DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"

ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL – MATERNIDAD DE LIMA

AÑO 2014.

Indice

Tema	Página
I.-INTRODUCCIÓN	4
II.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	5
III.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA	
III.1. Perfil sociodemográfico de los usuarios	
III.1.a. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.	6
III.1.b. Perfil de la población por edad.	10
III.1.c. Perfil de la población por estado civil.	11
III.1.d. Perfil de la población por grado de instrucción	12
III.1.e. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.	12
III.2. Morbilidad Hospitalaria.	
III.2.1. Egresos hospitalarios.	16
III.2.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.	17
III.2.2.a. Ginecología	17
III.2.2.b. Obstetricia	17
III.2.2.c. Neonatología.	19
III.2.3. Morbilidad en Consultorios externos.	
III.2.3.a. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.	20
III.2.3.b. Morbilidad en Consultorios de Ginecología	22
III.2.3.c. Morbilidad en Consultorios de Pediatría	24
III.3. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.	
III.3.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.	25
III.3.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.	25
III.3.3. Vigilancia de Tuberculosis.	26
III.3.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.	27
III.3.5. Vigilancia de Brotes.	27
III.3.6. Morbilidad Materna Extrema.	28
III.4. Infecciones Intrahospitalarias.	
III.4.a. Servicio de Obstetricia	29
III.4.b. UCI Materna.	31
III.4.c. Neonatología.	32
III.5. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	35
III.6. Mortalidad Hospitalaria.	
III.6.1. Mortalidad Materna.	37

III.6.2. Mortalidad Perinatal.
III.6.2.1. Muerte Neonatal. 41
III.6.2.2. Óbitos Fetales. 43

III.7. Evaluación de la satisfacción del usuario. 46

IV.- ANÁLISIS DE LA OFERTA

IV.1. Ubicación geográfica del INMP. 49
IV.2. Superficie Territorial del INMP 50
IV.3. Misión y Visión del INMP. 50
IV.4. Nivel de Complejidad. 50
IV.5. Infraestructura del INMP. 50
IV.5.1. Área de Hospitalización. 51
IV.5.2. Consultorios externos. 52
IV.5.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón. 54
IV.6. Cartera de Servicios del INMP. 54
IV.7. Organigrama del INMP. 57
IV.8. Recursos Humanos. 58
IV.9. Análisis según UPSS
IV.9.1. UPSS Emergencia. 61
IV.9.2. UPSS Hospitalización 64
IV.9.2.1. Hospitalización de Obstetricia. 64
IV.9.2.2. Hospitalización de Ginecología. 67
IV.9.2.3. Hospitalización de Neonatología. 67
IV.9.3. UPSS Centro Quirúrgico. 70
IV.9.4. UPSS Centro Obstétrico. 74
IV.9.5. UPSS Consultorios externos 76
IV.9.5.1. Consultorios de Obstetricia. 77
IV.9.5.2. Consultorios de Ginecología. 78
IV.9.5.3. Consultorios de Neonatología. 79
IV.9.5.4. Consultorios de Especialidades Médicas. 79
IV.9.5.5. Consultorios de Especialidades No Médicas. 79
IV.10. Análisis presupuestal. 80

V. BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA 83

VI. LINEAS DE INTERVENCION 84

I.-INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se elabora para ser utilizado como instrumento de gestión en la toma de decisiones por la Alta Dirección y como elemento a utilizar para la elaboración del plan operativo institucional.

El análisis de situación de salud hospitalaria provee información necesaria a la gestión sobre los daños y problemas de salud detectados y contribuirá a una mejor planificación y evaluación del trabajo hospitalario. Para tales fines, el presente Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) se ha elaborado siguiendo la nueva propuesta realizada por la DGE y comprende los siguientes aspectos:

1. Análisis de la oferta
2. Análisis de la demanda.
3. Identificación de brechas con enfoque de riesgo para la atención
4. Líneas de intervención para la mejora de la oferta de servicios de salud hospitalarios

Los datos utilizados para la elaboración de este documento han sido obtenidos de diversas fuentes como los registros de la Dirección de Estadística e Informática, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental , Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Planeamiento Estratégico, las diferentes Áreas de Gestión Administrativa del INMP y los datos de producción de los diferentes Servicios. De esta manera puede obtenerse la información relevante sobre las condiciones de vida, estructura, características de la morbilidad y mortalidad así como la respuesta de la Institución a los problemas de salud de tal manera que permita acercarnos a un análisis actualizado incluyendo sus factores condicionantes y determinantes.

El ASISHO nos permitirá identificar las necesidades y prioridades de nuestra población conociendo sus condiciones y calidad de vida, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados para el mejoramiento de la salud de nuestra población. Este documento se realiza con la finalidad de contribuir en la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población usuaria con equidad, eficiencia, calidad y participación social.

II.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), es una institución encargada de la asistencia altamente especializada en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo hasta los cinco años.

La Maternidad de Lima fue fundada el 10 de Octubre de 1826, por el Mariscal don Andrés de Santa Cruz, con el nombre de CASA DE MATERNIDAD DE LIMA.

Esta Institución fue creada con el objetivo de socorrer a las mujeres pobres en sus partos, formar parteras instruidas y hábiles.

Un año antes de este suceso llegó al Perú el Dr. Fessel, con su esposa, la dama francesa Paulina Benita Caddeau de Fessel, quien se había graduado en 1818 en la Universidad de Paris en "Teoría y Práctica de Partos", inteligente y activa, llevando a cabo actividades docentes dando un sustantivo aporte a esta noble labor, Madame Fessel es contratada como Directora del establecimiento.

Con el correr de los años y como producto de su iniciativa y esfuerzo, el 26 de Octubre de 1829 se inaugura la Clínica y la Escuela de Parteras, que funcionarían en una sección del vetusto Hospital de Santa María de la Caridad.

El 22 de junio de 1841, La Maternidad y su Colegio de Partos, se trasladan al Hospital Santa Ana en el local que actualmente ocupa en Barrios altos y el Hospital Santa María de la Caridad quedó definitivamente extinguido.

En 1922 la casa de la Maternidad cambia de nombre por el de Instituto Obstétrico Ginecológico, pero esto sólo duró hasta 1928. En 1943 la institución pasó a denominarse oficialmente Hospital de Maternidad de Lima, aunque utilizaba dicho nombre por lo menos 2 décadas antes.

En 1985 se conforma el Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI), con la fusión de la Maternidad de Lima con el Hospital San Bartolomé. En 1990 se separan y en 1992 se crean los Institutos especializados entre ellos el Instituto Materno Perinatal por D.S. 002-92-SA, en el año 1993 se le cambió la denominación por Instituto Especializado Materno Perinatal.

En 1998 se construye y pone en funcionamiento el Servicio de Atención Integral y Diferenciada del Adolescente y se inaugura la Unidad de Medicina Preventiva. En 1999 se inaugura la Unidad de Medicina Fetal y en el 2000 se inicia la ejecución del Proyecto de construcción y equipamiento del Hospital de la Amistad Perú – Japón.

En el año 2005, mediante decreto Supremo 023-2005-SA se aprobó el ROF del MINSA, que consideraba sus órganos desconcentrados y a partir de entonces se denominaría Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el Siglo XXI

El nuevo milenio nos encuentra como la institución líder de su tipo en el Perú, con una infraestructura moderna y funcional, con un equipamiento de punta y con el personal profesional y no profesional al día con los máximos conocimientos de la época.

Esperamos, poder decir a corto plazo, con pruebas incontrastables, que estamos al mismo nivel de los mejores institutos del Mundo.

III.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA

III. 1. Perfil sociodemográfico de los usuarios

III. 1. a. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.

El Instituto Nacional Materno Perinatal brinda atención altamente especializada a pacientes procedentes de todo el país en lo que respecta a la atención materna y perinatal y a los niños de alto riesgo nacidos en la institución, hasta los cinco años de edad.

Todo paciente nuevo que solicita atención en la Institución llega por dos vías, Emergencia y Consultorios Externos, pasando por triaje, donde un equipo de profesionales realiza un trabajo de evaluación integral del paciente. El trabajo diagnóstico permite referir a los pacientes al área donde será atendido.

Tabla N° 1. Procedencia de pacientes en Consultorios Externos. INMP. 2014.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
LIMA	5324	22.2
SAN JUAN DE LURIGANCHO	5084	21.0
ATE	1193	5.0
LA VICTORIA	1108	4.6
SAN MARTIN DE PORRES	1022	4.3
EL AGUSTINO	1009	4.2
VILLA EL SALVADOR	917	3.8
SAN JUAN DE MIRAFLORES	796	3.3
SANTA ANITA	789	3.3
VILLA MARIA DEL TIRUNFO	749	3.1
RIMAC	628	2.6
CHORILLOS	616	2.6
COMAS	503	2.1
LOS OLIVOS	467	1.9
SURCO	426	1.8
PUENTE PIEDRA	370	1.5
INDEPENDENCIA	322	1.3
SAN LUIS	255	1.1
PACHACAMAC	243	1.0
CALLAO	239	1.0
CARABAYLLO	237	1.0
OTROS DISTRITOS	1684	7.2
TOTAL	**23981**	**100.0**

Tabla N° 2. Procedencia de pacientes en Hospitalización. INMP. 2014.

DISTRITOS DE PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
SAN JUAN DE LURIGANCHO	5282	19.3
LIMA	2180	8.0
LA VICTORIA	1986	7.3
EL AGUSTINO	1838	6.7
CHORRILLO	1638	6.0
ATE	1315	4.8
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1160	4.2
VILA EL SALVADOR	1042	3.8
COMAS	916	3.3
LOS OLIVOS	902	3.3
SAN MARTIN DE PORRES	863	3.2
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	798	3.0
PACHACAMAC	754	2.8
LURIGANCHO	734	2.7
INDEPENDENCIA	720	2.6
SANTA ANITA	690	2.5
PUENTE PIEDRA	640	2.3
RIMAC	528	2.0
LURIN	508	1.9
SURCO	484	1.8
CARABAYLLO	374	1.4
LA MOLINA	314	1.1
SAN LUIS	244	0.9
OTROS DISTRITOS DEL PERU	1463	5.0
TOTAL	**27373**	**100**

De lo observado en las Tablas 1 y 2, se encontró que la mayor parte de pacientes que acuden al INMP proceden del distrito de San Juan de Lurigancho y del Cercado de Lima. El 21 % de nuestras usuarias son del distrito de San Juan de Lurigancho y el 22% del Cercado de Lima, pero la atención especializada que requieren hospitalización las recibe en su mayoría las pacientes de San Juan de Lurigancho.

DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

Gráfico N° 1. Población en el Distrito de San Juan de Lurigancho

El distrito de San Juan de Lurigancho representa el 11% de la población de Lima Metropolitana (Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao) y su volumen poblacional es cercano o mayor a los departamentos como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Moquegua, etc. San Juan de Lurigancho es el distrito más poblado de Lima Metropolitana y el Perú.

Aspectos Geográficos del distrito de San Juan de Lurigancho.

Ubicación Geográfica: Está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, se desarrolla desde la margen derecha del río Rímac Hacia las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueado hacia el este por divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería; por el oeste la divisoria la definen los Cerros Balcón, Negro, Babilonia.
La altura del territorio del distrito de San Juan de Lurigancho varía entre los 2240 m.s.n.m., en las cumbres del Cerro Colorado Norte y de 200 m.s.n.m que alcanza la ribera del río Rímac.
Sus límites son: Por el Norte con el distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí), por el Este continua limitando con el distrito mencionado y el distrito de Lurigancho - Chosica, por el Sur con los distritos de El Agustino y Lima (teniendo como línea divisoria al río Rímac), por el Oeste con los distritos de Rímac, Independencia, Comas y Carabayllo de la misma provincia de Lima.

Morfología: Caracterizado por ser una zona de micro cuencas, con suelos pobres, de material erosionado y meteorizado que se ha depositado en las zonas de menor elevación. Las laderas que circundan las cuencas se encuentran en proceso erosionable, no solo por el clima seco sino por acción del hombre.

El relieve de su suelo es poco accidentado en más del 60% del área de la cuenca, lo que ha permitido el desarrollo del núcleo urbano en forma longitudinal desde la ribera del río hacia las elevaciones superiores a los 350 m.s.n.m.

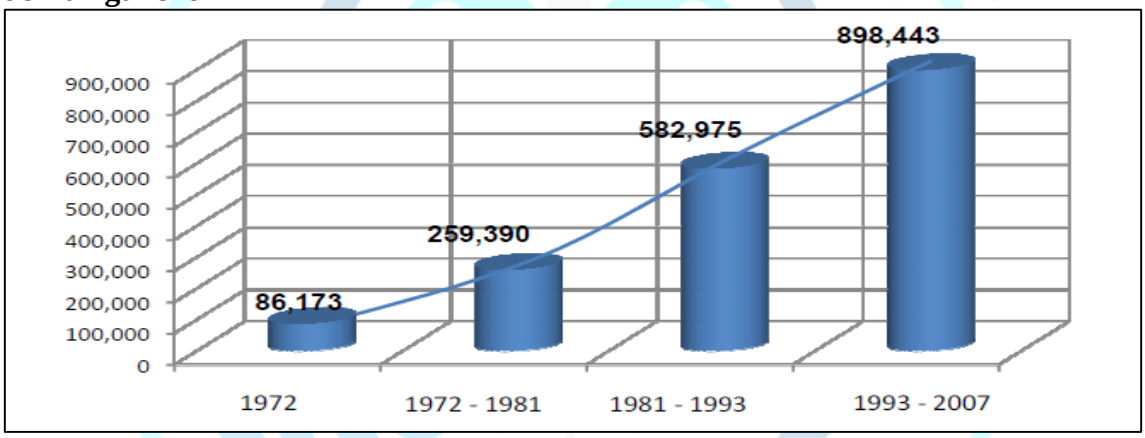
Superficie: El distrito de San Juan de Lurigancho tiene una superficie de 131.25 Km². (según la comisión de Intangibilidad de la MSJL), constituyendo el 4.91% del territorio de la Provincia de Lima y el 0.38% del Departamento de Lima.

Clima: Su clima es de tipo desértico con muy escasas precipitaciones en invierno. La temperatura media oscila entre los 17° C. a 19° C.

Hidrografía: En el aspecto hidrográfico pueden notarse la presencia dinámica del río Rímac, pudiéndose observar en la morfología del terreno del ámbito Distrital las torrenteras de quebradas actualmente secas como las quebradas Canto Grande y Media Luna, las que en algún momento, regaron sus tierras.

Población y Crecimiento: La población del distrito de San Juan de Lurigancho, se ha incrementado en cerca de ocho veces en los últimos treinta años, al pasar de 89,206 en 1972, a 699,867 habitantes en 1998, constituyéndose en distrito más poblado del país, para el año 2007 se estimó una población de 1'069,566 habitantes aproximadamente.

Gráfico N° 2. Crecimiento de la Población por Censos en el Distrito de San Juan de Lurigancho



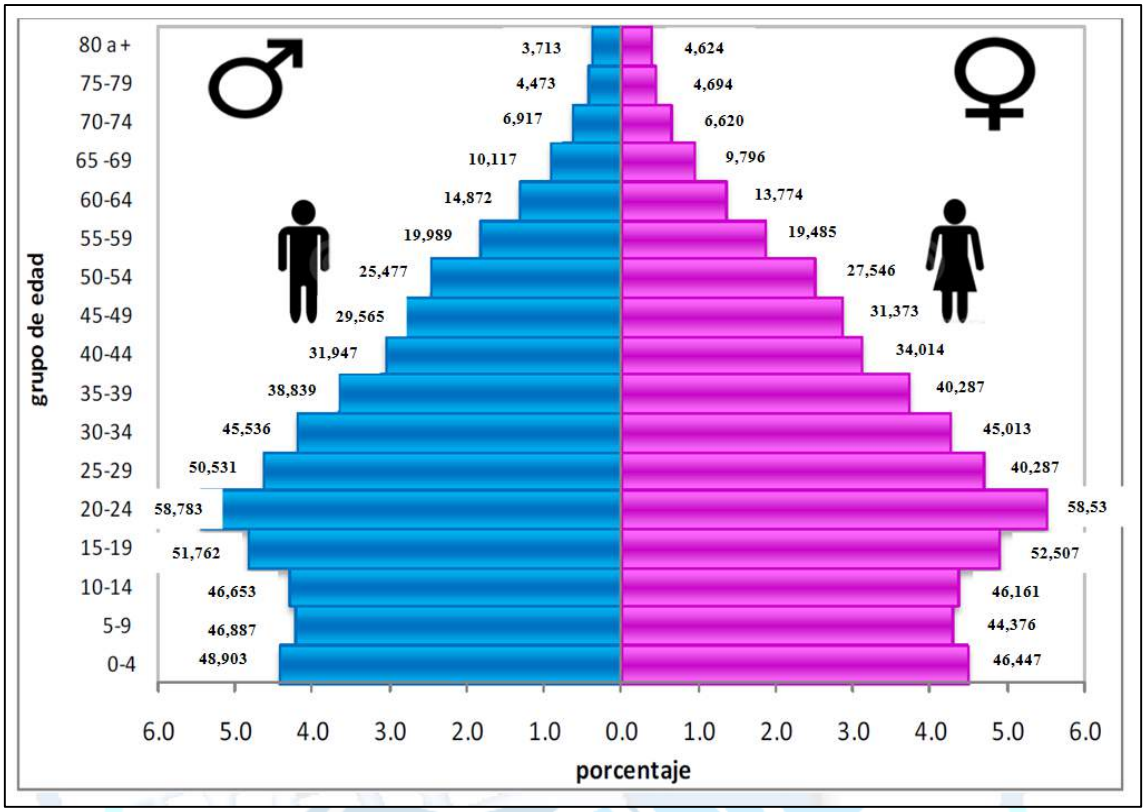
(*) Fuente Instituto Nacional de Estadístico e Informática.

Tabla N° 3. Población por Sexo y Categoría de Edad del Distrito de San Juan de Lurigancho 2014

SAN JUAN DE LURIGANCHO		TOTAL	0 –11 años	12-18 años	19-34 años	35-64 años	65-69 años
2014	TOTAL	1,069,566	95,350	92,814	307,748	327,168	50,954
	Masculino	535,153	95,790	98,415	154,851	160,690	25,220
	Femenino	534,600	90,823	98,668	152,897	166,478	25,734

Fuente: Población Proyectada (MINSA - INEI - Censo Nacional 2007)
Elaborado por: Area de Estadística - UEI - Red de Salud San Juan de Lurigancho

Gráfico N° 3. Pirámide Poblacional de San Juan de Lurigancho.



