos usualmente es un estimado basado en cifras que son difíciles de recoger en países de escasos recursos económicos.

2.2.7.3.8 **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100 millones de pasajeros –Km.** Cifra relativa indica número de defunciones en relación al movilización de personas.

Calculo:

$$\text{Tasa de mortalidad por accidentes de transito por 100 millones de pasajeros -Km.} = \frac{\text{Nº defunciones por accidentes de tránsito} \times 10^8}{\text{Km recorrido por los pasajeros}}$$

Uso y/o interpretación:

- Comparación entre regiones/países
- Evolución del problema (si se compara en más de un instante)
- Comparación entre medios de transporte.

Posibilidad de obtención:

- No está generalmente disponible en el transporte automotor, aunque puede obtenerse para algunos servicios de transporte público.

2.2.7.3.9 **Índice de mortalidad por accidentes.** Cifra relativa indica número de defunciones que ocurren por accidentes.

Calculo:

$$\text{Índice de mortalidad por accidentes} = \frac{\text{Nº defunciones por accidentes de transito}}{\text{Nº de accidentes de transito}}$$

Uso y/o interpretación:

- Si se calcula por separado para cada área geográfica, se puede determinar la gravedad relativa en cada una de ellas.

Posibilidad de obtención:

- Obtenibles de informe policiales y de algunos registros de compañía de seguros o instituciones de salud.

2.2.7.3.10 Proporción de los accidentes de tránsito como causa de mortalidad. Cifra relativa el porcentaje que corresponde a los accidentes tránsito en el total de defunciones por todas las causas.

Calculo:	Proporción de los accidentes	=	<u>Nº defunciones por accidentes de tránsito</u>
	de tránsito como causa de mortalidad.		Nº de defunciones por todas las causas

Uso y/o interpretación:

- Evaluar la importancia de accidentes de tránsito como causa de muerte en la población.
- Obtenida del registro de defunciones.

Posibilidad de obtención:

- Obtenible del registro de defunciones.

2.2.7.4 Factores de riesgo en los accidentes de tránsito

Con el tiempo cambia el volumen del tránsito, su composición, velocidades, conductores, objetivos del viaje, etc., es decir, varia la exposición al riesgo, los agentes, los huéspedes, los medios y las circunstancias. Debido a estas razones, también difieren la cantidad de accidentes, de víctimas, su tipo y su gravedad.³⁸

Las tasas de accidentes por kilómetros recorridos son mayores por la madrugada, sobre todo en época de lluvias. La mortalidad sigue un patrón diario y semanal, con mayor incidencia en la noche y fines de semana, mientras que la morbilidad incide más en horas diurnas.

³⁸"El impacto de los accidentes de tránsito en el sector salud y la economía familiar, Managua. Enero a Diciembre 1995." Disponible en:
<http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t93/seccionc.pdf>

Estas diferencias apuntan a la influencia de factores de riesgos específicos en cada caso.

Algunos de estos factores en los accidentes nocturnos incluyen;

- a) Dificultades para la percepción
- b) Mayor velocidad relativa por disminución del volumen del tránsito
- c) Menor control policial
- d) Tipo de uso del vehículo, más vinculado con actividades sociales, en que proporcionalmente participan más conductores jóvenes, cuya experiencia es menor.
- e) Mayor índice de ocupación del vehículo y menor uso del cinturón de seguridad.
- f) Mayor incidencia de consumo del alcohol.
- g) Mayor demora en el rescate de las víctimas, menor disponibilidad de servicios de atención de emergencia.

La distribución espacial de los accidentes indica una mayor gravedad de las colisiones en áreas rurales, donde las velocidades son mayores, presentándose algunos factores de riesgo; el mayor uso de bicicletas, el tránsito de tractores y máquinas agrícolas, de vehículos de tracción animal, el transporte en algunos casos de cargas en forma inadecuada, el estado resbaladizo de las vías como resultado del barro acarreado por los vehículos, etc. Estos factores son propios de cada zona y en muchos casos tienen una variación temporal característica: accidentes en horas del crepúsculo, período de cosecha, cambios climáticos.

