

Uso de servicios de urgencias en Perú: un estudio epidemiológico de patrones de atención

Use of emergency department services in Peru: An epidemiological study of care patterns

Walter Enrique Prudencio-León^{1,2,a}, Roberto Carlos Romero-Onofre^{3,4,b}, María Verónica Changano-Rodríguez^{5,c}, Santos Lucio Chero-Pisfil^{5,6,d}, Aimeé Yajaira Díaz-Mau^{5,6,d}, Alejandro André Chero-Aranda^{7,e}, Gladys Liliana Ibarra-Cosavalente^{8,f}

¹ Universidad Peruana Union. Lima, Perú.

² Clínica Javier Prado. Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.

⁴ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

⁵ Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

⁶ Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

⁷ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

⁸ Hospital Militar Central del Perú Coronel Luis Arias Schreiber. Lima, Perú.

^a Médico Especialista en Epidemiología.

^b Médico Especialista en Administración en Salud, Doctor en Gestión en Salud.

^c Enfermera Especialista en Epidemiología en Enfermería, Magíster en Salud Pública.

^d Fisioterapia Cardiorespiratorio, Doctor en Educación.

^e Estudiante.

^f Licenciada en Enfermería.

Información del artículo

Citar como: Prudencio-León WE, Romero-Onofre RC, Changano-Rodríguez MV, Chero-Pisfil SL, Díaz-Mau AY, Chero-Aranda AA, Ibarra-Cosavalente GL. Uso de servicios de urgencias en Perú: un estudio epidemiológico de patrones de atención. *Health Care & Global Health*.2026;10(2):102-110.

DOI: 10.22258/hgh.v10i2.402

Autor corresponsal

Walter Enrique Prudencio León
Dirección: Av. Los Pinos 865 – Chaclacayo
Email: wpl29@hotmail.com; walterprudencio@upeu.edu.pe
Teléfono: (511) 999671847

Historial del artículo

Recibido: 8 de febrero de 2026
Primera decisión editorial: 28 de febrero de 2026
Versión revisada recibida: 29 de abril de 2026
Aceptado: 1 de mayo de 2026
Publicado en línea: 15 de junio de 2026

Proceso de revisión:

Tipo de revisión: revisión por pares doble ciego
Número de revisores externos: 02
Rondas de revisión: 1



Resumen

Objetivos: Evaluar la frecuencia, distribución y condiciones patológicas que motivan la atención en los servicios de urgencias del sistema de salud peruano, así como su variación según edad, sexo, ubicación geográfica y tipo de prestador por subsistema durante el periodo 2018-2024.

Materiales y Métodos: Desarrollamos un estudio observacional retrospectivo, donde analizamos el comportamiento de la atención en el servicio de urgencias a partir de la base de datos administrativa de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). **Resultados:** Durante el periodo estudiado se observó 67,4 millones de atenciones a los servicios de urgencias con una concentración del 46,6% en Lima, mayormente en establecimientos II-2, II-1 y III-1. Los motivos de atención más frecuente incluyen síntomas y signos inespecíficos (CIE-10: R00-R99, 20,2%), enfermedades respiratorias (CIE-10: J00-J99, 16,2%) y los traumatismos (CIE-10: S00-T98, 14,3%), con variaciones por edad y sexo. La población pediátrica, con 18,2 millones de atenciones, presenta una alta incidencia de infecciones respiratorias (31,9%) y enfermedades infecciosas (12,2%), mientras que los adultos consultan más por síntomas inespecíficos (18,8%) y traumatismos (15,2%). **Conclusión:** El estudio revela una alta demanda en los servicios de urgencias peruanos, concentrada en Lima. Predominan consultas por síntomas inespecíficos, enfermedades respiratorias y traumatismos, con variaciones por edad y sexo. Los niños acuden más por respiratorias predominantemente infecciosas, mientras que los adultos, por síntomas inespecíficos y traumatismos. Los hallazgos sugieren la necesidad de evaluar el rol de la atención primaria en la demanda de los servicios de urgencias.

Palabras clave: Emergencias; Servicios de Salud; Epidemiología; Sistemas de Salud; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: To evaluate the frequency, distribution, and pathological conditions driving the use of emergency services in the Peruvian health system, as well as their variation according to age, sex, geographic location, and type of provider by subsystem during the period 2018–2024. **Materials and Methods:** We conducted a retrospective observational study analyzing patterns of emergency department utilization using the administrative database of the National Superintendence of Health (SUSALUD). **Results:** During the study period, 67.4 million emergency department visits were recorded, with 46.6% concentrated in Lima, primarily in level II-2, II-1, and III-1 facilities. The most frequent reasons for visits included nonspecific symptoms and signs (ICD-10: R00–R99, 20.2%), respiratory diseases (ICD-10: J00–J99, 16.2%), and injuries (ICD-10: S00–T98, 14.3%), with variations by age and sex. The pediatric population, accounting for 18.2 million visits, showed a high incidence of respiratory infections (31.9%) and infectious diseases (12.2%), whereas adults more commonly presented with nonspecific symptoms (18.8%) and injuries (15.2%). **Conclusion:** The study reveals a high demand for emergency services in Peru, concentrated in Lima. Visits are predominantly due to nonspecific symptoms, respiratory diseases, and injuries, with variations by age and sex. Children more frequently present with predominantly infectious respiratory conditions, while adults present more often with nonspecific symptoms and injuries. These findings suggest the need to evaluate the role of primary care in shaping demand for emergency services.

Keywords: Emergencies; Health Services; Epidemiology; Health Systems; Peru (Source: MeSH, NLM).