Fuente: Población Proyectada (MINSA - INEI - Censo Nacional 2007)

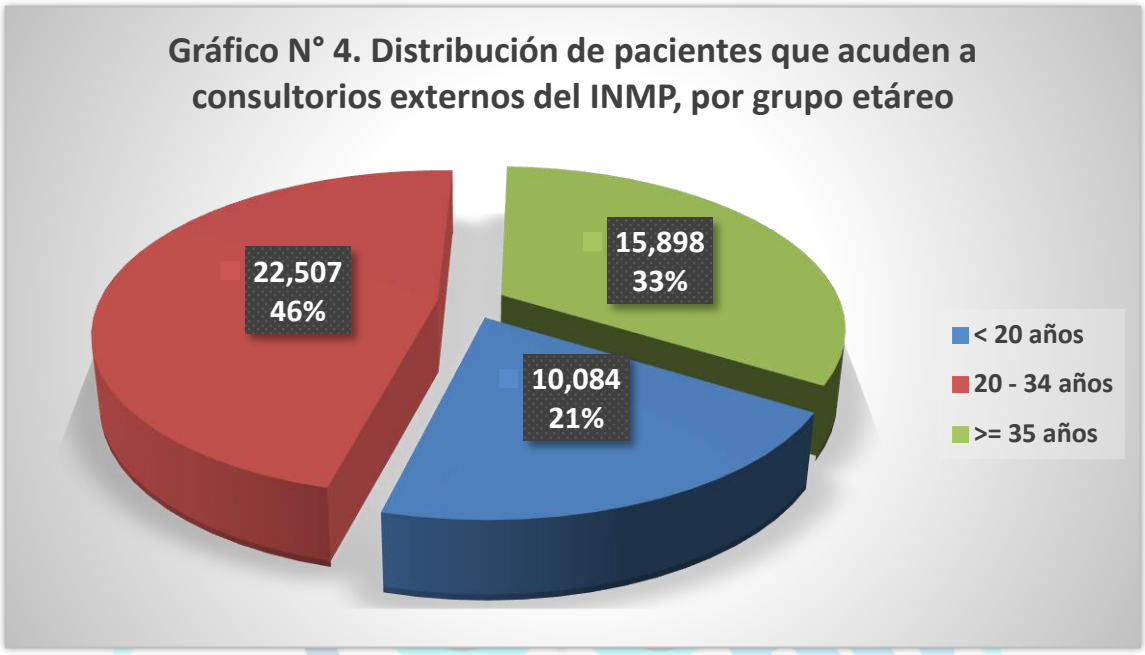
Tabla N° 4. Distribución de la Población por Grado de Instrucción.

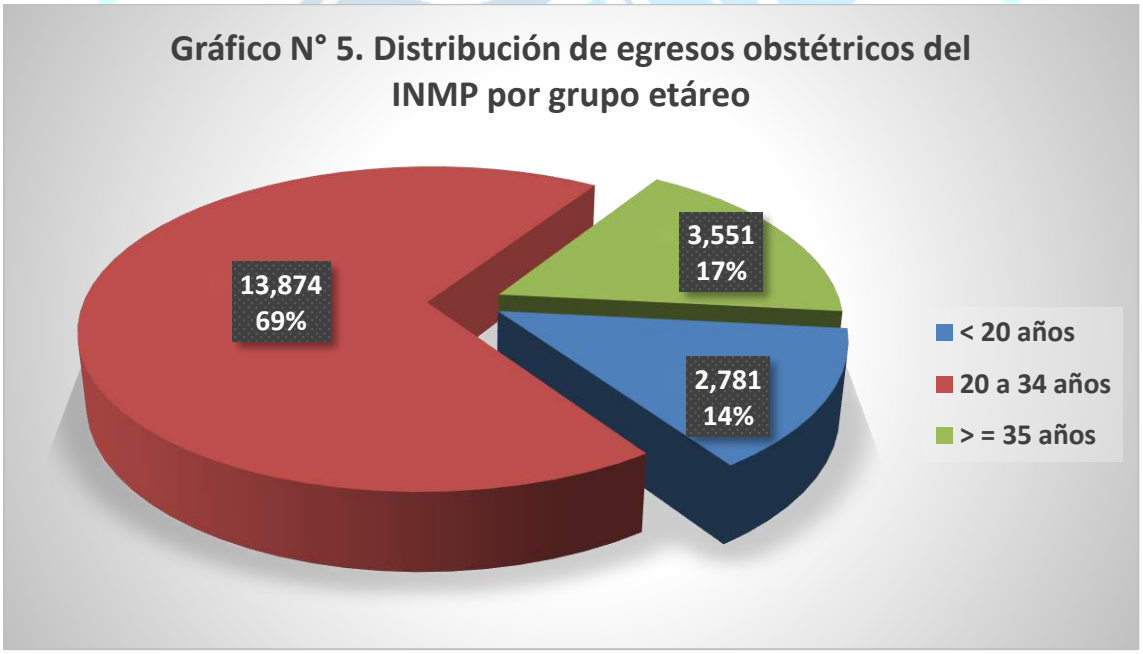
CATEGORIAS	N°	%
Sin Nivel	57,945	6.82%
Educación Inicial	23,645	2.78%
Primaria	181,947	21.43%
Secundaria	336,391	39.61%
Superior No Univ. Incompleta	71,485	8.42%
Superior No Universitaria Completa	62,802	7.40%
Superior Univ. Incompleta	50,407	5.94%
Superior Univ. Completa	64,558	7.90%
TOTAL	**849,180**	**100.00%**

III.1.b. Perfil de la población por edad.

En los gráficos 4 y 5 se puede observar que el grupo etáreo de la población que acudió para la atención en Consultorios Externos y hospitalización Obstétrica y Ginecológica durante el 2014 fue en gran mayoría el grupo de 20 a 34 años, la población en edad fértil. Sin embargo debemos hacer notar que el grupo de mujeres con edades mayores a 35 años se ha incrementado en la última década, fenómeno que podemos llamar, la transición epidemiológica de la salud materna en Lima. Las mujeres están retrasando la maternidad debido a su inclusión en la vida económica del Perú.

El grupo de mujeres adolescentes que atendimos en el año 2014 correspondió al 21% en consulta externa y 14% de las pacientes hospitalizadas, mayor porcentaje a lo observado en años anteriores.

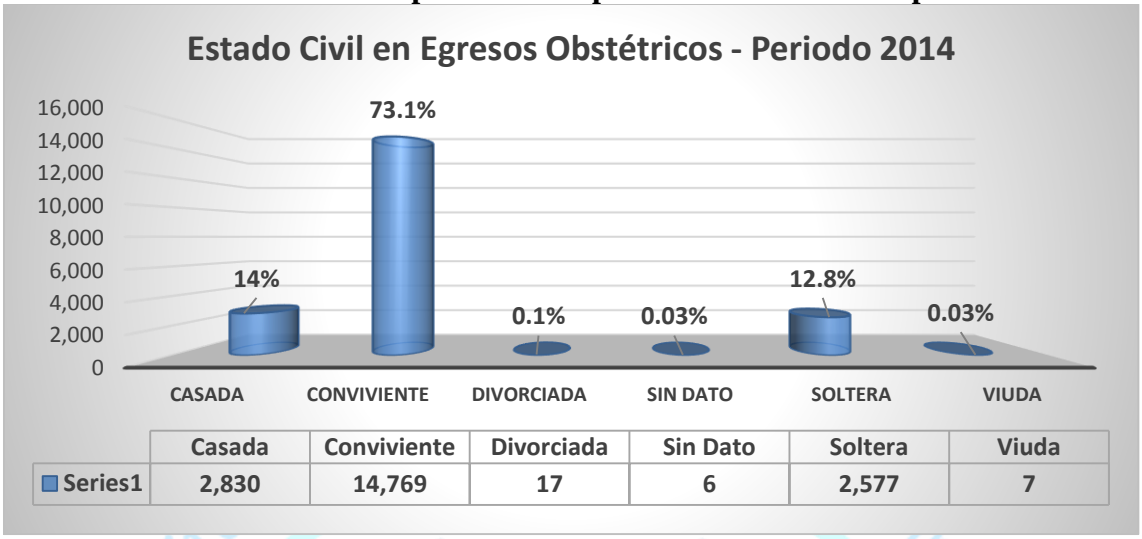




III.1.c. Perfil de la población por estado civil.

En el gráfico 6 observamos que el 73% de nuestras usuarias en el área de Hospitalización son convivientes y 14% casadas, el 87% de nuestras pacientes tienen unión estable (7 puntos porcentuales más que el año anterior).

Gráfico N° 6. Distribución de pacientes hospitalizados en el INMP por estado civil.

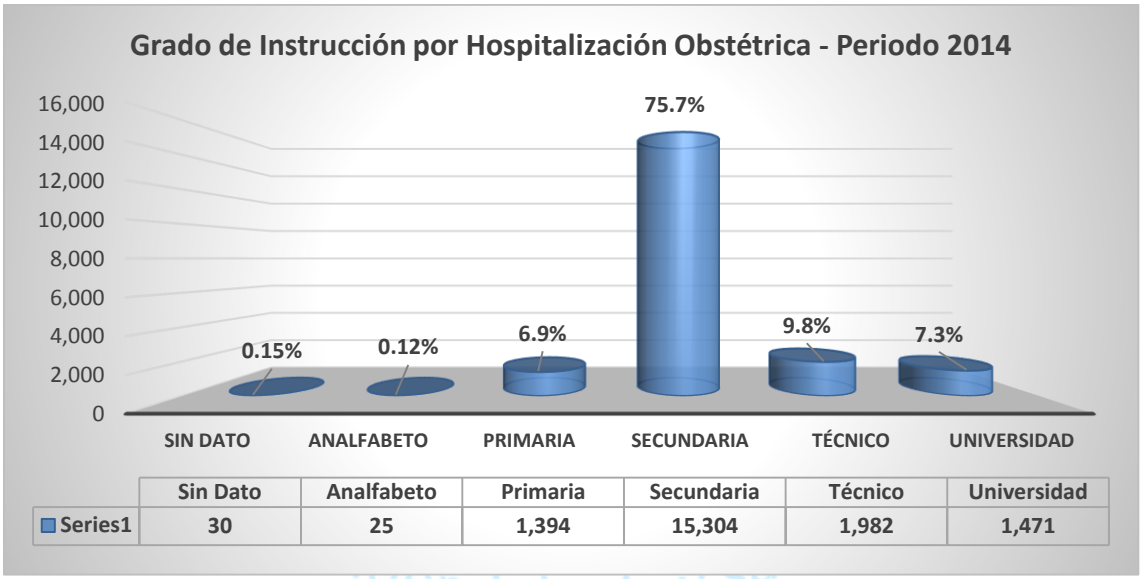


	Casada	Conviviente	Divorciada	Sin Dato	Soltera	Viuda
Series1	2,830	14,769	17	6	2,577	7

III.1.d. Perfil de la población por grado de instrucción

En el gráfico N° 7 vemos que la población que acude al INMP en un 75.7% tiene instrucción secundaria, y el 92.8% corresponden a mujeres que tienen educación secundaria o mayor a esta.

Gráfico N° 7. Distribución de pacientes hospitalizadas en el INMP por grado de instrucción.



	Sin Dato	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Técnico	Universidad
Series1	30	25	1,394	15,304	1,982	1,471

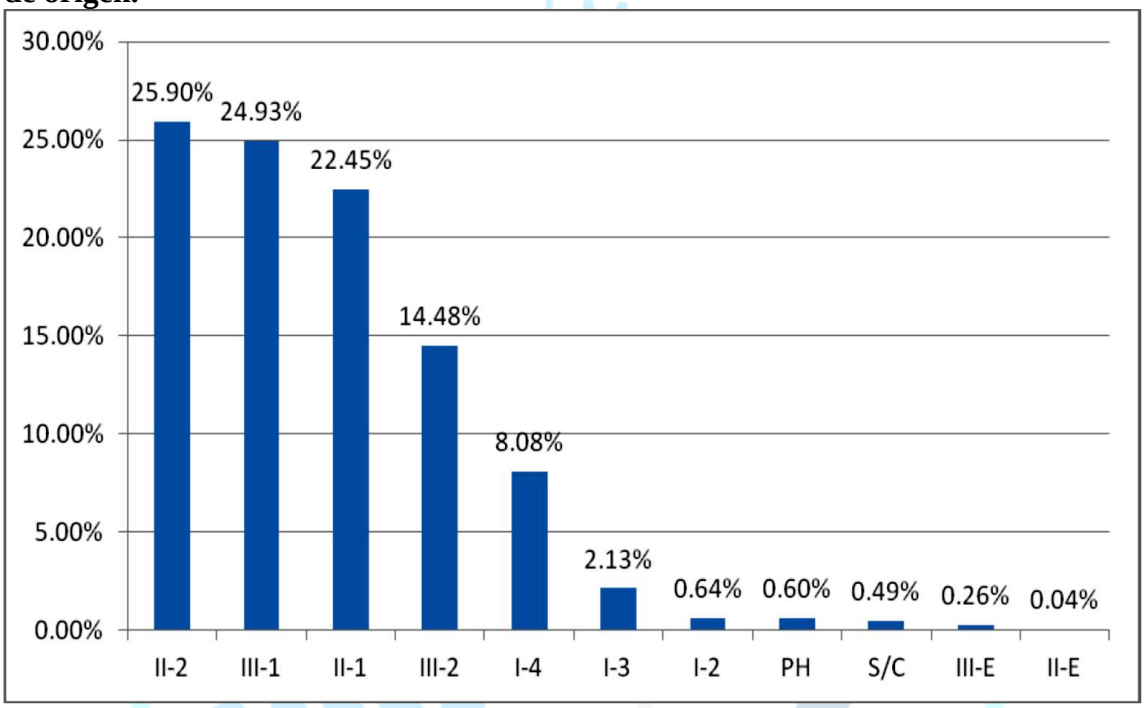
III.1.e. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.

El sistema de referencia y contrarreferencia en Lima ha mejorado progresivamente con la participación de los médicos del CENARUE, quienes se encargan de hacer las coordinaciones respectivas con los establecimientos que nos refieren pacientes, permitiendo un manejo previo más adecuado, y preparando al establecimiento de referencia para las emergencias que tenga que atender.

Debido a dificultades la información presentada es del año 2013. Así, la Oficina de CENARUE del INMP recibió un total de 2672 solicitudes de referencia, de las cuales

2320 (86.83%) correspondieron a referencias externas, y 352 (13.17%) correspondieron a solicitudes de referencia que hace el INMP para referir pacientes a otras instituciones.
La mayor parte de las solicitudes de referencia corresponden a gestantes 77.4%, y luego a neonatos en un 16.2%. Casi la totalidad de las solicitudes de referencia necesitaban atención por emergencia.
En el gráfico N° 8 se observa la distribución de la solicitud de referencia según el nivel de complejidad del establecimiento de origen.

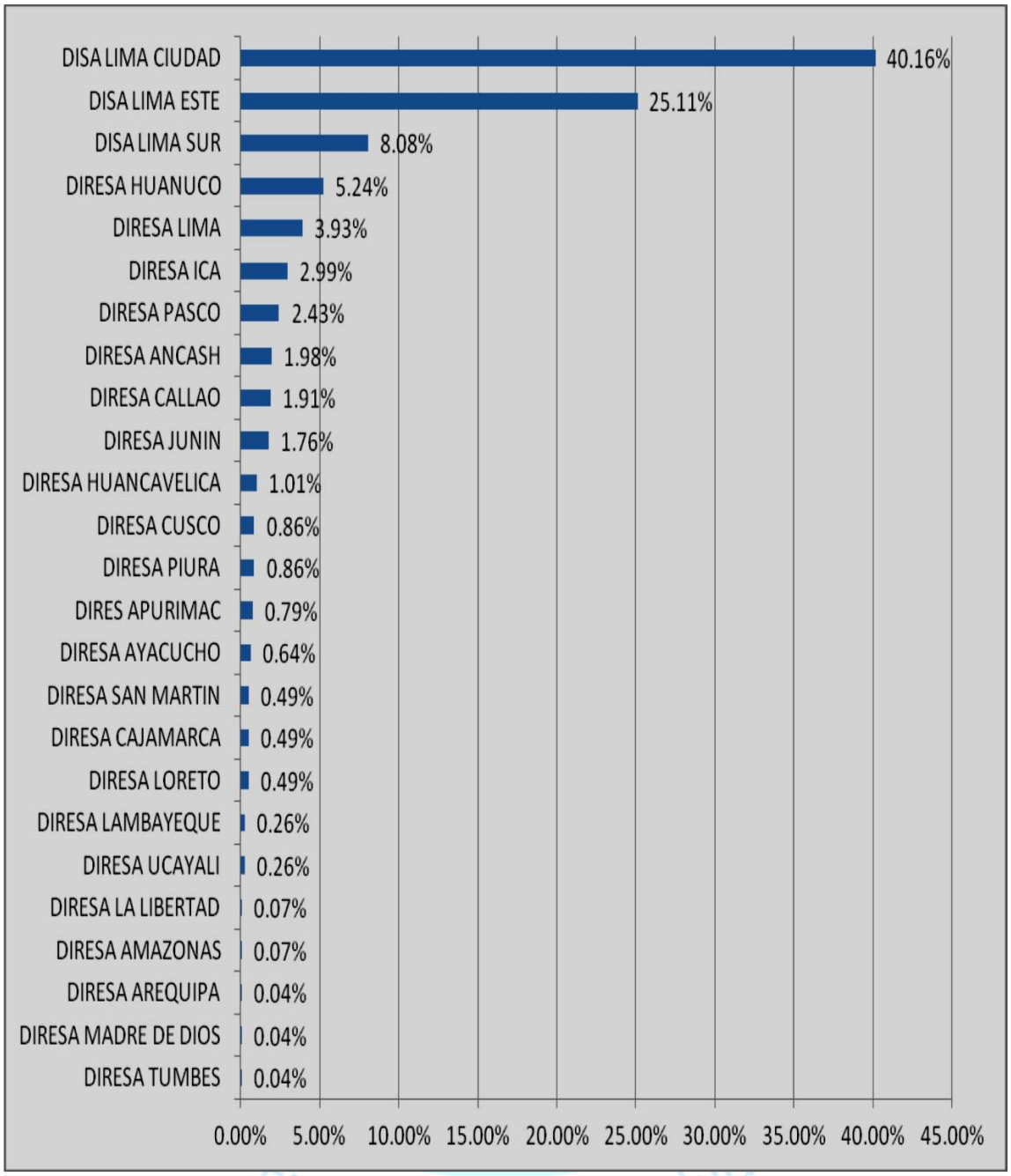
Gráfico N° 8. Distribución de solicitud de referencia según tipo de establecimiento de origen.



Fuente: Base de datos UCR INMP 2013

En el gráfico N° 9 vemos la distribución de las solicitudes de referencia según la procedencia.

Gráfico N° 9. Distribución de solicitud de referencia según procedencia.



Fuente: Base de datos UCR INMP 2013

Tabla N° 5. Solicitudes de referencia según especialidad médica.