En áreas urbanas predominan los atropellos peatonales. Estos se distribuyen de forma distinta en áreas residenciales o en vías de tránsito rápido. También, las tasas de muertes son más altas entre las personas solteras, divorciadas y separadas que entre individuos casados..³⁹

Los grupos más vulnerables son los niños, jóvenes y ancianos. El pico de mayor incidencia se va trasladando con las edades y los modos de transporte. Así los niños sufren muchos atropellos peatonales, luego accidentes como ciclistas y más adelante en motos, para protagonizar después una elevada proporción de accidentes como conductores de automóviles entre los 18 y 25 años. En respuesta al problema de tal magnitud, el Lema de la OMS para el día de la Salud en el año 2004, es “Safe Roads”⁴⁰



³⁹Lossetti, Oscar. Trezza Fernando. Patitó, José A.” **ACCIDENTES DE TRANSITO: CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES LESIONOLOGICAS Y TANATOLOGICAS**” Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, Nº3, Pág.7-15. Disponible en: http://www.csjn.gov.ar/cmfcuadernos/2_3_7.htm

⁴⁰González del Carpio D. “**MEDICINA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO**” RevMedHered, 14 (2), 2003.

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

3.1.. NACIONAL

Castillo Urquiaga Walter, *et al.* “FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES ADMITIDOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO” 1999

Con el propósito de determinar los factores de riesgo de mortalidad hospitalaria en pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad, realizamos un estudio de casos y controles retrospectivo en 132 pacientes de 12 años o más admitidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) entre enero de 1988 y diciembre de 1997. Se estudiaron 33 fallecidos (casos) y 99 sobrevivientes (controles). Evaluamos la significancia estadística con la Prueba T de Student y Chi Cuadrado; y la asociación de los factores de riesgo con la razón de posibilidades (ODDS RATIO). 18 factores pronósticos estuvieron significativamente asociados con mortalidad: sexo masculino (OR = 2.4; IC 95%, 1.1-5.6), edad > 50 a (OR = 12.4; IC 95%, 3.2-79.6), Enf. Neoplásica (OR = 17.5; IC 95%, 2.3-420), Insuficiencia Cardíaca (OR = 5.3; IC 95%, 1.3-22.2), Enf. Cerebrovasculares (OR = 6.4; IC 95%, 1.7-26.2), Enf. Renal (OR = 13.1; IC 95%, 2.8-92), Enf. Hepática (OR = 30.4; IC 95%, 1.6-584; PHI = 0.306186) Estado Mental Alterado (OR = 27.1; IC 95%, 9.1-83.5), FR > 30/min (OR = 17.5; IC 95%, 6.4-47.6), PA diastólica < 60 mmHg (OR = 4.2; IC 95%, 1.1-15.7), T° < 36.5°C (OR = 6.7; IC 95%, 2.2-21.5), BUN > 30 MG/DL (OR = 9.4; IC 95%, 1.2-84.4), Hto < 30% (OR = 5.4; IC 95%, 1.2-28.6), Derrame Pleural (OR = 4.3; IC 95%, 1.4-12.5), Leucopenia < 6 x 10⁹/l (OR = 6.5; IC 95%, 2.3-18.4), Leucocitosis > 20 X 10⁹/l (OR = 7.1; IC 95%, 1.6-36.1), Disnea (OR = 3.7; IC 95%, 1.6-8.6) y Dolor Pleurítico (OR = 0.2; IC 95%, 0.1-0.5).