Introducción

Los servicios de urgencias (SU) son la primera línea de respuesta ante situaciones críticas, garantizando atención inmediata a pacientes con riesgo vital ^[1]. Su función esencial abarca la continuidad de la atención, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La normativa peruana define la emergencia médica o quirúrgica como toda condición imprevista que requiere atención inmediata para evitar la pérdida de vida, la afectación de la salud o secuelas incapacitantes ^[2].

La atención ininterrumpida de los SE es crucial, sirviendo también como puerta de entrada al sistema de salud, especialmente para poblaciones con acceso limitado a otros niveles de atención. La investigación de la frecuentación de estos servicios es vital para optimizar la asignación de recursos, mejorar la calidad de la atención y fortalecer la vigilancia epidemiológica. El análisis de patrones de uso revela las patologías prevalentes, permitiendo una planificación sanitaria efectiva y la detección temprana de brotes y eventos de salud pública ^[3].

La demanda de atención se incrementa anualmente, especialmente en el sector público, generando saturación y afectando la percepción del servicio ^{[3][4][5][6][7]}. Comprender la epidemiología de los pacientes que acuden a los SE es fundamental para adaptar la atención a las necesidades reales. Los datos abiertos de SUSALUD ^[8] son una herramienta clave para fortalecer el sistema de salud peruano, promoviendo la transparencia, la investigación y la toma de decisiones informadas.

La investigación impulsa la innovación y el desarrollo en los SE, generando conocimiento para mejorar la práctica clínica, la gestión y la formación profesional; es esencial para garantizar la eficiencia, equidad y calidad de la atención, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en salud pública.

A pesar de la importancia de estos datos, existen pocas publicaciones sobre la dinámica de atención de emergencia en el sistema de salud peruano ^{[6][7]}. Por ello, este estudio tiene como objetivo evaluar la frecuencia, distribución y condiciones patológicas que motivan la atención en los servicios de urgencias del sistema de salud peruano, así como su variación según edad, sexo, ubicación geográfica y tipo de prestador por subsistema durante el periodo 2018-2024.

Materiales y métodos

Diseño y lugar de estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional retrospectivo con el objetivo de analizar la dinámica de la búsqueda de atención en los servicios de urgencias del sistema de

salud peruano durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2018 y el 31 de diciembre del 2024.

La información para el estudio se obtuvo del sistema electrónico de transferencia de información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). La base de datos fue descargada el 15 de febrero del 2025. Esta información es accesible a través de la página web de SUSALUD ^[8], la cual reporta las atenciones realizadas en las IPRESS de los diferentes subsistemas de salud peruano, como son: Las Direcciones Regionales de Salud, el Seguro Social (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, el Sector Privado y otras Instituciones.

Las bases de datos abiertas de SUSALUD contienen información sobre la morbilidad atendida en los servicios de emergencias. La morbilidad atendida se codifica según la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) ^[9]. En el presente estudio no se ha realizado ninguna validación de la misma de los diagnósticos de estas bases de datos. Además, incluye el número total de atendidos por mes, el tipo de IPRESS, el lugar del servicio de salud que brindó la atención (departamento, provincia y distrito), así como la edad y sexo del paciente atendido.

Criterios de selección

Se incluyen todos los casos registrados con diagnóstico CIE-10 que recibieron atención en los servicios de urgencias.

Definición de variables

Las patologías identificadas y agrupadas según el CIE-10 fueron evaluadas por las siguientes variables: sexo (masculino, femenino), la edad, el subsistema donde fueron atendidos los casos (MINSA, EsSalud, Sanidad, Privados y Otros) y el año del reporte de la atención (2018, 2024). Para estimar las tasas de atención utilizamos la población por departamento del INEI ^[10].

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico del estudio se utilizó el programa STATA versión 18.5 para Windows (StataCorp, College Station, TX, EUA) y Excel 365 (Microsoft, WA, EUA) para la gestión y procesamiento de datos. Se desarrolló un análisis descriptivo en el cual representaron las variables estudiadas en tablas de frecuencia con porcentajes absolutos y relativos. Para el análisis inferencial se aplicó el Chi cuadrado, considerando como significativa valores de $p < 0,05$. Se utilizaron gráficos de doble entrada para detallar dinámicamente las características encontradas.

Criterios éticos

El estudio utilizó fuentes de datos secundarios anonimizados obtenidos de la página web de SUSALUD ^[8], por lo que

no fue sometido a la revisión por un comité de ética. La información se encuentra agrupada de forma mensual por centro de atención y no incluye identificadores personales. Se garantizó la confidencialidad de la información y se respetarán los principios éticos de la investigación biomédica.

Resultados

Durante el período comprendido entre 2018 y 2024, se registraron 67 467 581 visitas a los servicios de urgencias, con un promedio anual de 9,6 millones de atenciones, lo que equivale a 26 430 atenciones diarias. La tasa promedio anual de atenciones en urgencias fue del 29,3% con una variación significativa a lo largo del periodo ($p=0,001$). Se observó un rango mínimo del 14% en 2020 y un máximo del 35,9% en 2019, previo a la pandemia.

En el año 2024, la tasa de atención en el país fue del 30,8%, observándose la mayor tasa de atención en la Región Callao con 64,7% y la menor en el departamento de Ucayali con 8,9% (Figura 1). En la Tabla 1 se describen las tasas de atenciones por departamento y su evolución anual, observándose diferencias notables entre los valores nacionales y departamentales.

El análisis demográfico revela que el 26,8% de las visitas correspondieron a la población pediátrica y el 73,1% a la población adulta. El 56,65% de las visitas realizadas pertenecieron al sexo femenino, con una razón hombre:

mujer de 0,7:1, aunque en la población pediátrica predominó el sexo masculino con un 52,9% (Tabla 2).