DEMANDA SEGÚN ESPECIALIDAD MEDICA	TOTAL	%
MEDICINA INTENSIVA NEONATAL	1153	43.15%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	963	36.04%
MEDICINA INTENSIVA MATERNA	132	4.94%
NEONATOLOGIA	84	3.14%
CIRUGIA PEDIATRICA	53	1.98%
CIRUGIA GENERAL	45	1.68%
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	43	1.61%
NEUROCIRUGIA	31	1.16%
HEMATOLOGIA	19	0.71%
MEDICINA INTERNA	16	0.60%
PEDIATRIA	16	0.60%
MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	13	0.49%
CARDIOLOGIA	11	0.41%
MEDICINA INTENSIVA ADULTOS	11	0.41%
ONCOLOGIA MEDICA	11	0.41%
OFTALMOLOGIA	9	0.34%
NEFROLOGIA	8	0.30%
NEUROLOGIA	8	0.30%
RADIOLOGIA	7	0.26%
CIRUGIA TORAX Y CARDIOVASCULAR	5	0.19%
NEUMOLOGIA	5	0.19%
GASTROENTEROLOGIA	4	0.15%
TRAUMATOLOGIA	4	0.15%
UROLOGIA	3	0.11%
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	2	0.07%
NEFROLOGIA PEDIATRICA	2	0.07%
INFECTOLOGIA	2	0.07%
CIRUGIA PLASTICA	2	0.07%
PATOLOGIA CLINICA	1	0.04%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0.04%
MEDICINA INTENSIVA / TRAUMA SHOCK	1	0.04%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	1	0.04%
ENDOCRINOLOGIA	1	0.04%
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	1	0.04%
CIRUGIA PLASTICA / QUEMADOS	1	0.04%
CIRUGIA ONCOLOGICA	1	0.04%
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	1	0.04%
ANESTESIOLOGIA	1	0.04%
TOTAL	2672	**100.00%**

Tabla N° 6. Distribución de las referencias según patología.

DEMANDA SEGÚN PATOLOGIA MAS FRECUENTE	TOTAL	%
OTRAS PATOLOGIAS	1132	42.37%
PREECLAMPSIA SEVERA	315	11.79%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	302	11.30%
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	225	8.42%
TRABAJO DE PARTO PREMATURO	143	5.35%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL RECIEN NACIDO	126	4.72%
OLIGOHIDRAMNIOS	109	4.08%
TRABAJO DE PARTO A TERMINO (FASE LATENTE Y ACTIVA)	104	3.89%
SEPSIS NEONATAL	78	2.92%
PLACENTA PREVIA	71	2.66%
DESPROPORCION CEFALOPELVICA (MACROSOMIA Y PELVIS ESTRECHA	67	2.51%
TOTAL	2672	**100.00%**

III.2. Morbilidad Hospitalaria.

III.2.1. Egresos hospitalarios..

Se ha observado un aumento progresivo de los egresos hospitalarios en Gíneco Obstetricia y en Neonatología en relación a los años anteriores. La huelga médica ocurrida desde julio a setiembre disminuyó la atención, aun así la concurrencia de pacientes fue alta.

Tabla N° 7. Egresos hospitalarios por servicios, periodo 2010 - 2014

Servicios	2010	2011	2012	2013	2014
1 Servicio Obstétrico	18885	16669	17864	17532	18821
2 Servicio Bajo Tarifario Diferenciado	2540	2940	3193	3410	2105
3 Servicio Ginecológico	1266	1150	1165	1187	890
4 UCI Materno	19	17	14	5	14
Total Gíneco-Obstetricia	**22710**	**20776**	**22236**	**22134**	**21830**
5 UCI Neo	467	473	477	450	330
6 Intermedio	2101	2317	2363	2597	2787
7 Alojamiento Conjunto	12	28	5	28	64
Total Neonatología	**2580**	**2818**	**2845**	**3075**	**3181**
Total Hospital	**25290**	**23594**	**25081**	**25209**	**25011**

III.2.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.

III.2.2.a. Ginecología

La mayoría de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología tienen cirugías electivas; siendo la Miomatosis Uterina la patología más frecuente.
En el año 2013 el problema de infertilidad de causa tubárica estuvo en segundo lugar como patología más frecuente, sin embargo para el 2014 el embarazo ectópico adquirió esta posición.

Tabla N° 8. Principales Diagnósticos Egreso Ginecología 2012 - 2014

Diagnóstico de Egreso	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N	%
Miomatosis uterina	233	20.3	241	20.4	141	15.8
Infertilidad femenina de origen tubárico	101	8.8	115	9.8	38	4.3
Quiste ovárico	88	7.7	84	7.1	46	5.2
Embarazo ectópico	54	4.7	60	5.1	99	11.1
Prolapso genital	48	4.2	53	4.5	46	5.2
Pólipo del Cuerpo del útero	46	4	51	4.3	5	0.6
Adherencias peritoneales pélvicas femeninas	41	3.6	48	4.1	4	0.4
Hiperplasia Endometrial	39	3.4	34	2.9	21	2.4
Displasia cervical	33	2.9	25	2.1	4	0.4

III.2.2.b. Obstetricia

La mayor parte de pacientes que tienen hospitalización en los Servicios de Obstetricia son por motivo de trabajo de parto, sin embargo muchos de ellos presentan complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio. En la tabla N° 9 observamos los principales diagnósticos de patología obstétrica de los últimos 3 años.

Tabla N° 9. Diagnósticos de patología obstétrica de Egreso en el INMP. 2012 – 2014

Diagnóstico	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N	%
Infecciones maternas	2449	12.86	2510	12.6	1576	7.5
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1572	8.26	1611	8.1	1197	5.6
Aborto	885	5	669	3.5	567	2.7
Hemorragia Obstétrica	562	2.95	589	3	875	4.1
Total de Egresos	19031	100	19950	100	21079	100

Las patologías que vemos con más frecuencia entre las gestantes hospitalizadas son los problemas infecciosos, correspondiendo a pacientes que presentan ruptura prematura de

membranas (RPM) y Corioamnionitis y en segundo lugar a las infecciones del tracto urinario. Otra causa importante de hospitalización de gestantes son los Trastornos Hipertensivos del embarazo, correspondiendo al 5.6% de las pacientes obstétricas hospitalizadas. Los abortos corresponden al 2.7% de las pacientes obstétricas hospitalizadas, sin embargo debemos mencionar que la mayor parte de los casos tienen manejo ambulatorio en el servicio de Emergencia, hospitalizándose generalmente las pacientes con complicaciones hemorrágicas o infecciosas y aquellas con gestaciones mayores a 13 semanas. Los casos de Hemorragia Obstétrica se presentaron en el año 2013 en menor porcentaje, sin embargo para el 2014 aumentó su frecuencia de presentación. Esta complicación implica una alta morbilidad, teniendo muchas de ellas la necesidad de hospitalizarse en Cuidados Intensivos.
En las siguientes tablas observamos la distribución de patologías en cada grupo asociado.

Tabla N° 10. Distribución de la Enfermedad hipertensiva del embarazo en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N°	%
Preeclampsia	1490	94.8	1522	94.5	1136	94.9
Eclampsia	21	1.3	24	1.5	23	1.9
Síndrome de HELLP	61	3.9	65	4	38	3.2

Tabla N° 11. Distribución de la Hemorragia Obstétrica según causa en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N	%
Hemorragia posparto	302	53.7	319	54.2	491	56.1
Placenta Previa	131	23.3	143	24.3	204	23.3
DPP	93	16.5	90	15.3	144	16.5
Ruptura Uterina	24	4.3	26	4.4	19	2.2
Shock Hipovolémico	12	2.1	11	1.9	17	1.9

Tabla N° 12. Distribución según tipo de Aborto en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N	%
Aborto incompleto	424	47.9	347	51.8	352	62.1
Aborto frustro	187	21.1	117	17.5	55	9.7
Aborto incompleto infectado	39	4.4	26	3.8	35	6.2
Embarazo ectópico	25	2.8	23	3.4	23	4.1
Otros	210	23.7	156	23.3	102	18.0

Tabla N° 13. Distribución según tipo de infección obstétrica en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N	%
RPM - Corioamnionitis	1465	62.18	1509	62.79	1023	64.09
ITU	825	35.01	841	34.99	503	31.52
Sepsis	48	2.04	38	1.59	48	3.01
VIH	18	0.77	15	0.63	22	1.38

III.2.2.c. Neonatología.

La mayor parte de neonatos que necesitan hospitalización son prematuros, los cuales generalmente tienen estancias hospitalarias prolongadas, y presentan varias complicaciones durante su hospitalización.

Las patologías más frecuentemente encontradas entre los neonatos hospitalizados corresponden tanto los problemas infecciosos, como los cuadros de Síndrome de Dificultad Respiratoria, en especial a los prematuros, en quienes tanto el sistema respiratorio como el inmunológico están todavía en desarrollo.

Otro motivo frecuente de hospitalización son los casos de Hiperbilirrubinemia.

Tabla N° 14. Patología de Egreso Neonatología INMP. 2012 – 2014

Diagnóstico de egreso	2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N°	%
SDR	701	30	721	29.6	302	22.0
TTRN (P221)	488	20.9	520	21.4	200	14.6
EMH (P220)	105	4.5	101	4.2	23	1.7
SAM (P241)	55	2.3	49	2	18	1.3
Neumonia - Bronconeumonia (P239)	42	1.8	36	1.5	44	3.2
Neumotorax (P251)	11	0.4	15	0.6	17	1.2
INFECCION	939	40.2	915	37.6	319	23.3
Sepsis (P369)	844	36.2	833	34.2	283	20.6
NEC (P77)	10	0.4	8	0.3	1	0.1
Sífilis (A50 - A53)	77	3.3	69	2.8	31	2.3
VIH (RN de madre con VIH+)	8	0.3	5	0.2	4	0.3
TRASTORNO METABOLICO	228	9.7	206	8.5	82	6.0
Hipoglicemia (P704)	188	8	172	7.1	77	5.6
Hiperglicemia (R739)	40	1.7	34	1.4	5	0.4
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	81	3.5	87	3.6	28	2.0
CID (P60)	12	0.5	15	0.6	2	0.1
Anemia (P614)	69	2.9	72	3	26	1.9
HIPERBILIRRUBINEMIA	993	42.5	1036	42.6	594	43.2
Incompatibilidad ABO (P551)	41	1.7	38	1.6	25	1.8
Incompatibilidad Rh (P550)	2	0.1	3	0.1	1	0.1
Otras hiperbilirrubinemias (P599)	950	4.7	995	40.9	568	41.3
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	6	0.3	5	0.2	11	0.8

Hemorragia Intra ventricular (P523)	5	0.2	4	0.2	10	0.7
Síndrome Convulsivo (P90x)	1	0.0	1	0.0	1	0.1
MALF. CONGENITAS QUIRURGICAS	15	0.6	18	0.7	9	0.6
Onfalocele (Q792)	1	0.0	2	0.0	1	0.1
Gastrosquisis (Q793)	1	0.0	1	0.0	2	0.1
Hidrocefalia (G911)	13	0.5	15	0.5	6	0.4
SINDROMES CROMOSOMICOS						
Síndrome Down	29	1.2	26	1.2	29	2.1

III.2.3. Morbilidad en Consultorios externos.

III.2.3.a. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.

La mayor parte de atenciones prenatales en el INMP corresponden a control prenatal de pacientes de bajo riesgo, lo que evidencia las dificultades en el sistema de redes del MINSA.

Muchas de las referencias solicitadas por otros establecimientos de salud se atienden directamente por emergencia y se hospitalizan y no vemos pacientes con embarazos de alto riesgo en la consulta externa, función que debería asumir el Instituto.

En la tabla N° 15 y 15ª; observamos las patologías más frecuentes observadas en el 2012 – 2013 y en el 2014. Las atenciones por cesáreas anteriores ocupan el mayor porcentaje de atención seguido por los problemas infecciosos y la anemia en el embarazo.

Tabla N° 15. Diagnósticos más frecuentes en la Atención prenatal del INMP.2012 – 2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	Nro	%
Supervisión de embarazos normales	18766	40.25	19,890	42.2
Supervisión del embarazo de alto riesgo	6389	13.7	7,109	15.1
Supervisión de primigesta muy joven	1105	2.37	1,307	2.7
Infección urinaria en el embarazo	488	1.05	565	1.2
Atención por cesárea anterior	255	0.55	279	0.6
Anemia que complica el parto y puerperio	196	0.42	234	0.5

Tabla N° 15a. Diagnósticos más frecuentes en la Atención prenatal del INMP – 2014.

DIAGNOSTICO	Nº	%
TOTAL DE ATENCIONES EN TODOS LOS CONSULTORIOS (GO-NEO)	110,913	
1 CONSULTORIO DE OBSTERICIA (Atenciones) -->	**23,570**	
Atención mater. p/cicatriz uterina previa (O342)	1,875	7.96
Infección genital en el embarazo (O235)	1,003	4.26
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio (O990)	610	2.59
Infección del tacto urinario (ITU) (O234, O231, O230)	139	0.59

Embarazo doble (O300)	107	0.45
Atención materna por presentación de nalgas (podálico) (O321)	74	0.31
Hipertensión gestacional (preeclampsia leve) (O13X)	51	0.22
Amenaza de aborto (O200)	32	0.14
Atención mater. por anorma. y lesión fet. no esp. (O359)	19	0.08
Placenta previa con especif. d/q/ no hubo hemorragia (O440)	16	0.07
Atención mater. p/anomalía congénita del útero (O340)	13	0.06
Atención mater. p/ estrechez gral. d/l/ pelvis (O331)	12	0.05
Trab. de parto obstruido debida a obstrucción s/otra especif. (O654)	11	0.05
Atención mater. p/otras anormal. (cistocele - rectocele) (O348)	10	0.04

Tabla N° 16. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Puerperio INMP. 2012- 2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Seguimiento postparto, (Cesárea)	1,303	31.45	1686	38.19
Seguimiento postparto, de rutina	903	21.80	1094	24.78
Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	444	10.72	165	3.74
Prueba y ajuste de dispositivo no especificado	89	2.15	120	2.72
Esterilización	91	2.20	94	2.13
Atención de apósitos y suturas	61	1.47	85	1.93
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	40	0.97	78	1.77
Anemia que complica el embarazo parto y puerperio	23	0.56	43	0.97
Otros	1163	28.08	995	22.54
Total	**4142**	**100**	**4415**	**100**

Tabla N° 17. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Puerperio INMP. 2014

Diagnósticos Consultorio Puerperio	N°	%
Cuidado posterior a la cirugía	1705	70.57
Seguimiento postparto de rutina	468	19.37
Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio	70	2.90
Infección de la herida quirúrgica obstétrica	69	2.86
Dehiscencia de sutura obstétrica perineal	28	1.16
Consejo y asesoramiento sobre anticoncepción	21	0.87
Otras infecciones genitales consecutivas al parto	12	0.50
Infección de las vías urinarias consecutiva al parto	8	0.33
Mastitis asociada al parto	6	0.25
Otros Diagnósticos	29	1.20
Total	**2416**	**100**

III.2.3.b. Morbilidad en Consultorios de Ginecología

Mostramos en n la tabla N° 19, los diagnósticos más frecuentes encontrados en los consultorios de ginecología de acuerdo a la subespecialidad del año 2014, hemos dejado los diagnósticos encontrados en el 2012 – 2013 para poder compararlos. Podemos resumir que las enfermedades infecciosas ginecológicas son el común en todos los consultorios, seguido de los problemas de infertilidad, menopausia y finalmente los problemas tumorales benignos.

Tabla N°18. Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología 2012 – 2013

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Infección de vías urinarias sitio no especificado	2994	11.7	2479	10.3
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	2381	9.3	1687	7
Cuidado posterior a la Cirugía	1884	7.4	1834	7.6
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1848	7.2	1858	7.7
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	1067	4.2	1338	5.5
Displasia cervical leve	1009	4.0	1009	4.2
Supervisión post AMEU	1001	3.9	1143	4.7
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	3.2	905	3.7
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	3.1	822	3.4
Leiomioma del útero	773	3.0	882	3.7
Infertilidad femenina no especificada	601	2.4	601	2.5
Hemorragia uterina anormal	457	1.8	454	1.9
Amenorrea secundaria	427	1.7	427	1.8
Mastopatía quística difusa	426	1.7	315	1.3
Abortadora habitual	288	1.1	311	1.3
Infección por Papiloma Virus	227	0.9	255	1.1
Estados asociados con menopausia artificial	181	0.7	159	0.7
Quiste ovárico	172	0.7	188	0.8
Otros trastornos menopaúsicos y perimenopáusicos especificados	153	0.6	125	0.5
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	0.4	99	0.4
Displasia cervical moderada	80	0.3	90	0.4
Otros diagnósticos	7833	30.7	7179	29.7
Total	25500	100	24160	100

Tabla N°19. Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología 2014

CONSULTORIO/DIAGNOSTICO	Nº	%
TOTAL DE ATENCIONES	110,913	
Resto de Diagnósticos	110,289	99.44
1 CONSULTORIO DE GINECOLOGIA GENERAL (Atenciones) -->	6,851	
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1,478	21.57

Infección de la vías urinarias	743	10.85
Enfermedad inflamatoria pélvica	598	8.73
Cuidado posterior a la Cirugía	464	6.77
Leiomioma del útero	425	6.20
Estados menopaúsicos y climatéricos femeninos	235	3.43
Quistes ováricos	206	3.01
Prolapso genital no especificado	185	2.70
Supervisión post AMEU	63	0.92
Prolapso uterovaginal completo	58	0.85
Otros Diagnósticos	2,634	38.45
2 CONSULTORIO DE CLIMATERIO (Atenciones) -->	1,174	
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	633	53.92
Hemorragia postmenopáusica	230	19.59
Estados asociados con menopausia artificial	186	15.84
Otros trastornos menopaúsicos y perimenopáusicos especificados	94	8.01
Vaginitis atrófica postmenopáusica	19	1.62
Otros Diagnósticos	83	7.07
3 CONSULTORIO DE REPRODUCCION HUMANA (Atenciones) -->	2,350	
Infertilidad femenina de origen tubárico	641	27.28
Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	631	26.85
Infertilidad femenina no especificada	311	13.23
Abortadora habitual	209	8.89
Infertilidad asociada a factor masculino	142	6.04
Infertilidad femenina de origen uterino	138	5.87
Investigación y prueba de procreación	100	4.26
Otros Diagnósticos	452	19.23
4 CONSULTORIO DE UROGINECOLOGIA (Atenciones) -->	2,362	
Vaginitis aguda (vulvovaginitis)	437	18.50
Hemorragia Vaginal y Uterina Anormal	163	6.90
Prolapso genital no especificado	81	3.43
Infección de las vías urinarias	52	2.20
Otros Diagnósticos	1,685	71.34
5 CONSULTORIO DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA (Atenciones) -->	3,358	
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	500	14.89
Mastopatía quística difusa	337	10.04
Tumor de comportamiento incierto de la mama	205	6.10
Infección por Papiloma Virus	125	3.72
Displasia cervical moderada	62	1.85
Tumor maligno de cuello uterino	55	1.64
Displasia cervical severa	46	1.37
Displasia cervical leve	1	0.03
Otros Diagnósticos	2,645	78.77
Atenciones en Otros Consultorios	94,818	

III.2.3.c. Morbilidad en Consultorios de Pediatría

Como observamos en la tabla 20, la consulta externa pediátrica corresponde en su mayoría a los controles de seguimiento de neonatos de alto riesgo (en su mayoría prematuros); y dentro de las patologías más frecuentes están las afecciones del sistema respiratorio.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el INMP orienta la atención hacia los neonatos de alto riesgo, presentando algunos de ellos patología crónica o secuelas neurológicas que ameritan manejo prolongado. En las tablas 21 se muestran los principales diagnósticos reportados en el consultorio de Medicina Física y Rehabilitación.