Tello-Rodríguez, Tania, Varela-Pinedo, Luis, Ortiz-Saavedra, José *et al.*
**“ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA
METROPOLITANA, 1997-2008”.**

El presente estudio tiene el siguiente **Objetivos:** Determinar la mortalidad y la estancia hospitalaria de los pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana en el periodo 1997 a 2008. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los egresos hospitalarios de pacientes mayores de 14 años de edad, obtenidos de la base de datos del Departamento de Estadística del hospital en dicho periodo. **Resultados:** En el período de 1997 a 2008 fueron hospitalizados 27 152 pacientes, el 53,66% fueron del sexo masculino. El 38,61% fue del grupo ≥ 60 años. La estancia hospitalaria en el grupo menor de 60 años fue 14,84 días y en el grupo ≥ 60 años 13,63 días ($p < 0.05$). La mortalidad hospitalaria en los menores de 60 años fue 9,6% y 14,3% en el grupo ≥ 60 años, ($p < 0.05$), en el subgrupo de 60 a 79 años fue 12,9%, mientras que en el grupo ≥ 80 años la mortalidad fue 17,6%. Los varones tuvieron mayor mortalidad que las mujeres, (58,53 % vs 41,47%)($p < 0.05$). Se observó un incremento en la hospitalización de la población mayor de 60 años en 19%, mientras que en los pacientes menores de 60 años hubo una reducción del 10%. **Conclusiones:** La mortalidad fue significativamente mayor en el grupo ≥ 60 años y en el subgrupo ≥ 80 años.

Alejandro Arrieta Herrera **“EFICIENCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD
PERINATAL EN ESSALUD: ¿SER EFICIENTE SALVA VIDAS?†”**
Universidad de Piura Abril 2010.

El principal objetivo del presente estudio es contribuir con la literatura sobre factores institucionales, estudiando la relación entre la eficiencia hospitalaria y la mortalidad y morbilidad perinatal en la segunda red hospitalaria más grande del Perú: EsSalud. El estudio presenta tres ventajas respecto a la literatura actual en el

Perú. La primera ventaja se refiere al concepto de eficiencia. Para efectos de esta investigación, la eficiencia hospitalaria se define como eficiencia técnica, es decir, a aquel proceso de producción que garantiza una mayor cantidad de servicios de salud utilizando la menor cantidad de recursos físicos y humanos. Basados en este concepto, la literatura sobre economía y administración de la salud ha analizado a los hospitales como unidades de producción de servicios de salud integral o de áreas específicas de cuidado de salud primaria o secundaria (Hollingsworth 2003). Un ejemplo de este último caso es la comparación de 49 hospitales británicos en el área de cuidado neonatal (Hollingsworth and Parkin 2001) que permitió definir un ranking de hospitales por nivel de eficiencia técnica.

Los conceptos de eficiencia y gestión están estrechamente vinculados, y si bien en el Perú no existen estudios que aborden el tema de eficiencia hospitalaria (Barrantes, Cuba et al. 2008), algunos estudios resaltan el impacto que la gestión hospitalaria tiene sobre resultados de salud, sobre todo en la atención materno-perinatal (Guzmán 2002; Yamin, Ríos et al. 2002; MINSA 2003) en donde la capacidad resolutoria ligada a deficiencias en infraestructura, recursos humanos e insumos puede definir la sobrevivencia materna o perinatal.

La segunda ventaja del presente estudio es la estimación de mortalidad perinatal basada en registros clínicos. En el Perú, la estimación de mortalidad perinatal se basa en la encuesta demográfica y de salud (DHS o ENDES). Sin embargo, existen serias limitaciones en la estimación de tasas de mortalidad cuando se utilizan encuestas de salud, sobre todo en el componente de partos mortinatos que usualmente es sub-estimado por los encuestados. Una mejor alternativa de medición y estudio de la mortalidad perinatal es a través de datos administrativos hospitalarios (Espíritu, Sacieta et al. 2007; Santiago, Barboza et al. 2009). En el caso del Perú, los autores encontramos por ejemplo que la ficha puede tardar 20 minutos en ser llenada adecuadamente, y que en muchos establecimientos los nacimientos registrados en el SIP no llegan al 20% del total de nacimientos reales, experiencia que ha sido reconocida por el CLAPDH (Simina 1999).