El 77,5% de las visitas se realizaron en establecimientos de salud de las categorías II-2 (31,3%), II-1 (26,4%) y III-1 (19,7%). El departamento de Lima concentró el 46,6% del total de visitas, y junto con el Callao, Arequipa, Ica y Áncash, representan el 68,3% de todas las atenciones. En contraste, los departamentos de Huancavelica y Madre de Dios representaron menos del 1% del total de las atenciones. Sin embargo, al obtener las tasas de atenciones según la población total para cada año analizado, el departamento del Callao presentó la mayor tasa anual promedio de atenciones con un 55,8%, mientras que el departamento de Piura presentó la menor tasa anual promedio de atenciones con un 10%.

En referencia a los proveedores de la atención, el 40,3% de las atenciones se realizaron en establecimientos del MINSA, el 37,8% en ESSALUD y el 19,6% en los servicios de salud privados.

El análisis de los diagnósticos reveló que los capítulos más frecuentes de atención según la CIE-10 fueron los "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio" (CIE-10: R00-R99) con un 20,2%, destacando dolor abdominal (CIE-10: R10), fiebre (CIE-10: R50), náuseas (CIE-10: R11) y cefalea (CIE-10: R51). El segundo capítulo más frecuente fue "Enfermedades del aparato respiratorio" (CIE-10: J00-J99) con un 16,2%, con faringitis (CIE-10: J02), rinofaringitis (CIE-10: J00), infecciones respiratorias (CIE-10: J06) y asma (CIE-10:

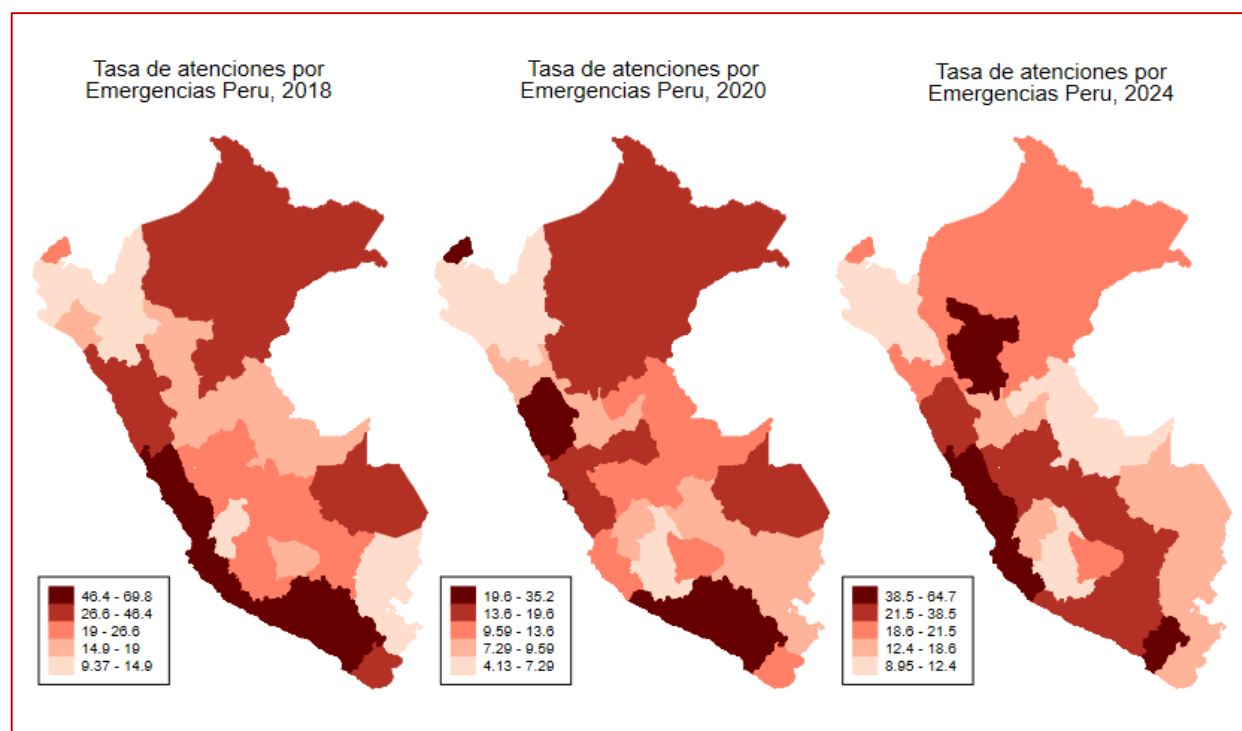


Figura 1. Mapa coroplético de la tasa de atenciones en la emergencia por departamentos.

Tabla 1. Tasa de atenciones por emergencias y departamento 2018 – 2024.