Tabla N°20. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio Neonatal 2014

DIAGNOSTICO	Nº	%
TOTAL DE ATENCIONES EN TODOS LOS CONSULTORIOS (GO-NEO)	110,913	
1 CONSULTORIO DE NEONATOLOGIA (Atenciones) -->	5,950	
Atención del niño sano en consult. ext. (U160)	2,306	38.76
Rinofaringitis aguda (resfrio común) (J00X)	406	6.82
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Z876)	343	5.76
Hipertonía congénita (P941)	305	5.13
Otros recién nacidos pretermino (P073)	263	4.42
Otras hemorragias fetales y neonatales especificadas (P548)	236	3.97
Bronquitis aguda, no especificada (J209)	225	3.78
Atención de la salud de otros niños o lactantes sanos (Z762)	192	3.23
Ictericia neonatal, no especificada (P599)	186	3.13
Rinitis vasomotora (J300)	91	1.53
Faringitis aguda, no especificada (J029)	88	1.48
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec (A09X)	86	1.45
Bajo peso para la edad gestacional (P050)	67	1.13
Anemia de tipo no especificado (D649)	64	1.08
Control de salud de rutina del niño (Z001)	62	1.04
RESTO DE DIAGNOSTICOS DE NEONATOLOGIA	1,250	21.01

Tabla N°21. Principales motivos de consulta en Rehabilitación 2014

DIAGNOSTICO	Nº	%
TOTAL DE ATENCIONES EN TODOS LOS CONSULTORIOS (GO-NEO)	110,913	
1 CONSULTORIO DE REHABILITACIÓN (Atenciones) -->	4,140	
Hipertonía congénita (P941)	1,768	42.71
Hipotonía congénita (P942)	1,291	31.18
Trastornos específicos del desarrollo de la función motriz (F82)	1,689	40.80
Lentitud en la ingestión de alimentos del recién nacido (P922)	546	13.19

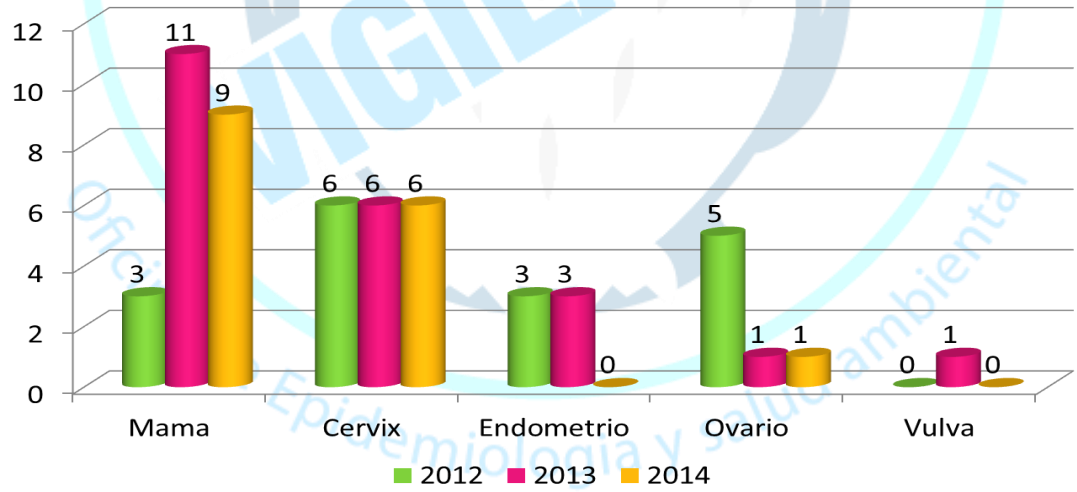
Parálisis cerebral espástica (G800)	139	3.36
Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica (Q900)	115	2.78
Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal (P271)	113	2.73
Trastornos generalizados del desarrollo (F84)	93	2.25
Peso bajo al nacer (P071)	64	1.55
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada (P369)	57	1.38
Otros trastornos del tono muscular en el recién nacido (P948)	51	1.23
Peso extremadamente bajo al nacer (P070)	42	1.01
Neumonia congénita, organismo no especificado (P239)	29	0.70
Dificultad neonatal en la lactancia materna (P925)	26	0.63
Otras atelectasias del recién nacido y las no especificadas (P281)	19	0.46
RESTO DE DIAGNOSTICOS DE TERAPIA	132	3.19

III.3. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.

III.3.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.

La vigilancia de casos de cáncer se viene realizando a través de los reportes que se obtienen en coordinación con la Unidad de Ginecología Oncológica desde el 2012.
A continuación mostramos la distribución de los casos de cáncer en el periodo 2012 – 2014 según órgano afectado. Observamos que la localización más frecuente fue mama seguido de cérvix uterino en los dos últimos años evaluados.

Gráfico N° 10. Distribución según localización de Cáncer Ginecológico. INMP Periodo 2012 – 2014



III.3.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.

Entre el año 2010 y 2014 se evidencia una tendencia a la disminución de los casos identificados de VIH, sin embargo para los casos de Sífilis hubo un aumento de casos al 2014. Esto requiere la sensibilización a la población y continuar con campañas de prevención y educación para la disminución en la incidencia de estos casos.

Gráfico N° 11. Gestantes con diagnóstico de VIH en el INMP 2010 - 2014

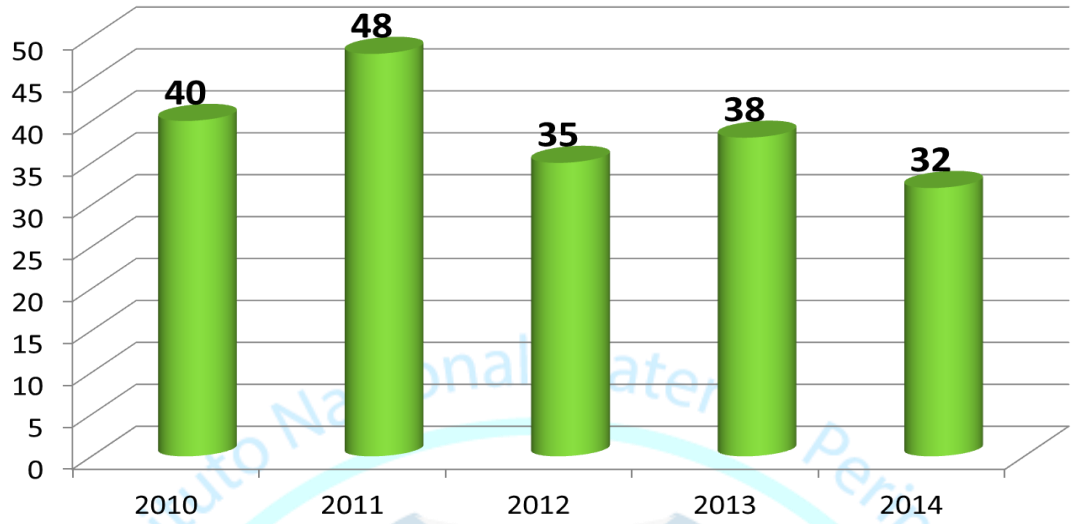
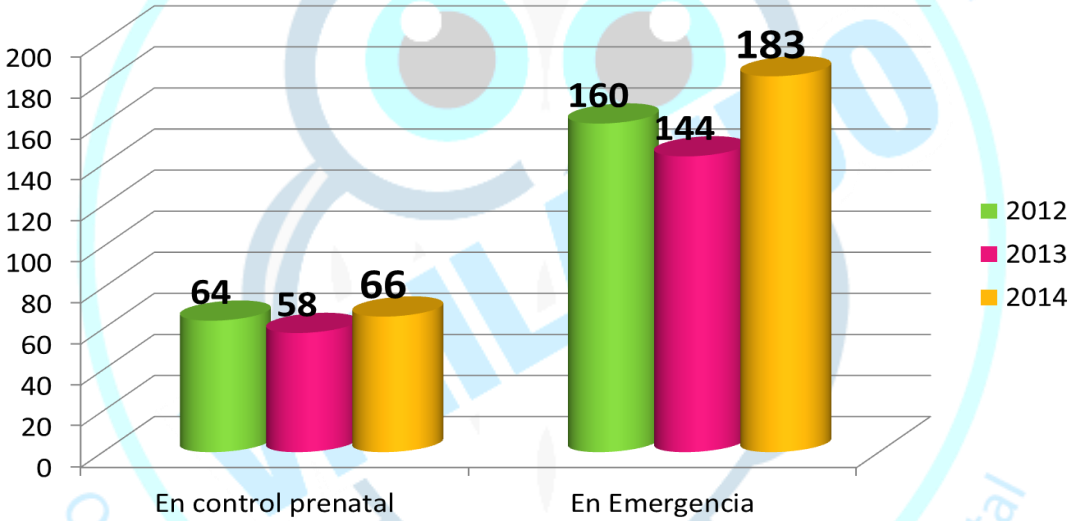


Gráfico N° 12. Gestantes con diagnóstico de Sífilis en el INMP



III.3.3. Vigilancia de Tuberculosis.

La vigilancia epidemiológica de casos de Tuberculosis se viene realizando desde mayo del 2013, de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 053 MINSA/DGE-V.01 Directiva Sanitaria para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis, de fecha 9 de abril del 2013.

Así durante el año 2014 se identificaron un total de 8 casos de pacientes con Tuberculosis derivados, de las cuales 7 correspondieron a casos de TBC pulmonar y 1 caso de TBC extrapulmonar. Dos de las pacientes fueron puérperas, 3 gestantes, 2 pacientes con problemas ginecológicos y un paciente varón. De las pacientes derivadas para tratamiento 7 fueron sensibles al tratamiento y 1 caso fue multidrogoresistente.

El número de pacientes con TBC hospitalizados fueron 12 casos, de las cuales 11 fueron gestantes y 1 puérpera. De estas pacientes 8 tuvieron recién nacidos vivos, 1 caso terminó en óbito fetal y 1 en aborto. Los 8 recién nacidos recibieron tratamiento profiláctico.

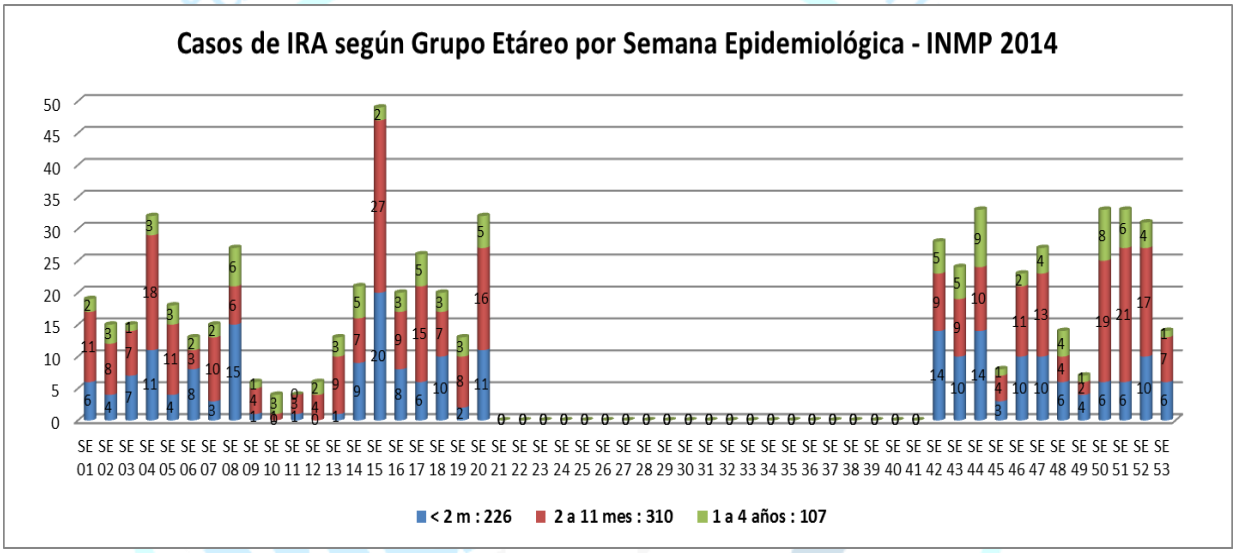
III.3.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.

El INMP realiza la vigilancia epidemiológica de IRAG inusitada según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°O45-MINSA/DGE-V.01: "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, de Otros Virus Respiratorios (OVR) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en el Perú".

En el año 2013 se presentó un incremento de casos diagnosticados de infección por el virus de influenza en Lima, y así se identificaron un total de 8 casos de IRAG inusitada, entre los meses de mayo y junio, de los cuales 6 correspondieron a infección por el virus de Influenza AH_1N_1. Los casos antes mencionados correspondieron a 7 gestantes y 1 puérpera, y todas evolucionaron de manera favorable.

Para el año 2014 no hubo infecciones por AH1N1, sin embargo las IRAs en menores siempre está presente como se observa en el siguiente cuadro:

Grafico N° 13: Casos de IRA según grupo etáreo por semana epidemiológica - 2014



III.3.5. Vigilancia de Brotes.

En el año 2013 se presentó un brote de Salmonella en el Departamento de Neonatología del INMP, entre fines de agosto e inicio de setiembre, afectando a un total de 16 casos con confirmación bacteriológica de Salmonella infantis.

La mayor parte de los casos presentaron diarrea con moco y/o rasgos de sangre, cursando con cuadros leves y evolución favorable, con excepción de 1 caso de un prematuro de 1690 gr de peso al nacer, con un curso atípico de la infección, agresivo y rápidamente generalizado, no reportándose un cuadro diarreico como en los otros pacientes, y que desarrolló meningoencefalitis y abscesos cerebrales, quien evolucionó favorablemente luego de drenaje quirúrgico y fue dado de alta.

En el año 2014 no hubo presencia de brotes, sin embargo la Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental en coordinación con el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud nos mantenemos en vigilancia activa ante la ocurrencia de un brote.

III.3.6. Morbilidad Materna Extrema.

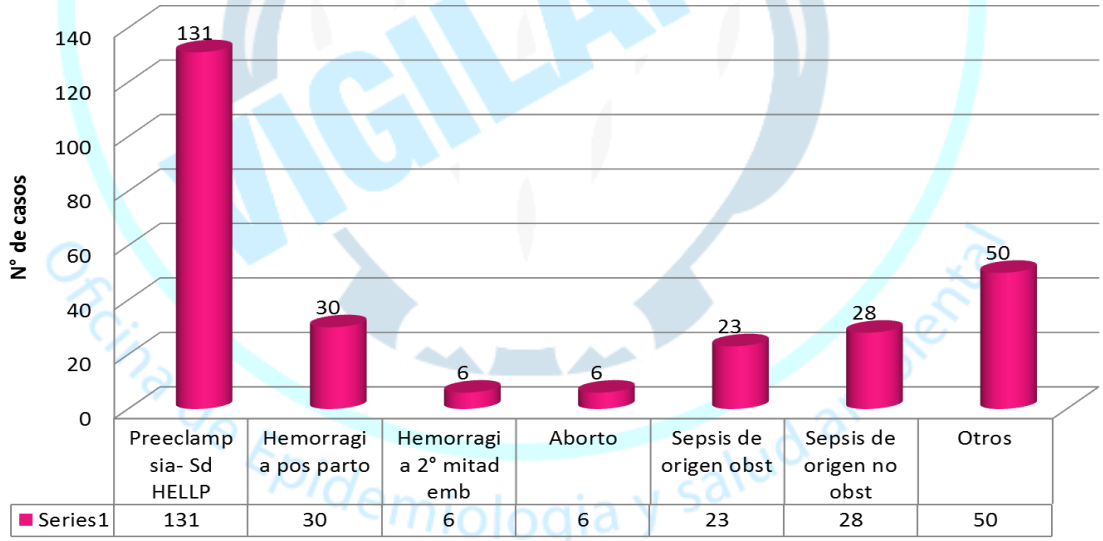
La vigilancia de los casos de Morbilidad Materna Extrema se viene realizando desde octubre del 2011 a manera de piloto, y en forma regular desde enero del 2012, a cargo de la Unidad de Cuidados Críticos y a partir del 2014 en coordinación con la Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental. En el año 2012 se registraron 263 casos, en el año 2013 un total de 230 casos y para el 2014 un total de 274 casos.

Para la definición de casos de Morbilidad Materna Extrema en el INMP, se han seguido los criterios de la FLASOG, por lo que se debe cumplir uno o más de los siguientes criterios:

a) Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.
b) Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
c) Criterios relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

En los siguientes gráficos, observamos los casos de MME agrupados según la patología principal causante de la complicación obstétrica, observando que la Preeclampsia es la principal causa de morbilidad materna extrema en el INMP, correspondiendo a cerca de la mitad de los casos hospitalizados en la UCI Materna, en los 2 últimos años.

Gráfico N° 14. MME según diagnóstico agrupado. INMP 2014



Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos – OESA / INMP

Finalmente, en la siguiente tabla podemos apreciar los indicadores de resultado de MME, los que nos dan una idea del tipo de pacientes que recibe la institución, así como la capacidad de respuesta que se tiene ante las complicaciones obstétricas.

Tabla N° 22. Indicadores de la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2012 – 2014

INDICADOR	FORMULA	2012	2013	2014
Razon de MME (Prevalencia)	N° casos de MME x 1000	16.72	13.5	13.78
Evalua el aporte de la MME en la atencion	Total Nacidos vivos			
de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)				
Indice de Mortalidad (Letalidad en las	N° Muertes Maternas x 100	3.3	2.5	1.8
Mujeres con MME- Calidad de atencion)	N° Muertes Maternas + N° MME			
(Meta <4%)				
Relacion MME/MM (Letalidad - Calidad	N° MME	29.2	38.3	54.8
de atencion) (Meta > 35)	N° MM			
Relación Criterios / Caso (Severidad)	N° Total de C.I.	3.95	4.0	3.4
(Meta < 5)	N° MME			
Indice de Mort Perinatal en MME (Impacto, Letalidad perinatal en MME, calidad	N° Muertes perinatales en MME x 100			5.5
de atencion y oport de rpta para reducir MF)	N° MME			

Podemos observar una menor prevalencia de MME en relación al año 2012, siendo el indicador bastante mayor al del estándar por el nivel de complejidad que tiene nuestra institución.
El índice de mortalidad ha disminuido en relación a los 2 años anteriores, lo que nos indica que estamos manejando mejor los casos de complejidad, pese a que la severidad de los mismos ha sido similar.