3.2. INTERNACIONAL

Martínez Bejarano, Rubby Marcela (2001), “EQUIDAD EN SALUD. UN ANÁLISIS DESDE LA MORTALIDAD DIFERENCIALPOR RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO” BOGOTÁ 2001. El presente estudio tiene el siguiente antecedente sobre la equidad en salud es uno de los determinantes importantes en la equidad social. Por lo tanto evitar las inequidades en salud debe ser uno de los temas prioritarios en las políticas de salud. En 1993 Colombia adoptó con la ley 100 un régimen de seguridad social basado en los principios de Universalidad, Solidaridad, Equidad, Eficiencia e Integralidad, cuya prestación de servicios se hace a través de dos regímenes de aseguramiento: el contributivo (población con capacidad de pago) y el subsidiado (para atender población de bajos recursos). El presente es un estudio transversal, en el cual se usaron indicadores relacionados con la salud agregados según edad, sexo y régimen de aseguramiento. En el análisis de la información se usaron los siguientes métodos: 1) análisis univariado 2) análisis bivariado 3) tabulación de valores para indicadores seleccionados. Para este estudio se procesaron la totalidad de los certificados de defunción registrados en Bogotá en el 2001. Se tomaron como denominadores de las tasas (población expuesta al riesgo) la población total de Bogotá adoptada para dicho año por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá agrupada por sexo y grupos de edad y la población afiliada a cada uno de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los resultados muestran una sobre mortalidad general del régimen subsidiado frente al régimen contributivo en todos los grupos de edad pero principalmente para los menores de un año en enfermedades infecciosas como la Neumonía y la diarrea , para los grupos de edad de 15 a 59 años en la mortalidad por agresiones y en los grupos de edad de 15 a 59 años en la mortalidad por enfermedades objeto de múltiples programas de prevención como son: la enfermedad por VIH, el cáncer de cuello uterino, el tumor maligno de mama; entre otros.

Torres, Ana Cristina; Knaul, Felicia Marie, “DETERMINANTES DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD E IMPLICACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN MÉXICO” (1992-2000)

En este trabajo se analiza el gasto de bolsillo en salud en México y los principales factores asociados que conducen a que dicho gasto sea catastrófico (mayor a 30% del gasto total menos el gasto en alimentos) para las familias. Se basa en el marco desarrollado por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Este marco plantea la justicia en el financiamiento de la salud como un objetivo intrínseco de todo sistema de salud.

La protección financiera junto con la justicia y la calidad, han sido identificados como los tres grandes retos del sistema de salud en México (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006; 2001). Según los resultados de la OMS, México ocupa el lugar 144 entre 191 países en cuestión de protección financiera, lo que sugiere que ésta constituye uno de los mayores retos del sistema de salud (OMS, 2000). El pobre desempeño de México en cuanto a la justicia en el financiamiento de la salud se debe principalmente a la falta de un esquema de prepago para más de la mitad de la población que constituyen la población informal o no trabajadora, y que por lo mismo carece de aseguramiento formal. El Sistema de Salud mexicano es un sistema mixto y fragmentado compuesto tanto de servicios públicos y de seguridad social, como de servicios privados.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, alrededor de 60% de las personas que tienen acceso a dichos servicios lo hacen a través de las instituciones públicas de la Secretaría de Salud y cerca de 40% (la población trabajadora en el sector formal) a través de las instituciones de seguridad social como son el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

El financiamiento del sistema se basa en el pago de impuestos, las contribuciones obrero-patronales y el pago de primas privadas. El gasto total en salud en México

representa 5.8% del PIB, y aproximadamente 58% del gasto total en salud proviene del propio bolsillo de las familias (SSA, 2003).

La falta de protección financiera se traduce no sólo en gastos catastróficos, sino también en la falta de atención y en necesidades de salud insatisfechas. Este documento se basa en el trabajo de investigación titulado *Análisis del gasto de bolsillo en salud en México*, desarrollado por la autora para obtener el título profesional de licenciada en Economía en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Dicho trabajo ha sido reconocido con el segundo lugar del Premio Banamex de Economía 2003 en la categoría de Tesis de Licenciatura. Asimismo, contó con el apoyo del Centro de Análisis Social y Económico para la Salud de FUNSALUD, y de la Alliance for Health Policy and Systems Research.