Lugar	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
País							
Perú	35,9	31	14,1	26,7	33	34,2	30,8
Departamentos							
Amazonas	14,5	12,4	7,26	13,7	19,4	19,8	20,3
Ancash	34,1	29,8	20,1	30,2	35	36,2	35,3
Apurímac	18,7	14,4	12,7	15,3	20,7	21,1	20,6
Arequipa	56,8	40,4	20,5	36,3	50,5	51,1	32,3
Ayacucho	19,1	13,2	7,28	19,3	22,1	14,8	11,8
Cajamarca	13,3	16,5	4,13	8,36	9,61	10,7	11,7
Callao	61,7	52,8	24,6	52,2	68,1	66,7	64,7
Cusco	20	20	9,55	16,2	22,7	25,9	28,1
Huancavelica	9,37	10	7,29	13,7	16,3	21,2	12,6
Huánuco	18,5	15,1	8,72	15,9	17,6	16,9	13,5
Ica	62,6	57,7	13	28,9	42,4	48,5	49,8
Junín	19,5	20	13,4	23,5	27,1	24,3	22,4
La libertad	28,7	22,3	7,53	12,5	17	18,1	19,7
Lambayeque	15,3	9,77	4,25	5,75	12,2	14,5	12,2
Lima	55,3	47,9	19,1	33,2	45,9	48,6	44,1
Loreto	30,1	28,1	16,2	26,2	26,4	25,3	20,6
Madre de dios	27,2	21,6	15,2	32,4	37,5	20,9	15,4
Moquegua	69,8	53,4	35,2	44,1	45,3	45,5	42,1
Pasco	20,2	14	15,7	24,2	24,3	21,3	23,9
Piura	12,4	9,99	5,3	9,06	10,5	12	10,7
Puno	10,4	9,09	8,22	13,1	13,9	16,3	17,6
San Martín	18,9	18,8	13,9	91,3	39,5	44,2	41,6
Tacna	37,5	28,6	9,62	23,9	50,8	43,7	16,4
Tumbes	26	22	27,1	44,8	34,7	31	19,8
Ucayali	16,1	14,8	10,9	20,1	24,5	16,8	8,95

J45) como principales diagnósticos. El tercer capítulo fue “Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas” (CIE-10: S00-T98) con un 14,3%, resaltando heridas de cabeza (CIE-10: S01), traumatismos superficiales (CIE-10: T00), esguinces de tobillo (CIE-10: S93) y heridas de muñeca (CIE-10: S61) (**Tabla 3**).

En la población pediátrica, se registraron 18 211 039 atenciones, con predominio del sexo masculino. La distribución por edad fue: menores de 1 año (14,5%), 1-4 años (38,8%), 5-9 años (28,4%), 10-14 años (18,3%). El 85,3% de las visitas ocurrieron en establecimientos II-2, II-1, III-1 y III-2. Lima concentró el 48,5% de las

visitas. Los principales proveedores de la atención fueron MINSAs (42,8%) y EsSalud (34,1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias (CIE-10: J00-J99) con un 31,9%, los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (CIE-X: R00-R99) con un 23,9%, y ciertas enfermedades infecciosas (CIE-10: A00-B99) con un 12,2%.

En la población adulta, predominó el mayor número de atenciones en el sexo femenino. El 79,1% de las visitas ocurrieron en establecimientos II-2, II-1 y III-1. Lima concentró el 46,1% de las visitas. Los principales subsistemas que prestaron la atención de emergencia