III.4. Infecciones Intrahospitalarias.

La tendencia de las infecciones intrahospitalarias es un indicador de la calidad de los servicios de salud y de la implementación de las medidas de bioseguridad. A continuación revisamos las infecciones intrahospitalarias ocurridas en el INMP en el año 2014.

III.4.a. Servicio de Obstetricia

En los últimos años, el INMP ha tenido cambios en infraestructura, equipamiento y mejoras en los procesos de atención; dándose énfasis al cumplimiento de las medidas de bioseguridad, profilaxis antibiótica, cumplimiento de listas de chequeo en sala de operaciones, todas estas medidas han dado como resultado una disminución sostenida de las infecciones intrahospitalarias como se puede ver a continuación.

Gráfico N° 15. Tendencia de Endometritis postparto vaginal. INMP 2006 - 2014

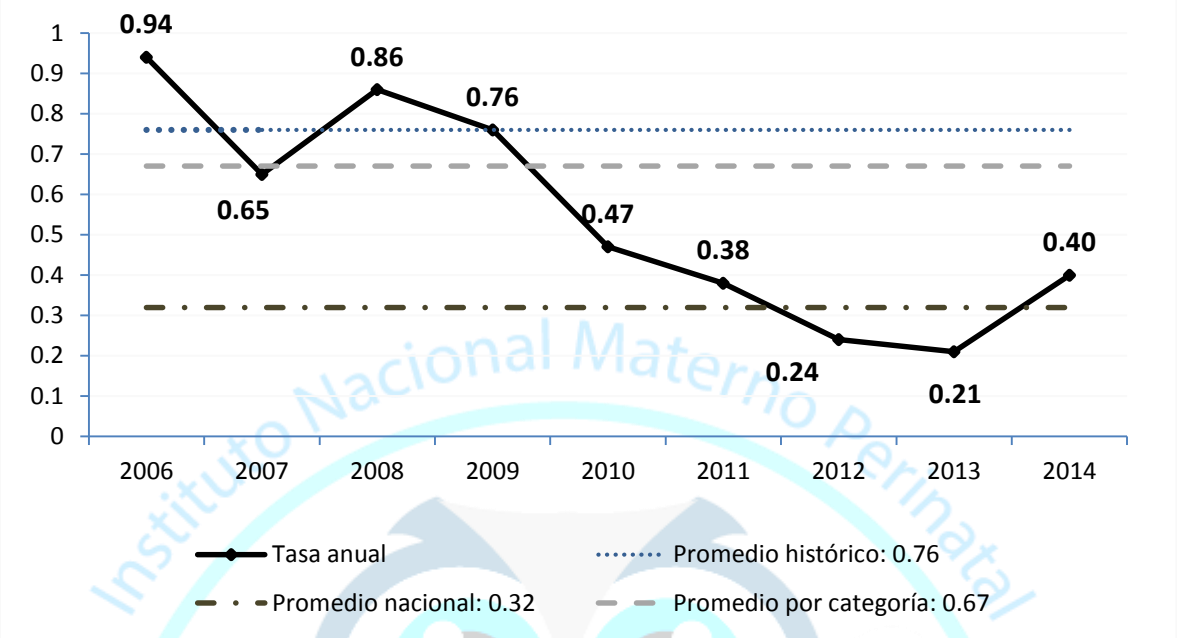


Gráfico N° 16. Tendencia de Endometritis post cesárea. INMP 2006 - 2014

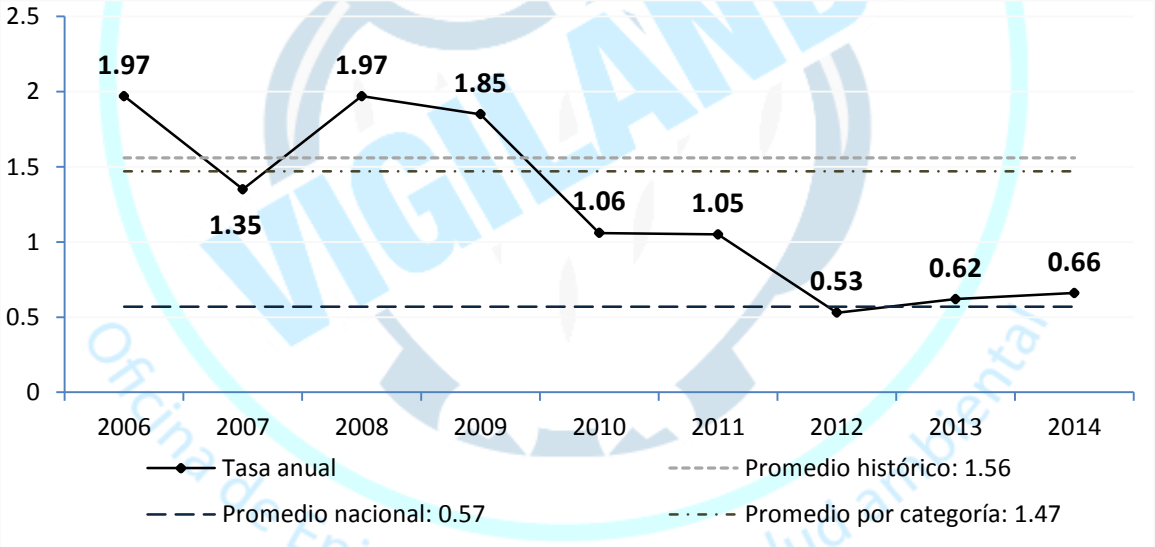
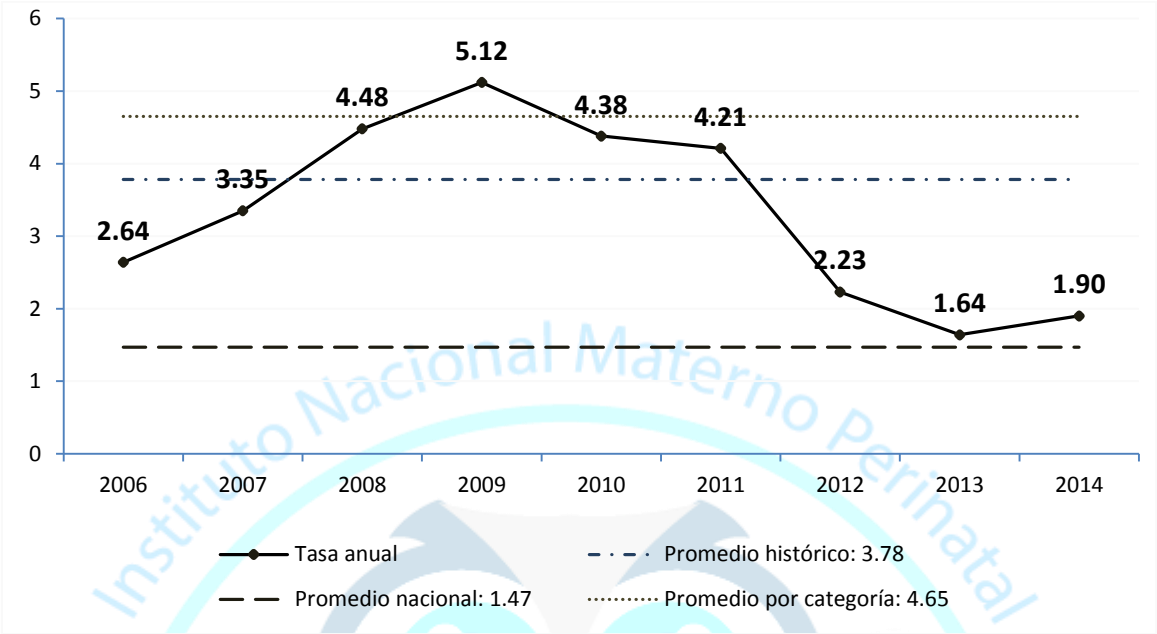


Gráfico N° 17. Tendencia de Infección de herida post cesárea INMP 2006 – 2014



Con respecto a las infecciones de herida quirúrgica de cesárea debemos mencionar que la vigilancia se realiza durante la hospitalización de la paciente y en adelante se piensa en ampliar la vigilancia a las pacientes que viene para su control ambulatorio, de manera que podamos sincerar este indicador.

III.4.b. UCI Materna.

La vigilancia epidemiológica activa la realizamos desde el 2012, por lo que todavía no presentamos gráficos de tendencia. En este caso los indicadores los presentamos en Densidad Incidencia (lo mismo que para la UCI Neonatal), de manera que se determina la ocurrencia de infección en relación al tiempo de exposición al factor de riesgo (Catéter Venoso Central, Catéter Venoso Periférico y Ventilación Mecánica).

Tabla N° 23. Vigilancia de IIH en UCI Materna. INMP. Enero - Diciembre 2013/2014

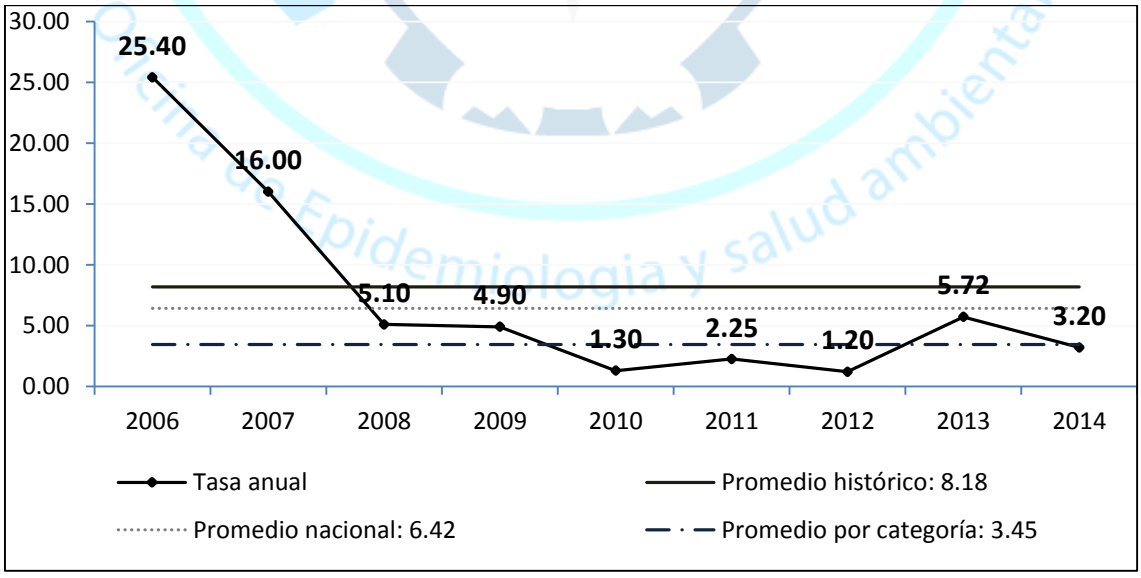
IIH	Nº días de exposición		Nº pacientes vigilados		Nº IIH		Densidad de Incidencia de IIH x 1000	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVC	413	308	71	62	5	2	**12.11**	**6.49**
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVP	896	731	219	165	4	2	**4.46**	**2.74**
Neumonía asociada a Ventilación Mecánica	250	276	50	61	3	2	**12**	**7.25**

III.4.c. Neonatología.

En el 2013 se observó un incremento de las IIH comparado con los años anteriores, sin embargo para el 2014 la cifra volvió a bajar.

A continuación revisamos los gráficos de infecciones de tracto sanguíneo asociadas a uso de CVC, CVP, y de neumonías asociadas a Ventilación Mecánica, comparando con los años anteriores y también los gráficos de canal endémico que nos permiten visualizar el comportamiento durante el año.

Gráfico N° 18. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVC (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2014



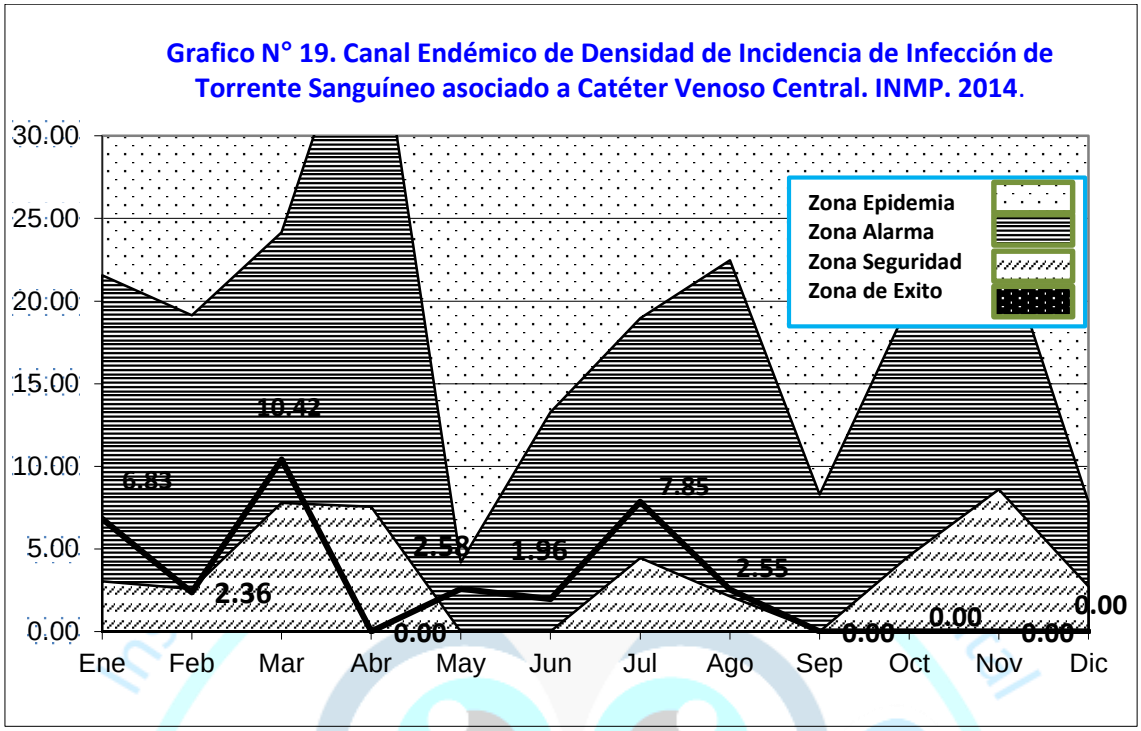
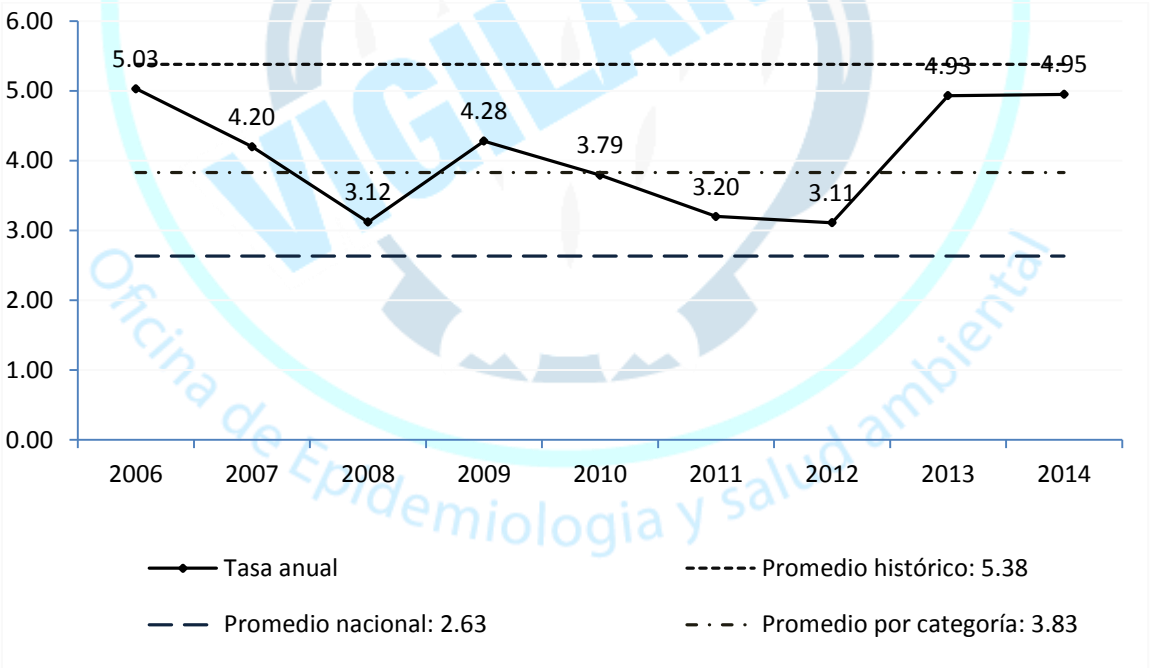


Gráfico N° 20. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVP (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2014.