Ramírez Humberto, “EVALUACIÓN DE LA COBERTURA EN ASEGURAMIENTO Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN” 2001

Se evaluó la cobertura de afiliación al régimen subsidiado y se determinó la accesibilidad a los servicios de salud en la población más pobre y vulnerable del municipio de Medellín. Es un estudio evaluativo-descriptivo de tipo transversal mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada a una muestra representativa de 1,200 afiliados seleccionado aleatoriamente con afijación proporcional en las zonas, comunas y corregimientos de Medellín. Incluyó el análisis de 223,459 registros de afiliados al régimen subsidiado extraídos de las bases de datos para la obtención de los indicadores de cobertura. El estudio arrojó los siguientes resultados: insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad para la elección de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de

salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Por cada 100 personas afiliadas a SISBEN nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados al régimen subsidiado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, verdadero objetivo de este régimen.

Rayego Rodríguez J, Rodríguez-Vidigal F. F, Mayoral Martín L., Álvarez-Oliva A., Najarro Díez F. “MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL 2006”⁴¹

El presente estudio cuenta con los siguientes Objetivos: Nuestro objetivo fue conocer las causas de muerte más frecuentes en los pacientes hospitalizados, identificar variables clínicas y analíticas asociadas a cada causa y determinar diferencias según el género. Se realizó una revisión sistemática y retrospectiva de 113 informes médicos de pacientes fallecidos, que correspondían al 26% de todos los fallecimientos ocurridos en el Servicio de Medicina Interna entre marzo de 2002 y noviembre de 2004. En cada caso se registraron variables epidemiológicas, historia clínica previa, parámetros bioquímicos y hematológicos, la causa de la muerte y complicaciones intrahospitalarias. El estudio llegó a los siguientes Resultados: La edad media fue de 79 ± 10 años y el 58,4% de los casos correspondieron a varones. Tuvieron ingreso previo un 38% y el 45% se encontraba en una clase funcional III-IV. Los hombres fallecieron a una edad más temprana que las mujeres ($76,6 \pm 10,3$ frente a $82,3 \pm 8,0$ $p < 0,002$) y con más frecuencia tuvieron antecedentes de enfermedad broncopulmonar crónica (43% frente a 19%, $p < 0,04$); sin embargo, las mujeres tuvieron peor situación ventilatoria al ingreso. Las principales causas de muerte fueron cardiopulmonares (56% en total, un 34% por insuficiencia respiratoria, 14% por neumonía y 8% por edema agudo de

⁴¹ Rayego Rodríguez J., Rodríguez-Vidigal F. F., Mayoral Martín L., Álvarez-Oliva A., Najarro Díez F. “MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL”. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2010 Abr 17]; 23(9): 406-410. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000900002&lng=es. doi: 10.4321/S0212-71992006000900002.

pulmón), seguidas de las causas neurológicas (25%, un 23% por ictus) y por un 19% de otras causas (neoplasia, fracaso multiorgánico, insuficiencia hepática e insuficiencia renal). Los fallecidos de causa cardiopulmonar habían tenido un ingreso previo con mayor frecuencia ($p < 0.04$). Los fallecidos por causa neurológica tenían al ingreso cifras más elevadas de tensión arterial sistólica y diastólica ($p < 0.0001$), mayor frecuencia de antecedentes de hipertensión arterial ($p < 0.0001$) y en mayor proporción fiebre nosocomial ($p = 0.0001$). Por último establece las siguientes Conclusiones: los hombres fallecen a edad más temprana que las mujeres y las principales causas de muerte son las enfermedades cardiopulmonares seguidas de las neurológicas. La hipertensión arterial se presenta al ingreso con mayor frecuencia en los fallecidos por causa neurológica.