Tabla 2. Característica de las atenciones en los servicios de emergencias 2018 – 2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	11 338 875 (16,7%)	9 949 002 (14,7%)	4 593 115 (6,8%)	8 806 151 (13%)	11 023 376 (16,3%)	11 535 298 (17%)	10 496 299 (15,5%)
Sexo							
Masculino	4 925 438 (43,4%)	4 321 486 (43,4%)	2 013 319 (43,9%)	3 839 055 (43,7%)	4 739 706 (43,1%)	4 968 327 (43,1%)	4 528 868 (43,2%)
Femenino	6 413 077 (56,6%)	5 627 211 (56,6%)	2 573 815 (56,1%)	4 955 554 (56,3%)	6 267 527 (56,9%)	6 551 802 (56,9%)	5 953 787 (56,8%)
Edades							
Menores de un año	520 155 (4,6%)	462 455 (4,6%)	138 643 (3%)	292 627 (3,3%)	419 898 (3,8%)	446 741 (3,9%)	362 142 (3,5%)
De 1 a 4 años	1 391 920 (12,3%)	1 214 273 (12,2%)	288 297 (6,3%)	704 580 (8%)	1 132 876 (10,3%)	1 267 947 (11%)	1 060 112 (10,1%)
De 5 a 9 años	897 393 (7,9%)	753 881 (7,6%)	195 273 (4,3%)	439 265 (5%)	861 877 (7,8%)	1 119 898 (9,7%)	913 553 (8,7%)
De 10 a 14 años	548 219 (4,8%)	484 344 (4,9%)	150809 (3,3%)	311 716 (3,5%)	523 978 (4,8%)	659 733 (5,7%)	648 434 (6,2%)
De 15 a 19 años	540 051 (4,8%)	501 691 (5%)	199 364 (4,3%)	397 285 (4,5%)	506 435 (4,6%)	573 804 (5%)	599 687 (5,7%)
De 20 a 24 años	752 399 (6,6%)	701 349 (7%)	319 692 (7%)	602 196 (6,8%)	666 696 (6%)	667 580 (5,8%)	673 083 (6,4%)
De 25 a 29 años	866 337 (7,6%)	780 323 (7,8%)	421 570 (9,2%)	800 002 (9,1%)	886 858 (8%)	837 793 (7,3%)	776 828 (7,4%)
De 30 a 34 años	854 856 (7,5%)	749 718 (7,5%)	429 340 (9,3%)	804 393 (9,1%)	899 389 (8,2%)	846 852 (7,3%)	783 417 (7,5%)
De 35 a 39 años	809 677 (7,1%)	692 550 (7%)	400 571 (8,7%)	739 914 (8,4%)	825 445 (7,5%)	797 426 (6,9%)	730 508 (7%)
De 40 a 44 años	686 191 (6,1%)	583 843 (5,9%)	345 722 (7,5%)	640 463 (7,3%)	716 888 (6,5%)	694 595 (6,0%)	622 301 (5,9%)
De 45 a 49 años	586 918 (5,2%)	502 697 (5,1%)	304 677 (6,6%)	554 095 (6,3%)	633 272 (5,7%)	613 712 (5,3%)	549 515 (5,2%)
De 50 a 54 años	543 659 (4,8%)	467 755 (4,7%)	283 445 (6,2%)	509 347 (5,8%)	577 347 (5,2%)	560 454 (4,9%)	500 882 (4,8%)
De 55 a 59 años	484 303 (4,3%)	419 877 (4,2%)	254 950 (5,6%)	457 941 (5,2%)	519 768 (4,7%)	515 133 (4,5%)	458 019 (4,4%)
De 60 a 64 años	431 299 (3,8%)	375 370 (3,8%)	221 187 (4,8%)	398 122 (4,5%)	456 121 (4,1%)	468 078 (4,1%)	419 577 (4%)
De 65 años a mas	1 425 498 (12,6%)	1 258 876 (12,7%)	639 575 (13,9%)	1 154 205 (13,1%)	1 396 528 (12,7%)	1 465 552 (12,7%)	1 398 238 (13,3%)
Población							
Adulta	7 981 188 (70,4%)	7 034 049 (70,7%)	3 820 093 (83,2%)	7 057 963 (80,1%)	8 084 747 (73,3%)	8 040 979 (69,7%)	7 512 058 (71,6%)
Pediátrica	3 357 687 (29,6%)	2 914 953 (29,3%)	773 022 (16,8%)	1 748 188 (19,9%)	2 938 629 (26,7%)	3 494 319 (30,3%)	2 984 241 (28,4%)
Sector							
MINSA	3 861 349 (34,1%)	4 042 085 (40,6%)	1 652 852 (36%)	3 650 826 (41,5%)	4 126 533 (37,4%)	4 811 773 (41,7%)	5 222 268 (49,8%)
ESSALUD	5 278 983 (46,6%)	3 568 672 (35,9%)	1 841 537 (40,1%)	3 471 309 (39,4%)	4 593 928 (41,7%)	4 137 204 (35,9%)	2 717 321 (25,9%)
F. ARMADAS Y POLICIALES	254 074 (2,2%)	241 062 (2,4%)	112 019 (2,4%)	168 752 (1,9%)	209 272 (1,9%)	256 979 (2,2%)	247 450 (2,4%)
PRIVADOS	1 940 953 (17,1%)	2 092 529 (21%)	985 355 (21,5%)	1 510 275 (17,2%)	2 089 090 (19%)	2 326 567 (20,2%)	2 308 952 (22%)
OTROS	3 516 (0%)	4 654 (0%)	1 301 (0%)	4 989 (0,1%)	4 553 (0%)	2 775 (0%)	308 (0%)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Categoría del establecimiento							
I-1	1 675 (0%)	975 (0%)	999 (0%)	2 608 (0%)	2 274 (0%)	1 406 (0%)	2 325 (0%)
I-2	7 432 (0,1%)	4 540 (0%)	22 211 (0,5%)	19 231 (0,2%)	11 501 (0,1%)	25 608 (0,2%)	36 195 (0,4%)
I-3	454 037 (4%)	318 937 (3,2%)	215 169 (4,7%)	318 240 (3,7%)	347 288 (3,3%)	278 298 (2,5%)	166 648 (1,7%)
I-4	320 797 (2,8%)	260 363 (2,6%)	200 946 (4,4%)	230 496 (2,7%)	258 663 (2,4%)	340 750 (3,1%)	451 800 (4,5%)
II-1	3 138 418 (27,7%)	2 450 035 (24,7%)	1 210 779 (26,7%)	2 864 219 (33%)	2 787 776 (26,2%)	2 912 646 (26,2%)	2 581 609 (25,8%)
II-2	3 557 716 (31,4%)	3 219 481 (32,4%)	1 420 175 (31,3%)	2 615 649 (30,1%)	3 546 932 (33,4%)	3 644 987 (32,8%)	3 176 844 (31,7%)
II-E	210 684 (1,9%)	140 403 (1,4%)	64 284 (1,4%)	158 854 (1,8%)	231 335 (2,2%)	217 035 (2%)	240 017 (2,4%)
III-1	2 275 373 (20,1%)	2 276 552 (22,9%)	872 364 (19,2%)	1 506 182 (17,4%)	2 165 975 (20,4%)	2 248 364 (20,2%)	2 021 236 (20,2%)
III-2	552 324 (4,9%)	567 318 (5,7%)	182 786 (4%)	385 739 (4,4%)	535 211 (5%)	598 638 (5,4%)	564 298 (5,6%)
III-E	161 310 (1,4%)	191 046 (1,9%)	77 208 (1,7%)	112 414 (1,3%)	161 883 (1,5%)	183 002 (1,6%)	183 518 (1,8%)
Sin Categoría	655 078 (5,8%)	503 433 (5,1%)	266 661 (5,9%)	462 180 (5,3%)	581 900 (5,5%)	665 200 (6%)	600 715 (6%)

fueron: MINSA (39,4%) y EsSalud (39,1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron los Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio (CIE-10: R00-R99) con un 18,8%, traumatismos y envenenamientos (CIE-10: S00-T98) con un 15,2%, y enfermedades respiratorias (CIE-10: J00-J99) con un 10,4%.