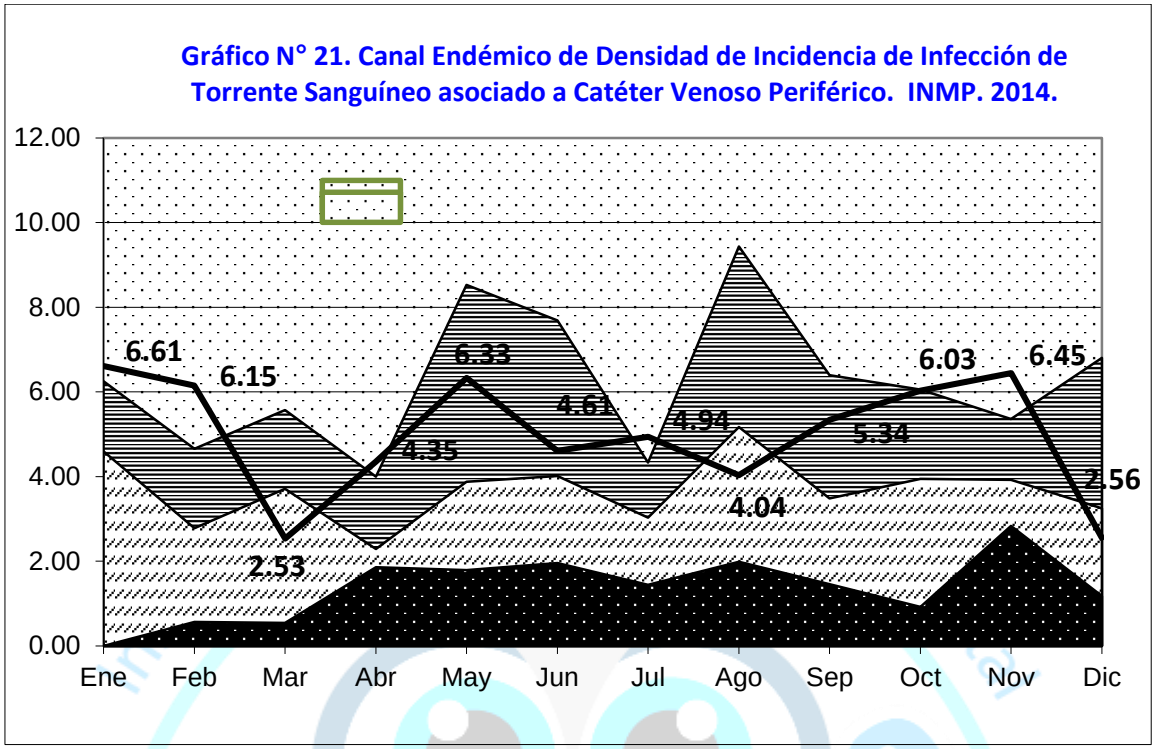


Gráfico N° 22. Densidad de Incidencia de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. Periodo 2006 – 2014

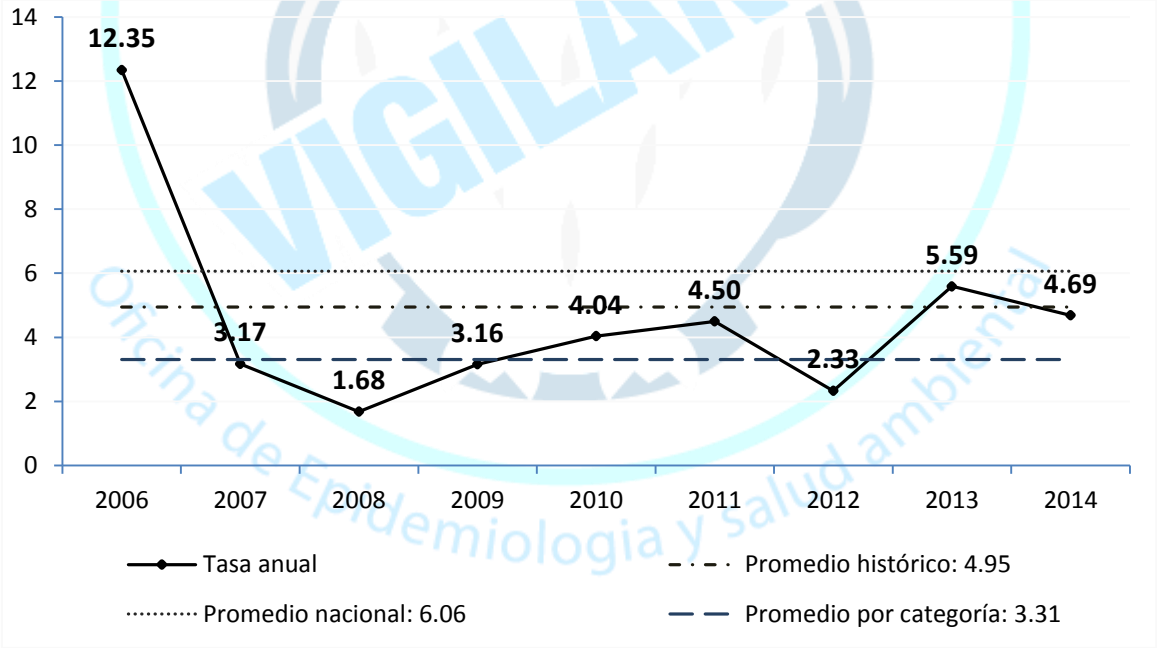
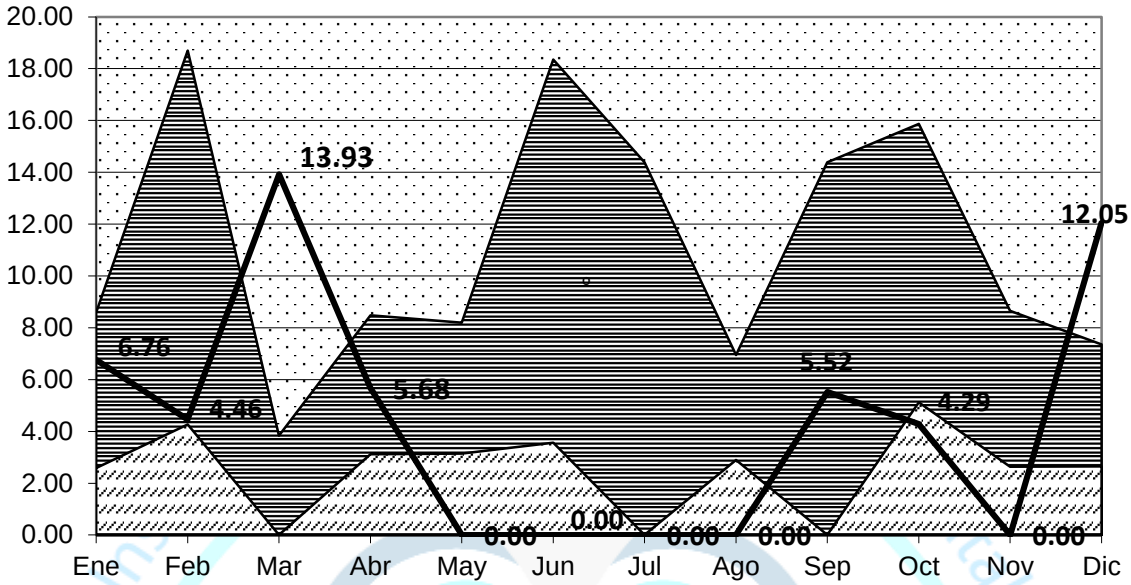


Gráfico N° 23. Canal Endémico Tasa de Infecciones Intrahospitalarias por Factor de Riesgo, Neumonía asociado a Ventilación Mecánica. INMP. 2014.



III.5. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

El INMP viene realizando una clasificación de sus residuos sólidos hospitalarios, que se generan aplicando la minimización y segregación adecuada desde la generación de los mismos, lo que contribuye a disminuir el gasto para la institución y a contribuir al cuidado del ambiente.

Los residuos comunes son retirados por los camiones recolectores de la Municipalidad Lima *"Relima"*. En el caso de los residuos peligrosos (biocontaminados y anatomopatológicos) es a través de la Empresa Prestadora de Servicios – Residuos Sólidos EPS-RS *"Global SIMED S.A"*, para lo cual cuenta con el registro otorgado por la Dirección General de Salud Ambiental – DIGESA.

La generación de residuos sólidos hospitalarios en el INMP es de 2.011 Kg/cama/día aproximadamente., presentando la siguiente distribución: 49.6% de biocontaminados, 8.9% anatomopatológicos (placentas o restos ginecológicos), 17.2 % comunes, 14.1% materia orgánica (residuos de cocina que no tuvieron contacto con paciente) y 10.2% de residuos reciclados.

Debemos tener en cuenta que la disminución de los residuos biocontaminados contribuye a la disminución de las tasa de infecciones intrahospitalarias, de gastos para la institución y sobre todo con el ecosistema, por ello este es un ***indicador de gestión*** que evaluamos para que se cumpla a cabalidad.

Gráfico N° 24: Cantidad de Residuos Sólidos generados 2013 - 2014

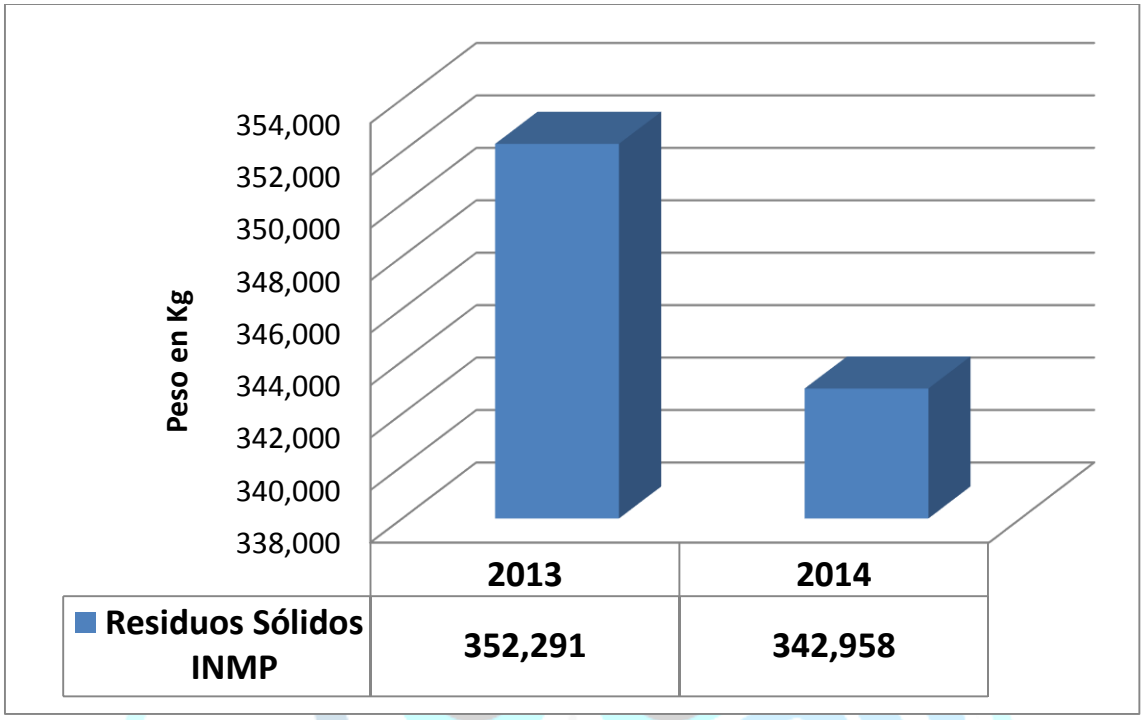
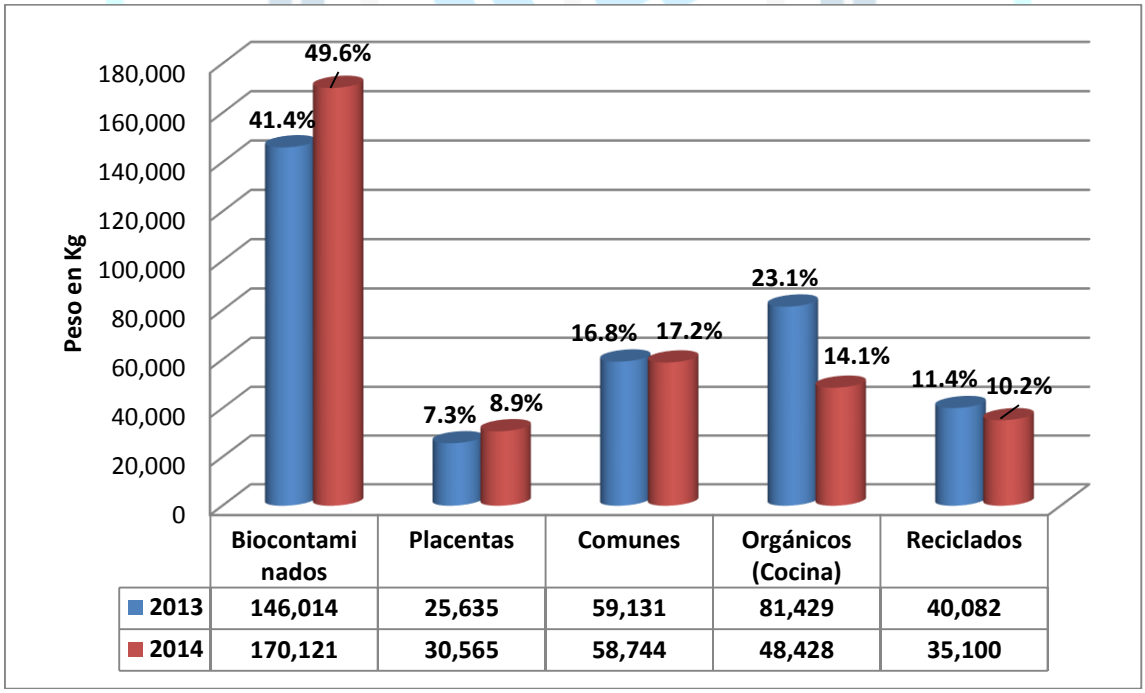


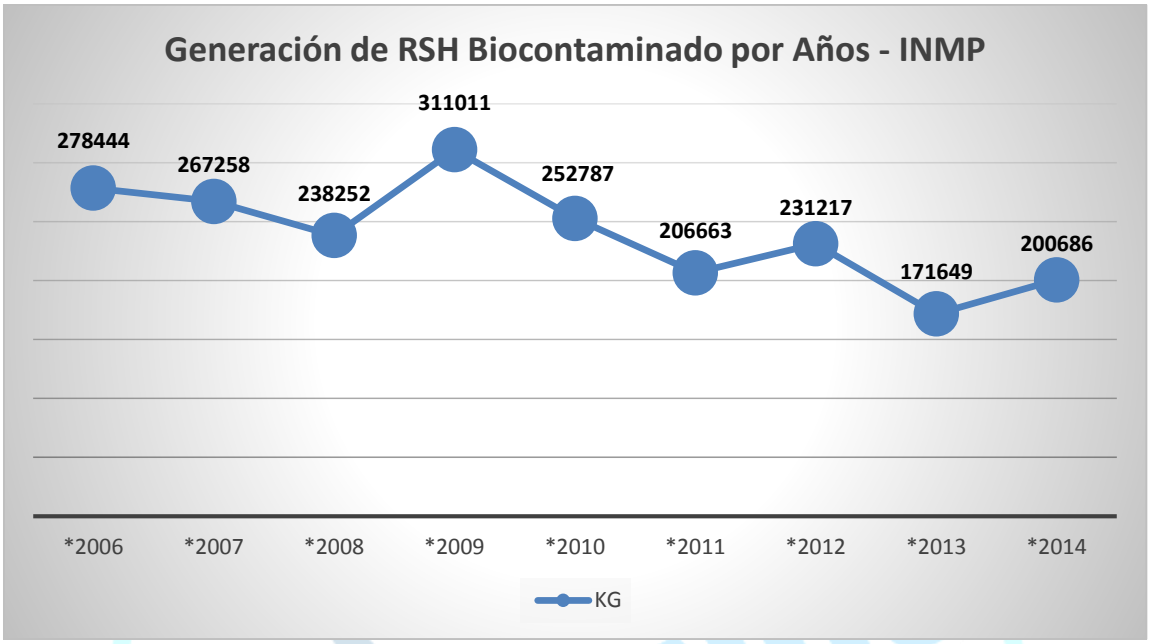
Gráfico N° 25. Distribución de la generación de los residuos sólidos INMP 2013 - 2014.



El INMP desde el año 2006 a la fecha ha realizado diversas actividades (reciclado, reutilización) en cuanto al manejo de sus residuos sólidos hospitalarios, a fin de

minimizar la generación de residuos y contribuir en la disminución de los residuos biocontaminados, lo que se puede apreciar en el grafico siguiente;

Gráfico N° 26. Generación de Residuos Sólidos INMP 2006-2014.



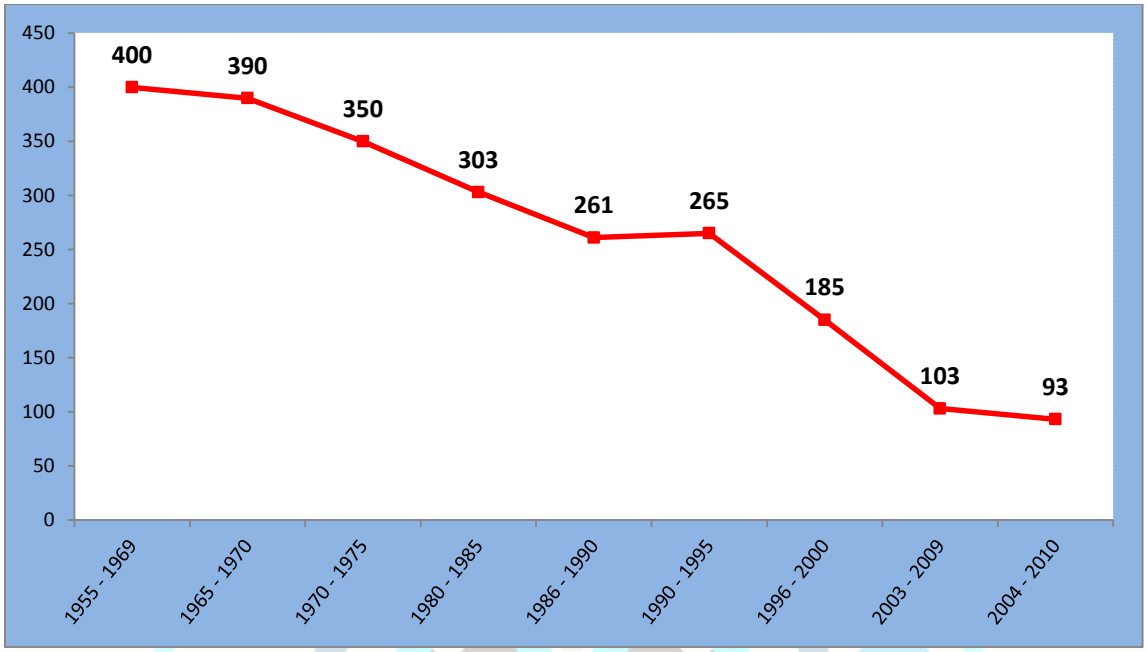
III.6. Mortalidad Hospitalaria.

III.6.1. Mortalidad Materna.

Es un indicador que ha mejorado considerablemente en el país, en los últimos años, acercándonos a cumplir con los objetivos del milenio, esperando llegar a 66 muertes maternas por 100000 nacidos vivos para el año 2015, gracias al mejoramiento de indicadores como la tasa de fecundidad, control prenatal institucional y parto institucional.

En los siguientes gráficos observamos la razón de mortalidad materna en base a las encuestas realizadas por el INEI, y el número de muertes maternas reportadas por el sistema de vigilancia epidemiológica de la DGE.