Cueto Medina, Alain Parellada Blanco, Jaime Hernández Pedroso Wilfredo² y Gómez Sánchez, Alberto “COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL ISMM EN EL PERÍODO 2004 – 2005”

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el Instituto Superior de Medicina Militar Hospital Luís Díaz Soto. Se analizó una muestra de 55 pacientes fallecidos por accidente de tránsito en el período 2004 – 2005. El sexo predominante fue el masculino con un 72.2%, el femenino presentó un 27,3%, ($p = 0.001$; $p < 0,05$). La media para la edad fue de 40.96 ± 15.4 . La localización predominante de la lesión fue la cráneo-facial (43.6%), seguido de la localización múltiple con un 40%. El atropellamiento por vehículos de motor fue el tipo de accidente más frecuente (29.1%). Con evolución del trauma menor de 4 horas la mayor cantidad de pacientes fallece en los servicios de emergencia (38%) y salón (20%), y con evolución del trauma mayor de 4 horas en la sala de terapia intensiva (33%).

Turrubiarte-Guillén N, Reyes-Morales H, Fernández-Cantón S, Gutiérrez-Trujillo G, **“MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, MEXICO 1991-2004”⁴²**

El presente estudio tiene los siguientes objetivos: analizar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades infecciosas (diarreicas, respiratorias agudas y tuberculosis pulmonar) y crónicas no transmisibles (cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón) en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en población derechohabiente usuaria de los servicios de salud del IMSS y en población no derechohabiente, durante el periodo 1991 a 2004. Se realizó un estudio descriptivo en el que se calcularon las tasas anuales de mortalidad nacional para las causas seleccionadas, por grupos específicos de edad en población derechohabiente y no derechohabiente. Las defunciones se obtuvieron de los registros oficiales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y del Sistema de Mortalidad del IMSS. Los datos de población se obtuvieron de las proyecciones del Consejo Nacional de Población y de los registros del IMSS. El estudio llegó a los siguientes Resultados y conclusiones: la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar y cáncer cervicouterino, tuvo un comportamiento descendente; la de cáncer de mama, diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón fue ascendente. La mortalidad por todas las causas analizadas fue más elevada en la población no derechohabiente, excepto la de diabetes mellitus que fue más alta en la derechohabiente. Lo anterior se puede explicar por las características socioeconómicas de las poblaciones estudiadas y por las de los servicios de salud.

⁴²Turrubiarte-Guillén N, Reyes-Morales H, Fernández-Cantón S, Gutiérrez-Trujillo G **“MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, 1991-2004”** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): 111-120 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2006/e-ims06-1/em-ims061k.htm>