Discusión

El análisis de las visitas a los servicios de urgencias entre 2018 y 2024 revela patrones complejos y significativos que merecen una atención a consideración. La variación en la tasa de atención, con un mínimo en 2020 y un máximo en 2019, subraya el profundo impacto de la pandemia de COVID-19 en la utilización de los servicios de salud [11][12][13][14]. La disminución en 2020 probablemente refleja tanto el miedo a la infección como la redistribución de recursos hacia la atención de la pandemia [15][16][17], mientras que el aumento en 2019 podría indicar una demanda preexistente no satisfecha o factores estacionales [4][6][18][19].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia sanitaria como la aparición fortuita, es decir, imprevista o inesperada, de un problema de salud en cualquier contexto. Este problema, caracterizado por su diversidad de causas y variabilidad en gravedad, genera en el individuo afectado o en su familia la percepción de una necesidad inminente de atención médica. Esta definición, aunque aparentemente sencilla, encierra una complejidad fundamental para la comprensión y gestión de los servicios de salud [1][3].

Un aspecto crucial que resalta la definición de la OMS es la heterogeneidad de las urgencias. Estas pueden originarse por una amplia gama de causas, desde lesiones traumáticas

hasta exacerbaciones de enfermedades crónicas, y su gravedad puede variar significativamente. Esta diversidad implica que no todas las urgencias requieren la misma respuesta. Algunas pueden necesitar atención inmediata y recursos especializados, mientras que otras pueden resolverse con intervenciones más simples.

En consecuencia, estas definiciones influyen directamente en la frecuentación de los servicios de urgencia. La subjetividad en la percepción de la urgencia puede sobrecargar los servicios, mientras que la heterogeneidad exige una priorización eficiente. Los responsables de la toma de decisiones deben equilibrar la expectativa de atención rápida con la gestión de recursos, educando a la población sobre la diferencia entre urgencia y gravedad, y optimizando la asignación de recursos basada en datos de frecuentación.

La marcada heterogeneidad en las tasas de atención entre departamentos, con el Callao presentando la mayor tasa promedio (55,8%) y Piura la menor (10%), resalta las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios de urgencias. Esta disparidad puede reflejar diferencias en la prevalencia de enfermedades, la disponibilidad de servicios de atención primaria y factores socioeconómicos [20]. La concentración de visitas en establecimientos de salud de categorías II-2, II-1 y III-1 sugiere una posible sobrecarga de los niveles de atención secundaria y terciaria, lo que podría indicar una necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria de la atención primaria.

El predominio de las mujeres en las visitas a urgencias, especialmente en la población adulta (56,65%), concuerda con hallazgos previos que sugieren diferencias de género

Tabla 3. Categoría de diagnósticos más frecuentes en la atención de emergencias 2018 – 2024 según el CIE-X

	Minsa	Essalud	F. Armadas y policiales	Privados	Otros
Categoría CIE-10					
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos	5 978 386 (21,8%)	4 891 792 (19,1%)	197 887 (13,3%)	2 616 836(19,7%)	2 007 (9,1%)
Enfermedades del sistema respiratorio	3 344 051 (12,2%)	4 807 968 (18,8%)	310 405 (20,8%)	2 515 523 (19%)	9 205 (41,7%)
Traumatismos, envenenamientos	4 466 297 (16,3%)	2 620 240 (10,2%)	209 437 (14,1%)	2 417 802 (18,2%)	292 (1,3%)
Ciertas enfermedades infecciosas	2 101 827 (7,7%)	2 034 152 (7,9%)	126 066 (8,5%)	1 074 047 (8,1%)	3 332 (15,1%)
Embarazo, parto y puerperio	2 814 428 (10,3%)	767 052 (3%)	12 426 (0,8%)	222 547 (1,7%)	1 948 (8,8%)
Enfermedades del sistema osteomuscular	716 339 (2,6%)	1 741 543 (6,8%)	143 487 (9,6%)	868 296 (6,6%)	17 (0,1%)
Enfermedades del sistema digestivo	1 714 242 (6,3%)	1 036 961 (4%)	89 431 (6%)	505 219 (3,8%)	473 (2,1%)
Enfermedades del sistema genitourinario	1 265 784 (4,6%)	1 356 749 (5,3%)	83 096 (5,6%)	477 679 (3,6%)	953 (4,3%)
Factores que influyen en el estado de salud	530 138 (1,9%)	1 213 733 (4,7%)	51 806 (3,5%)	399 612 (3%)	2 372 (10,7%)
Códigos para situaciones especiales	333 759 (1,2%)	1 261 785 (4,9%)	31 964 (2,1%)	420 998 (3,2%)	0 (0%)
Enfermedades del sistema circulatorio	597 075 (2,2%)	827 893 (3,2%)	52 341 (3,5%)	192 790 (1,5%)	35 (0,2%)
Enfermedades de la piel	544 336 (2%)	632 815 (2,5%)	47 632 (3,2%)	356 180 (2,7%)	704 (3,2%)
Enfermedades endocrinas	572 060 (2,1%)	532 913 (2,1%)	23 416 (1,6%)	238 234 (1,8%)	6 (0%)
Enfermedades del sistema nervioso	390 028 (1,4%)	474 640 (1,9%)	25 679 (1,7%)	244 129 (1,8%)	24 (0,1%)
Causas externas	571 028 (2,1%)	165 528 (0,6%)	10 830 (0,7%)	169 531 (1,3%)	46 (0,2%)
Enfermedades del oído	254 107 (0,9%)	339 365 (1,3%)	22 976 (1,5%)	242 092 (1,8%)	119 (0,5%)
Enfermedades del ojo	201 470 (0,7%)	321 623 (1,3%)	22 578 (1,5%)	136 477 (1%)	183 (0,8%)
Trastornos mentales	409 606 (1,5%)	201 336 (0,8%)	13 383 (0,9%)	56 705 (0,4%)	17 (0,1%)
Tumores [neoplasias]	251 666 (0,9%)	178 076 (0,7%)	7 057 (0,5%)	57 744 (0,4%)	240 (1,1%)
Enfermedades de la sangre	121 265 (0,4%)	113 159 (0,4%)	5 069 (0,3%)	23 638 (0,2%)	11 (0%)
afecciones del periodo perinatal	146 189 (0,5%)	61 378 (0,2%)	1 620 (0,1%)	12 503 (0,1%)	109 (0,5%)
Malformaciones congénitas	43 605 (0,2%)	28 253 (0,1%)	1 022 (0,1%)	5 139 (0%)	3 (0%)