Gráfico N° 27. Razón de mortalidad materna en el Perú (por c/100000 nv)



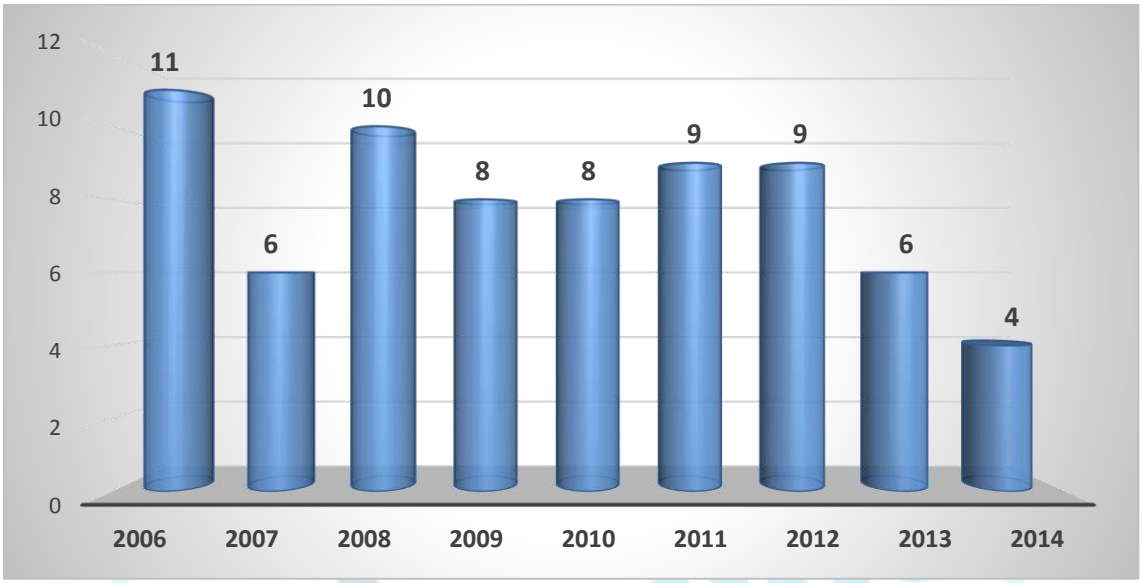
Fuente: INEI - ENDES 2010

En el gráfico N° 28 se presenta la tendencia de las muertes maternas identificadas por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

Gráfico N° 28. Número de muertes maternas notificadas por años. Perú 2000-2014

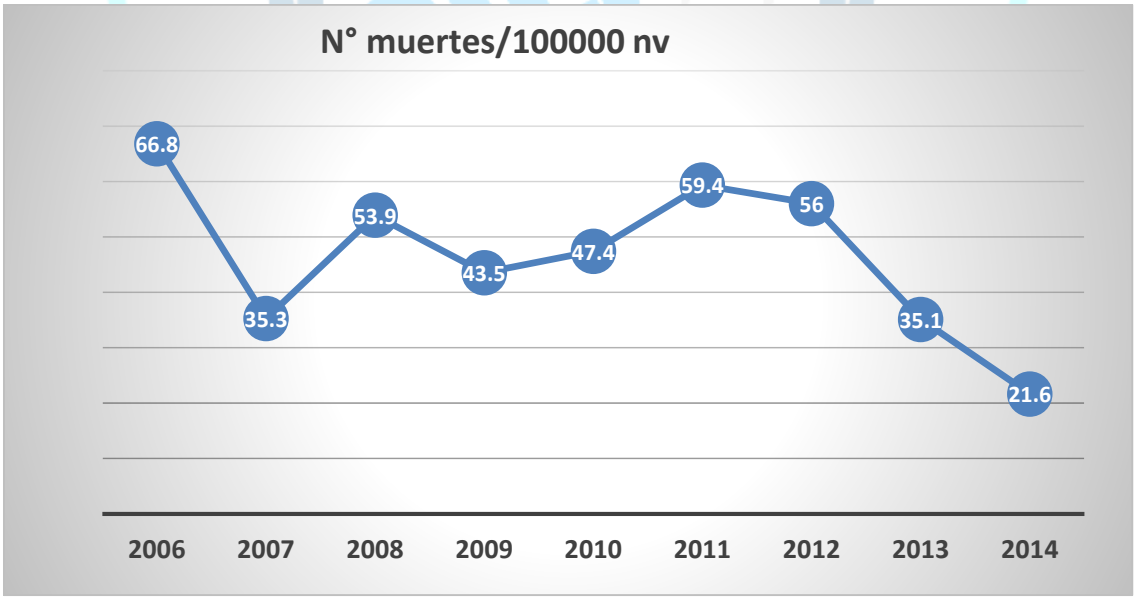
En el INMP también disminuyeron el número de muertes maternas en el 2013, pero para establecer tendencias tenemos que esperar que estos valores se mantengan en los próximos años. En los siguientes gráficos observamos en forma comparativa el número de muertes y razón de mortalidad materna en el INMP.

Gráfico N° 29. Número de Muertes Maternas. INMP 2006 – 2014



Fuente OESA - INMP

Gráfico N° 30. Razón de mortalidad materna INMP periodo 2006 -2014

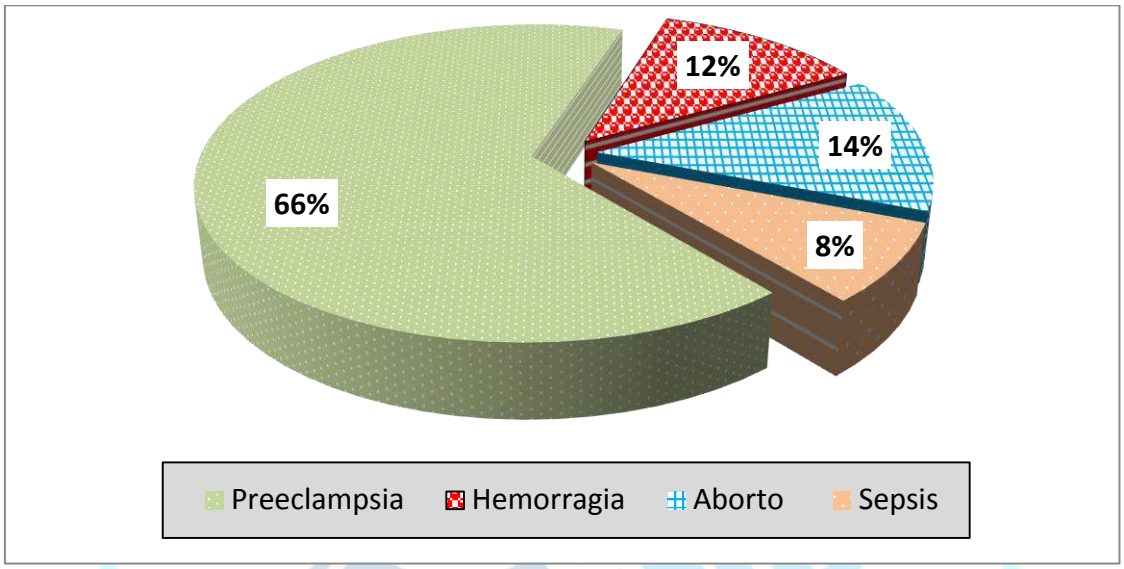


Fuente OESA - INMP

En el periodo 2006 – 2014, el 34% de las pacientes que fallecieron en el INMP tuvieron una estancia hospitalaria menor a 48 horas, implica el ingreso de pacientes por emergencia en condición de morbilidad extrema con complicaciones severas; es

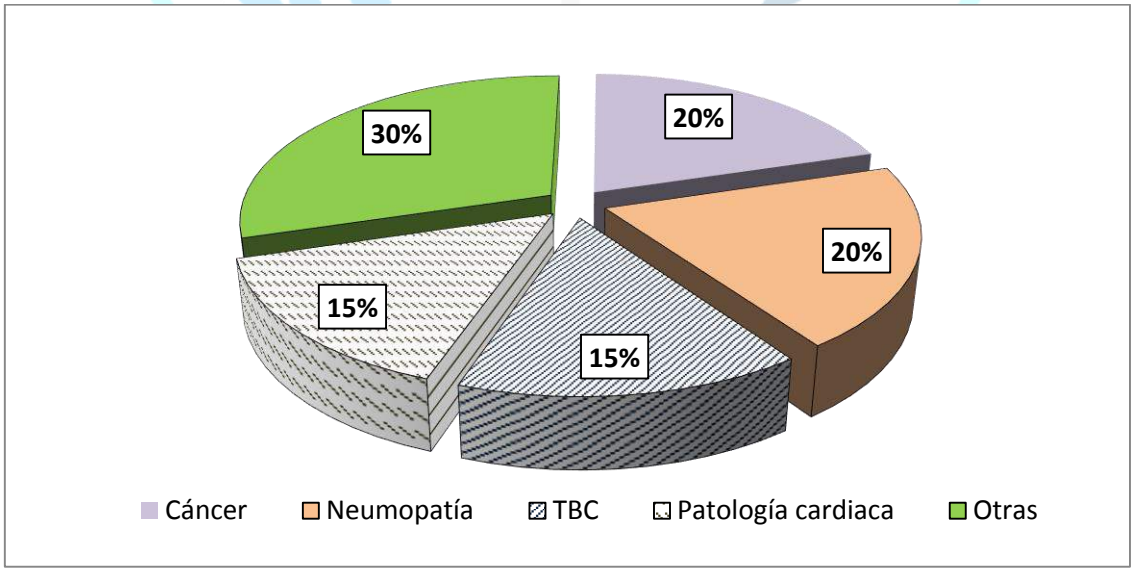
necesario que el personal esté constantemente actualizado en el manejo de complicaciones obstétricas.
En este periodo, el 71% de las muertes fueron de causas directas, y el 28% por causas indirectas. Siendo la Preeclampsia la causa más frecuente de muerte materna, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 31. Muertes maternas de causa directa. INMP 2006 – 2014



Al revisar los casos de muerte materna de causa indirecta, observamos que el cáncer, las neumopatías, TBC y cardiopatías son las principales causa de muerte; como se ve en el gráfico a continuación.

Gráfico N° 32. Muertes maternas de causa indirecta 2006 – 2014



III.6.2. Mortalidad Perinatal.

Al igual que la mortalidad materna, este es un indicador que nos refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud, tanto del punto de vista obstétrico para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad, como del punto de vista neonatal para la adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.
La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realiza esta vigilancia desde fines del año 2010, y a continuación presentamos los datos del año 2014.

III.6.2.1. Muerte Neonatal.

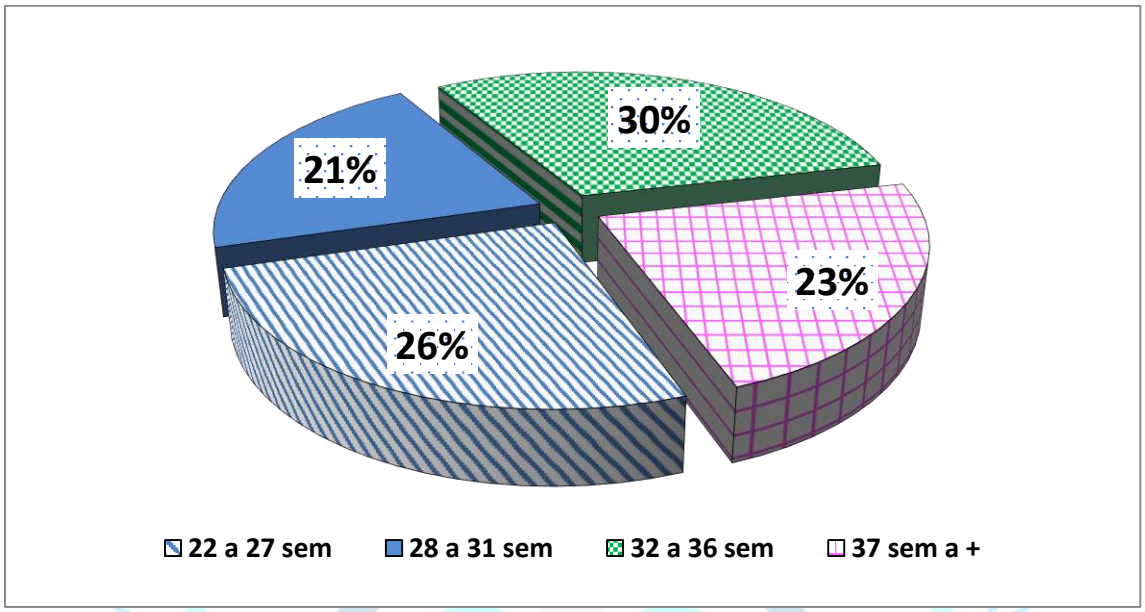
En el año 2014 nacieron en el INMP un total de 18,495 recién nacidos vivos, falleciendo 158 neonatos; correspondiendo la Tasa de Mortalidad Neonatal a 8.54 por 1000 nacidos vivos.
La mayoría de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 7 días de nacido, así en el 2014, hubo un total de 132 muertes neonatales (133 en el 2013) dentro de los primeros 7 días de nacimiento, correspondiendo la tasa de mortalidad neonatal precoz a 7.14 por 1000 nacidos vivos.

Tabla N° 24: Número e indicadores de Mortalidad Perinatal en el INMP 2014

MUERTE PERINATAL INMP 2014	
❖ TOTAL DE MUERTES NEONATALES	158
❖ MUERTES NEONATALES < 7 DIAS	132
❖ TOTAL DE OBITOS FETALES	203
❖ TOTAL DE NACIDOS VIVOS	18,495
❖ TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	8.54 x 1000 nv
❖ TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	7.14 x 1000 nv

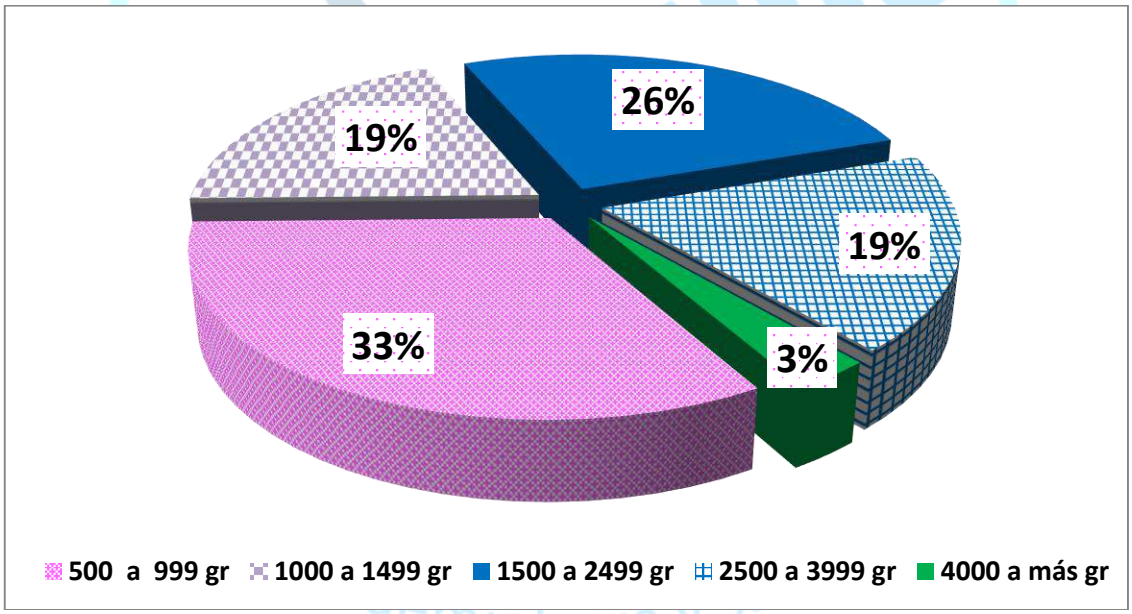
Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 33. Muerte Neonatal INMP 2014 según edad gestacional



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 34. Muerte Neonatal INMP 2014 según peso al nacer



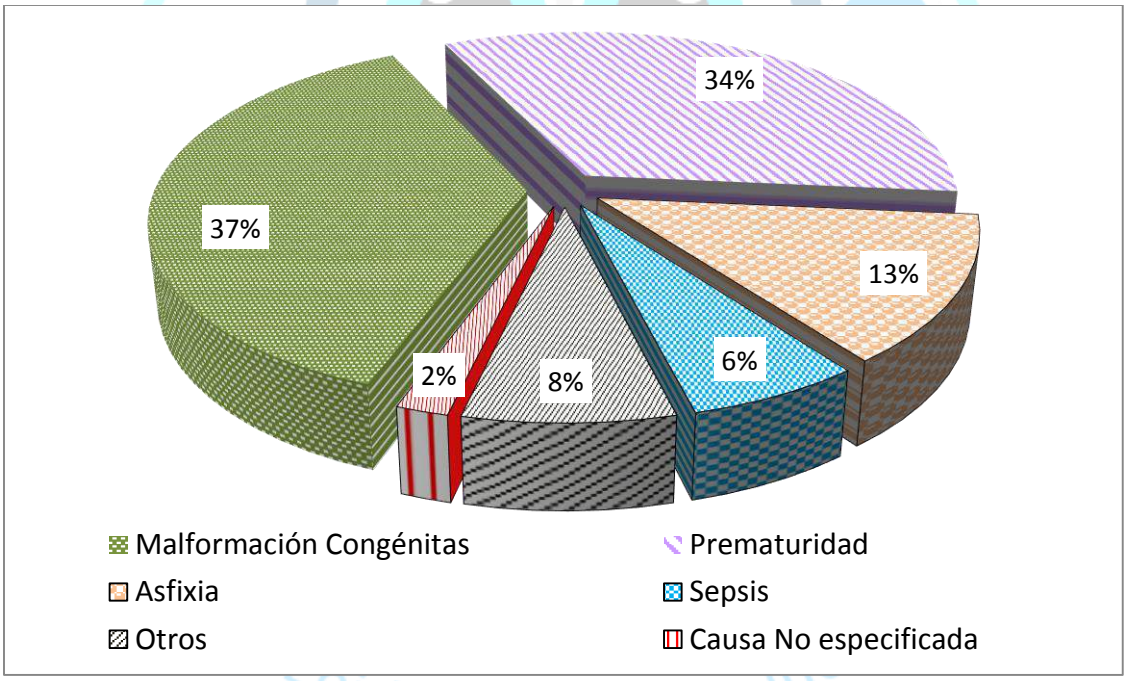
Fuente OESA – INMP

En los gráficos anteriores vemos que la prematuridad está presente en el 77% de los casos de muerte neonatal, siendo un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa.
También vemos que el 22% de los casos de muerte neonatal, correspondían a gestaciones a término y neonatos con peso al nacer ≥ a 2500 gr, este es el grupo de casos que amerita investigación para determinar factores de riesgo que condicionaron la muerte.

Tabla N° 25. Causas básicas de muerte neonatal INMP 2014.