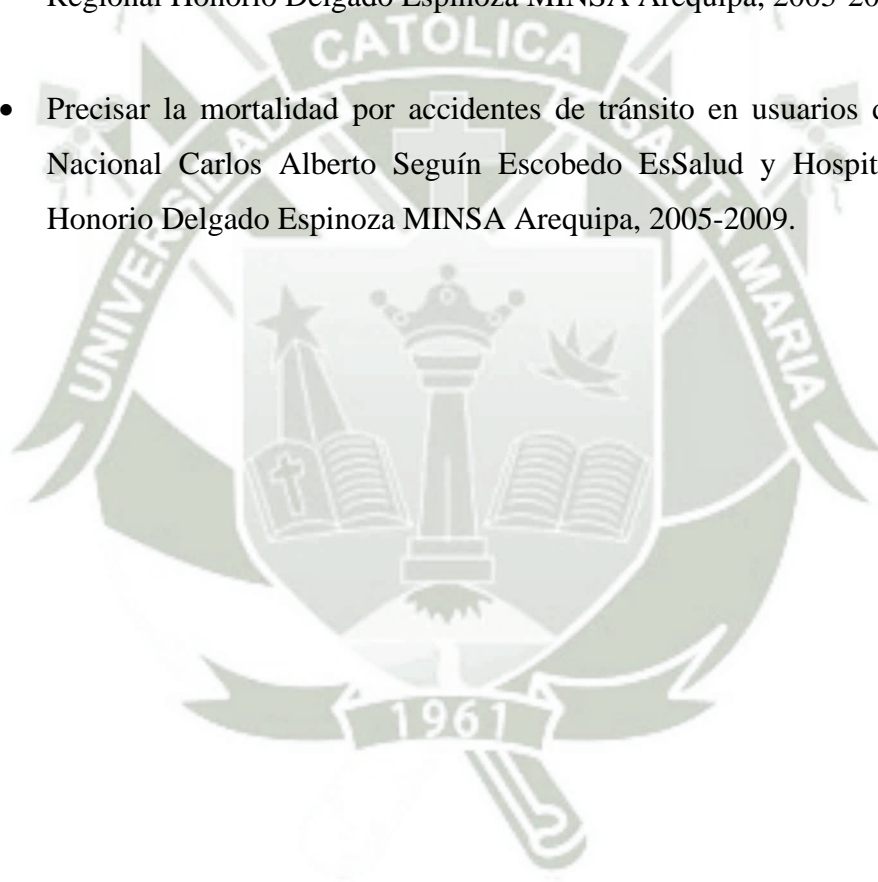
Hernández-Torres Jinneth, Avila-Burgos Leticia, Valencia-Mendoza Atanacio, Poblano-Verástegui Ofelia. “EVALUACIÓN INICIAL DEL SEGURO POPULAR SOBRE EL GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD EN MÉXICO”. 2008 ⁴³

El presente estudio tiene los siguientes **Objetivo:** Estimar el resultado inicial del Seguro Popular de Salud (SPS) sobre el gasto catastrófico en salud (GC) de los hogares. Adicionalmente se estimó la relación de otros factores de importancia sobre el GC. El presente es un estudio transversal a partir de la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular levantada en los estados de Colima y Campeche en el segundo semestre del año 2002. El estudio se llevó a cabo en el primer semestre del año 2005. Se estimó primero la relación del SPS y otras variables con el GC mediante un modelo probit. Después se estimó nuevamente la relación de las covariables y el GC tomando en cuenta la endogeneidad del GC con la afiliación al SPS, utilizando para ello un modelo probit bivariado. Finalmente, se realizaron algunas simulaciones para ver con más detalle la influencia de la utilización por tipo de servicio sobre el GC. Obtuvo los siguientes Resultados: Para los hogares afiliados al SPS la probabilidad de incurrir en GC fue casi 8 % menor, en comparación con los hogares no afiliados, controlando por las demás covariables y se corrigió por la endogeneidad. La probabilidad de GC siempre fue menor para los afiliados, independientemente del tercil económico al que pertenecían y del tipo de servicio utilizado. El estudio llegó a los siguientes conclusiones: Los resultados del estudio sugieren que el SPS está protegiendo financieramente a los hogares; sin embargo, aún constituye un reto llegar a la meta de reducción del 75 % del GC.

⁴³Hernández-Torres Jinneth, Avila-Burgos Leticia, Valencia-Mendoza Atanacio, Poblano-Verástegui Ofelia. **“EVALUACIÓN INICIAL DEL SEGURO POPULAR SOBRE EL GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD EN MÉXICO”**. Rev. salud pública [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2009 Dic 05]; 10(1): 18-32. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100003&lng=es. doi: 10.1590/S0124-00642008000100003.

4. OBJETIVOS:

- Precisar la mortalidad por enfermedades infecciosas en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.
- Precisar la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.
- Precisar la mortalidad por accidentes de tránsito en usuarios del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa, 2005-2009.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumentos de verificación.

1.1. Técnica

Observación documental

1.2. Instrumento

Ficha de observación

1.3. Prototipo instrumento



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MAESTRIA DE GERENCIA EN SALUD

FICHA DE OBSERVACIÓN

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN:

- LUGAR:.....
- FECHA:.....
- NUMERO TOTAL DE USUARIOS:.....
- FUENTE DE ASEGURAMIENTO:.....
- DIRECCIÓN:.....