en la búsqueda de atención médica [5][18][21][22][23][24][25][26]. Sin embargo, el predominio masculino en la población pediátrica (52,9%) plantea interrogantes sobre patrones de morbilidad específicos de este grupo etario.

Los diagnósticos más frecuentes, como síntomas generales (CIE-10: R00-R99), enfermedades respiratorias (CIE-10: J00-J99) y traumatismos (CIE-10: S00-T98), reflejan la carga de morbilidad común en la población y concuerdan con estudios internacionales y nacionales [6][27][28][29][30]. La alta prevalencia de síntomas generales podría indicar dificultades en el diagnóstico preciso o una tendencia a buscar atención de urgencia para condiciones no urgentes.

A pesar del robusto alcance nacional, este estudio revela lagunas de conocimiento cruciales que demandan atención. La dependencia de datos secundarios, si bien permitió un análisis amplio, limita la profundidad del análisis causal, subrayando la necesidad de investigaciones prospectivas para validar los patrones observados. La marcada heterogeneidad geográfica en la utilización de los servicios de urgencias exige estudios cualitativos que exploren las barreras socioeconómicas y culturales que dificultan el acceso equitativo. La alta prevalencia de síntomas inespecíficos resalta la importancia de investigar protocolos diagnósticos más precisos y la influencia de la atención primaria en la derivación de pacientes.

Adicionalmente, resulta esencial evaluar la eficiencia de los servicios de urgencias, incluyendo tiempos de espera y calidad de atención, para informar políticas de salud efectivas y equitativas. Se requieren estudios que profundicen en las causas de las diferencias en la atención de urgencia entre hombres y mujeres, así como entre los distintos grupos etarios, con el fin de diseñar estrategias de intervención específicas.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio, principalmente la dependencia de datos secundarios, que pueden introducir sesgos en el registro y clasificación de la información. La disponibilidad limitada de algunas variables críticas para el análisis también representa una restricción. No obstante, la utilización de una base de datos nacional amplia y representativa del sistema de salud peruano constituye una fortaleza significativa, permitiendo una aproximación valiosa al comportamiento de la atención en los servicios de emergencias y la descripción de la carga de enfermedad y sus patrones de atención.

Conclusiones

Entre 2018 y 2024, el sistema de salud peruano registró 67,4 millones de atenciones en urgencias, reflejando una demanda elevada y centralizada (46,6% en Lima). El predominio de diagnósticos de baja complejidad y síntomas inespecíficos en establecimientos de segundo y tercer nivel podría sugerir una utilización ineficiente de recursos especializados; no obstante, este fenómeno estaría condicionado por la limitada disponibilidad de servicios de urgencias con atención de 24 horas en el primer nivel.

Esta dinámica indicaría una debilidad estructural en la capacidad resolutoria de la red primaria y en los mecanismos de referencia. Asimismo, la caída de atenciones en 2020 pondría de manifiesto la vulnerabilidad del sistema ante crisis sanitarias. En consecuencia, el fortalecimiento del primer nivel sería prioritario, siempre que se garantice su articulación operativa y una oferta horaria extendida. El uso de datos de SUSALUD constituye un insumo estratégico para diseñar políticas que corrijan estas brechas de acceso y mejoren la equidad en la atención de urgencias.

Referencias

- Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006; 18:156-164.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia: NT No 042-MINSA/ DGSP-V.01. Lima-Perú; 2007. [citado 26 abril 2026]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353462-norma-tecnica-de-salud-de-los-servicios-de-emergencia-nt-n-042-minsa-dgsp-v-01>
- Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán F, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2009; 21:339-345.
- González-Peredo R, Prieto-Salceda MD, Campos-Caubet L, Fernández-Díaz F, García-Lago-Sierra Á, Incera-Alvear IM. Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2018;44(8):537-548. DOI:10.1016/j.semerg.2018.05.009.

Información Complementaria

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):

WEPL: Conceptualización, Metodología, Validación, Análisis formal, Investigación, Curación de datos, Redacción - Revisión y Edición, Visualización. RCRO: Conceptualización, Metodología, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y Edición, Visualización. MVCR: Conceptualización, Investigación, Curación de datos, Redacción - Revisión y Edición, Visualización. SLCP: Metodología, Investigación, Redacción - Revisión y Edición, Visualización. AYDM: Metodología, Investigación, Redacción - Revisión y Edición, Visualización. AACA: Redacción - Borrador original, Investigación. GLIC: Metodología, Investigación, Redacción - Revisión y Edición, Visualización.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con la publicación de este estudio.

Financiamiento: Este estudio no recibió ningún tipo de subvención económica por parte de agencias de financiación ni del sector público ni privado

Disponibilidad de datos: No aplica.

Agradecimientos: No aplica.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial (IA):

Los autores declaran el uso de herramientas de IA en la etapa de edición de estilo con fines de apoyo y no sustitución del juicio científico de los autores. Todo el contenido fue revisado, verificado y validado por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por la exactitud, integridad y originalidad del manuscrito. No se introdujeron datos sensibles o confidenciales en las herramientas de IA.

En el proceso editorial, incluida la revisión por pares, se desarrolló conforme a la política de la revista sobre el uso responsable de herramientas de IA.

5. Wang R, Lukose K, Ensz O, Revere L, Hammarlund N. Emergency department visit frequency and health care costs following implementation of an integrated practice unit for frequent utilizers. *Academic Emergency Medicine*. 2024;31(11):1112-1120. DOI: 10.1111/acem.14973.
6. Vásquez R, Amado J, Ramírez F, Velásquez R, Huari R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac med*. 2016;17(4):379-385. DOI: 10.15381/anales.v77i4.12654.
7. Ugarte C. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. *Rev Med Hered*. 2000;11(3):97-106. DOI: 10.20453/rmh.v11i3.643.
8. Superintendencia Nacional de Salud. Búsqueda de Datos Abiertos-SUSALUD. Lima, Perú. 2023. [citado 26 abril 2026]. <http://datos.susalud.gob.pe/>
9. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. (ICD-10) Version:2019. [citado 26 abril 2026]. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
10. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Población y Vivienda. 2025. [citado 27 abril 2026]. <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
11. Jiménez-García Á, Pérez-Romero G, Hueso-Montoro C, García-Caro M, Castro-Rosales L, Montoya-Juárez R. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la actividad de los servicios de urgencias de atención primaria: estudio comparativo entre períodos de 2019 y 2020. *Aten Primaria*. 2023;55(4):102600. DOI:10.1016/j.aprim.2023.102600.
12. Serrano C, Cardozo A. ¿Cómo impacta la pandemia del COVID-19 a los servicios de urgencias? *CES Medicina*. 2020; 34:30-31. DOI:10.21615/cesmedicina.34.covid-19.5.
13. Diop N, Kamal M, Renaud M, Naffa S. COVID-19 and beyond: how lessons and evidence from implementation research can benefit health systems' response and preparedness for COVID-19 and future epidemics. *Fam Med Community Health*. 2021;9(4): e001150. DOI: 10.1136/fmch-2021-001150.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La COVID-19 y la prestación de servicios de salud esenciales en el primer nivel de atención. 2023. [citado 27 abril 2026]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57768>
15. Shetty A, Levesque J. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department presentations: an opportunity for renewal?. *Medical Journal of Australia*. 2023;218(3):116-117. DOI: 10.5694/mja2.51828.
16. Jain S, Fahlgren R, Giovanni J, Dowd MD. Pediatric Emergency Department Challenges and Response to COVID-19. *Pediatr Ann*. 2021;50(4): e172-e177. DOI: 10.3928/19382359-20210318-01.
17. Bergonti M. Emergency Room visits in the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J*. 2021;42(5):369-370. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa938.
18. Cairns C, Ashman J, Kang K. Emergency Department Visit Rates by Selected Characteristics: United States, 2022. *NCHS data Brief*. 2024; (503): 10.15620/cdc/159284. DOI:10.15620/cdc/159284.
19. Amado J, Vásquez R, Huari R, Palacios A. Readmisión frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Lima-Perú 2012. *Rev Soc Per Med Interna*. 2015; 28(4):153-157.
20. Whitehead M. The concepts and principles of equity. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-445. DOI: 10.2190/9861-lhq6-2vte-yrrm.
21. Fekadu G, Lamessa A, Mussa I, Beyene B, Dessie Y. Length of stay and its associated factors among adult patients who visit Emergency Department of University Hospital, Eastern Ethiopia. *Sage Open Med*. 2022; 10: 20503121221116867. DOI:10.1177/20503121221116867.
22. Hooker E, Mallow P, Oglesby M. Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010–2014). *J Emerg Med*. 2019;56(3):344-351. DOI: 10.1016/j.jemermed.2018.12.025.
23. Picón E, Salgado J, Saavedra M. Perfil epidemiológico del servicio de urgencias según motivo de consulta. Hospital de San José Bogotá DC, Septiembre 2011 a Febrero 2012. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2013;22(3):197-203. DOI:10.31260/RepertMedCir.v22.n3.2013.771.
24. Pozuelo A, Torné E, Guarga A, Torras M, Pasañin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Atención Primaria*. 2003;32(7):423-429. DOI: 10.1016/S0212-6567(03)70762-8.
25. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1):131. DOI:10.1186/1472-6963-7-131.
26. Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *South African Medical Journal*. 2012;102(10):800-801. DOI: 10.7196/samj.6059.
27. Seguro Integral de Salud (SIS). Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas, Recuperativas y de Morbilidad en Zonas AUS - Perú 2011. [citado 27 abril 2026]. https://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/biblioteca/pdf/Estudio_Epidemiologico_de_Distribucion_y_Frecuencia_de_Atenc_0ctubre2011.pdf
28. Stramandinoli A, Alvarado-Zúñiga J, Alvarado G, Egúszquiza-Zuzunaga G, Carreazo N. Cambios comparativos en la asistencia de pacientes al servicio de emergencia durante la primera ola en el Hospital de Emergencias Pediátricas entre el 2019 y 2020. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2022;39(3): 345-351. DOI:10.17843/rpmesp.2022.393.11245.
29. Picazo J, Mascías C, Herreras A, Moya M, Pérez E. La infección respiratoria en los servicios de urgencias hospitalarios. *Estudio DIRA. emergencias*. 2002; 14:155-159.
30. Remartínez S, Piñón M, Gómez F, García E. Infecciones respiratorias en Urgencias. *Medicine (Madr)*. 2015;11(88):5254-5263. DOI:10.1016/j.med.2015.10.007.