I. MORTALIDAD HOSPITALARIA

2.1. MORTALIDAD HOSPITALARIA POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Años	MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
	Neumonía		VIH/SIDA		Tuberculosis	
	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD
2005						
2006						
2007						
2008						
2009						
TOTAL						

2.2.MORTALIDAD HOSPITALARIA POR ENFERMEDADESCRÓNICA DEGENERATIVAS

Años	MORTALIDAD POR ENFERMEDADESCRÓNICA DEGENERATIVAS					
	Enfermedades cardiovasculares INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO		Enfermedades cardiovasculares HIPERTENSIÓN ARTERIAL		Enfermedades metabólicas DIABETES MELLITUS	
	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD
2005						
2006						
2007						
2008						
2009						
TOTAL						

2.3. MORTALIDAD HOSPITALARIA POR ACCIDENTES DE TRANSITO.

Años	MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSITO.					
	Lesiones en el conductor de un vehículo		Lesiones en el ocupantes de un vehículo		Lesiones en el peatón víctima de un accidente vial	
	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD	HRHDE MINSA	HNCASE ESSALUD
2005						
2006						
2007						
2008						
2009						
TOTAL						

2. Campo de verificación:

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará en el Hospital Nacional Carlos Augusto Seguin Escobedo EsSalud – Arequipa, situado en la Esquina Peral - Ayacucho S/N – Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA, Arequipa.

2.2 Ubicación temporal

El horizonte temporal del estudio está referido entre Enero del 2005 a Diciembre del 2009, por tanto es un estudio coyuntural.

2.3 Unidades de estudio

Las Unidades de estudio están constituidas por las historias clínicas de las defunciones del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud y del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA, Arequipa.

2.4 Universo:

Todas las historias clínicas de las defunciones de la población asegurada del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Es EsSalud y del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

2.5 Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas de las defunciones con contratos de afiliación vigente, y que haya accedido al aseguramiento de los servicios de salud de los dos establecimientos de salud durante el período 2005-2009.

2.6 Criterios de exclusión:

Se excluirá a los pacientes con contratos de afiliación caducados y cuyos formatos de atención no sean ubicables o contengan datos incompletos o poco legibles.

3. Estrategias de recolección de datos

3.1 Organización:

Se revisará cada formato de registro de afiliación teniendo en cuenta las definiciones operacionales y reglas de registro o validación 2009 en las que se detallaran los motivos de rechazo de prestaciones.

3.2 Recursos:

- **Humano:** el investigador.
- **Físicos:** Registro de afiliación, Consignación de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Estadísticas institucionales de mortalidad hospitalaria, certificados de defunción según Registro Nacional de Identificación Estado Civil (RENIEC).
- **Económico:** el trabajo será autofinanciado, considerando gastos de impresión de las fichas, de los informes previos y materiales de escritorio.

3.3. Criterios o estrategias para manejar resultados:

- **Plan de clasificación:** se empleará una matriz de sistematización de datos en la que será transcritos los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz será diseñada en una hoja de cálculo electrónico (Excel 2007).
- **Plan de codificación:** la identificación de los pacientes se mantendrá en reserva mediante el uso de registro de afiliación mediante la codificación de la escala nominal y ordinal.
- **Plan de recuento:** el recuento de los datos será electrónico, en base de la matriz de datos diseñada en la hoja de cálculo.
- **Plan de análisis de datos – diseño estadístico:** se aplicará pruebas de estadística descriptiva para datos paramétricos que corresponden a variables con escala ordinal. Para los datos paramétricos se empleará distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

- **Plan de tabulación:** se procederá a evaluar cuadros de tipo literal y numérico de entrada simple y de entrada doble, según corresponda.
- **Plan de graficación:** se empleará la clase gráfica más conveniente de acuerdo a los datos a exponer (histograma).