Causa	N°	%
Malformación congénita	59	37.3
Prematuridad	53	33.6
Asfixia/Aspiración meconial	21	13.3
Sepsis	10	6.3
Muerte fetal de causa no especificada	3	1.9
Otros diagnósticos	12	7.6
Total	**158**	**100**

Grafico N° 35: Causas de Muerte Neonatal en porcentaje. INMP 2014



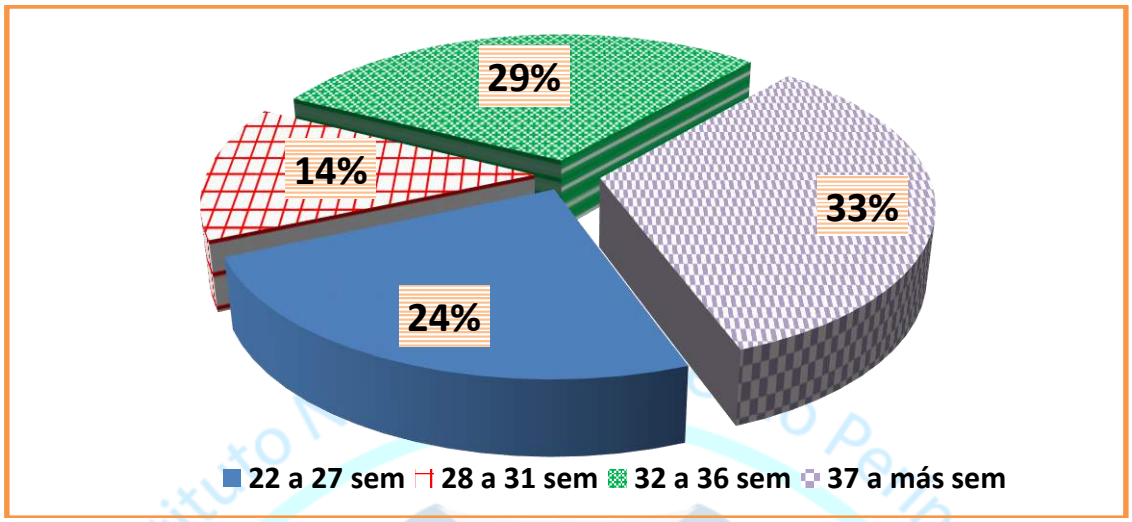
Fuente OESA – INMP

En el gráfico anterior observamos que las malformaciones congénitas y la prematuridad son las causas más frecuentes de muerte perinatal.

III.6.2.2. Óbitos Fetales.

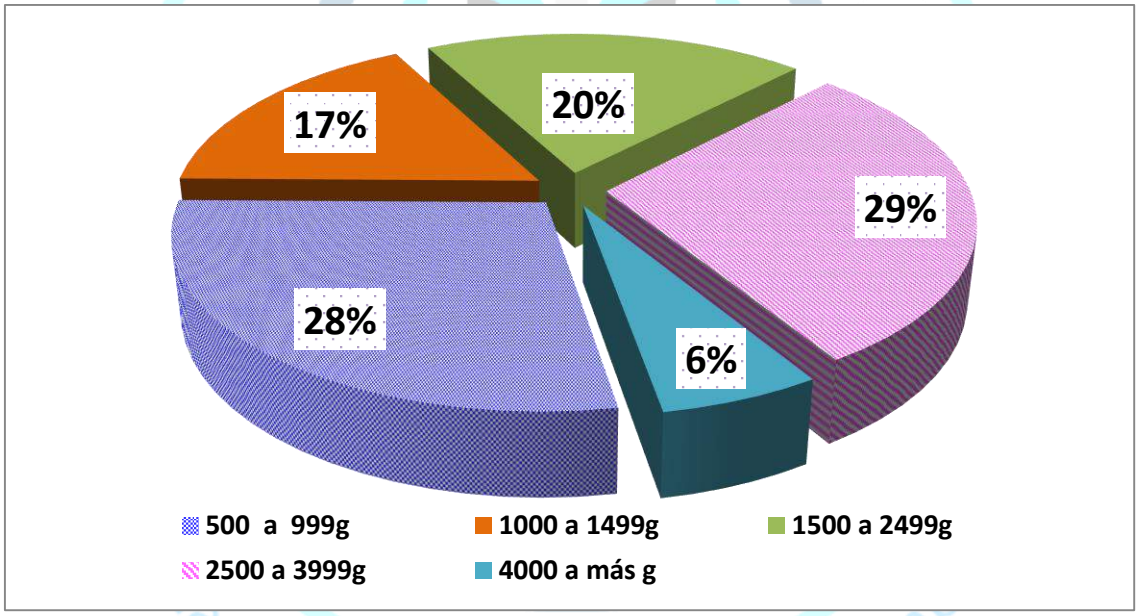
En el año 2014 hubo un total de 203 Natimuertos. Los gráficos N° 36 y 37 muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

Gráfico N° 36. Óbitos fetales según edad gestacional INMP 2014



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 37. Óbitos fetales según peso al nacer. INMP 2014



Fuente OESA – INMP

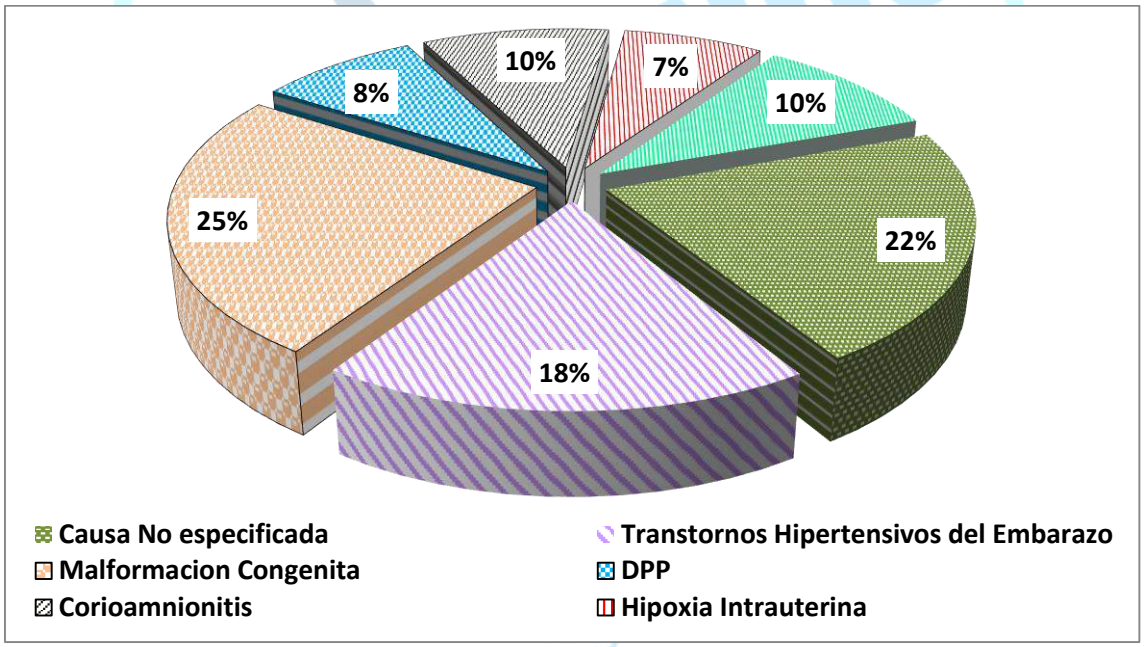
Observamos que el 33% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y un 35% en fetos de peso ≥ 2500 gr, en quienes no esperamos este desenlace, por lo que amerita análisis individual de estos caso.

En la siguiente tabla apreciamos las causas de muerte determinadas por vigilancia epidemiológica con revisión de historias clínicas materna. Así tenemos, que en un 21.7% de casos no se ha podido determinar la causa de muerte fetal, al no encontrarse patología materna ni fetal y en los cuales sería de ayuda los informes de necropsia, sin embargo el porcentaje de necropsia realizadas es baja.

Tabla N° 26. Causa de Óbitos Fetales 2014.

Causa	Nº	%
Malformación Congénita	50	24.63%
Causa no Especificada	44	21.67%
Trastorno Hipertensivo del Embarazo	37	18.23%
Corioamnionitis	20	9.85%
DPP	17	8.37%
Hipoxia en Trabajo de Parto	10	4.93%
Hidrops Inmunológico	6	2.96 %
Hipoxia anteparto	5	2.46 %
Otros	14	6.90%
Total	**203**	**100.00%**

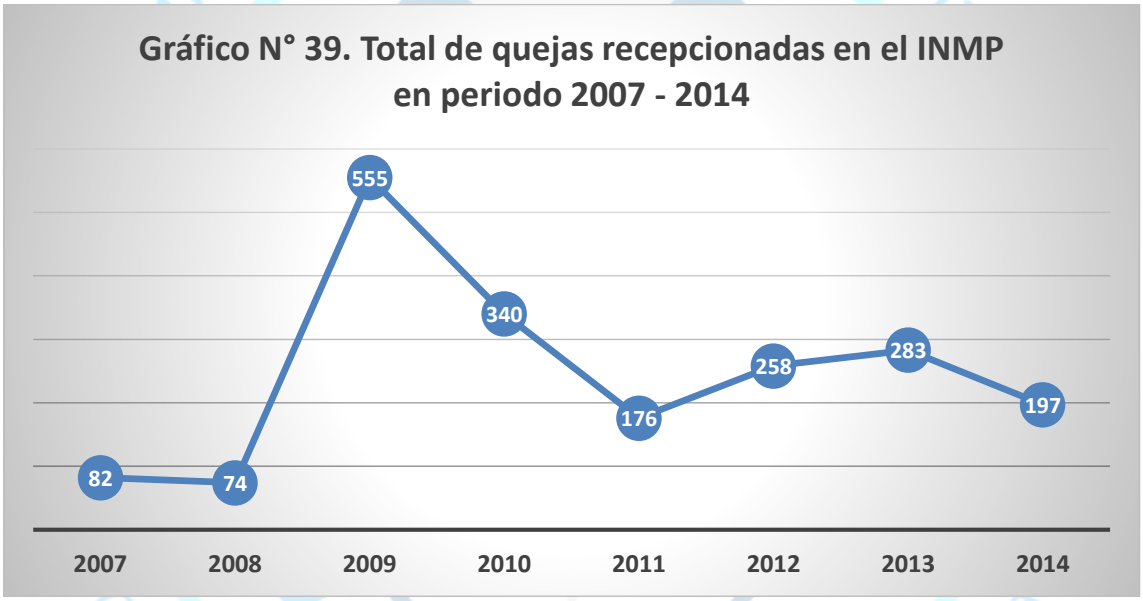
Gráfico N° 38. Causas Básicas de Óbitos Fetales INMP 2014.



Observamos que las Malformaciones Congénitas es la patología asociada más frecuente a óbitos fetales y la segunda son los Trastornos Hipertensivos del Embarazo que como sabemos en la mayoría de casos está asociado a DPP, que es también una de las causas más frecuentes.

III.7. Evaluación de la satisfacción del usuario.

La evaluación de satisfacción del usuario se basa en 2 aspectos, como son las quejas que presentan los usuarios y las encuestas de satisfacción, información que es proporcionada por la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP.
Los datos que presentamos a continuación se han registrado según lo establecido en el Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias Institucional aprobado con RD Nº 217-DG-INMP-07; así en el año 2013 se registraron un total de 197 quejas, de las cuales el 96% correspondieron a quejas escritas en formato institucional, 2% fueron quejas escritas dirigidas a la Dirección General y 3% se anularon.
En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del total de quejas recepcionadas desde el 2007 (fecha en que se oficializa el Sistema de Quejas y Sugerencias institucional) hasta el 2014. Existe un incremento notorio en el periodo 2009 debido a que en ese año se inicia el trabajo de la Defensora de la Salud y Transparencia, quienes recepcionan quejas y reclamos a través de un responsable.



Los principales motivos de quejas fueron: Falta o indebida atención (38%), Maltrato (23%), Falta o indebida información (16%) y Tiempo de espera prolongado (15%).

Las áreas con mayor número de quejas fueron el Servicio de Emergencia (33%), seguido por Consultorios Externos de Gíneco Obstetricia y Centro Obstétrico, con el 7% cada uno.

Al evaluar las quejas por grupo ocupacional, se observa que la mayor parte fueron generadas por médicos (23%), obstetriz (10%), personal administrativo (10%), técnico de enfermería (5%), enfermeras (5%), trabajadora social (5%) y no se identificó a un grupo ocupacional en el 42% de las quejas.

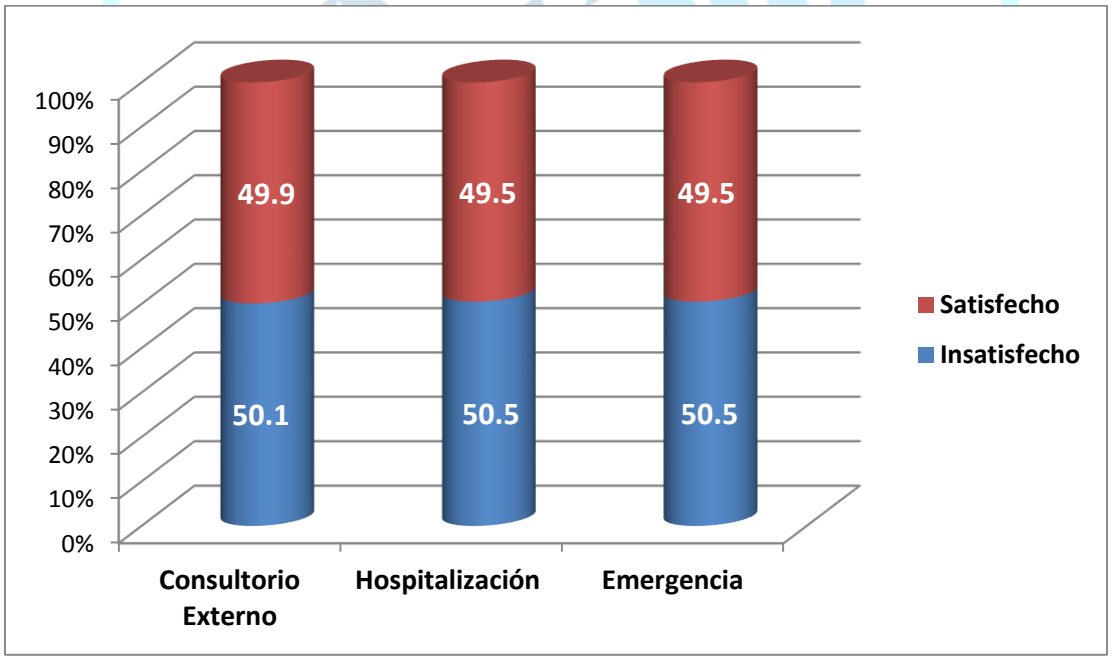
En lo referente a las **encuestas de satisfacción**, la Oficina de Gestión de la Calidad viene utilizando la encuesta SERVQUAL desde el 2011, la cual es una encuesta presentada por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las personas, instrumento validado en establecimientos de diferentes niveles de atención.

El instrumento SERVQUAL modificado incluye 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidos de modo que evalúa las cinco dimensiones de la calidad:

- Fiabilidad, que comprende: Capacidad médica, Confianza y Tiempo
- Capacidad de respuesta, que comprende: Disposición de ayudar, Servicio rápido, Servicio Oportuno, Servicio rápido (admisión, derivación, caja, farmacia, SIS, laboratorio y ecografía).
- Seguridad: Transmitir credibilidad, Atención sin riesgos, Atención sin peligros, Privacidad, Evaluación física, Información médica, Consulta se resuelve, Paciente mejore
- Empatía: Empatía, Priorización, Atención sin discriminación, Interculturalidad Social, Trato, Respuesta e interrogantes, Explicación del diagnóstico, Explicación del tratamiento, Explicación de los procedimientos, Capacidad de comunicación, Información al familiar
- Aspectos Tangibles: Instalaciones físicas, Equipos, Personal, Señalización, Limpieza, Confort, Material de comunicación, Limpieza e higiene.

En los siguientes gráficos se muestra los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario en los servicios de consultorios externos, emergencia y hospitalización.

Gráfico N° 40. Porcentaje de satisfacción del usuario por servicios del INMP 2014.



Como se puede ver, hay mayor grado de insatisfacción en los usuarios que acuden al servicio de emergencia y a los servicios de hospitalización.
Para lograr mejoras en la satisfacción del usuario se han socializado los resultados en reunión del equipo de gestión del INMP, así como con las diferentes áreas de la institución, cuando se realizaron talleres para los planes operativos institucionales.
Además el INMP ha conformado un Comité para que se encargue de la implementación de un programa de Humanización de la Atención Obstétrica y Neonatal, con el que se

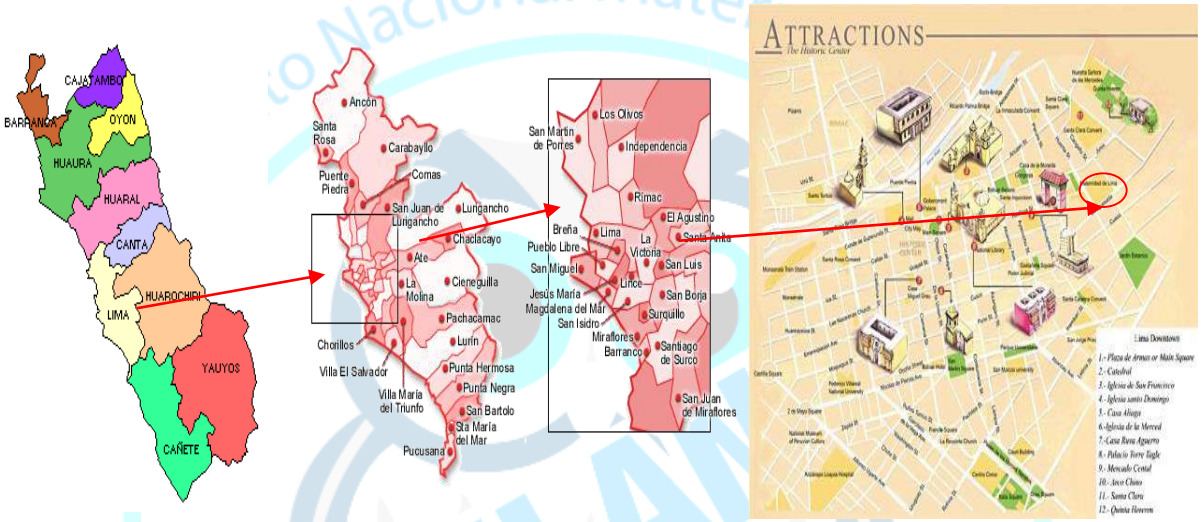
espera se logre una mejor comunicación con los usuarios, y de esta manera se logre un mayor grado de satisfacción.

IV.- ANÁLISIS DE LA OFERTA

IV.1. Ubicación geográfica del INMP.

El INMP se encuentra ubicado en el distrito de Lima-Cercado Barrios Altos, en la provincia de Lima. Se encuentra en la jurisdicción de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad, dentro de un área de gran influencia para la atención, pero con mucha dificultad de acceso, principalmente en casos de emergencias y desastres. Así mismo de acuerdo a como se puede observar en el mapa adjunto nos encontramos ubicados en una zona calificada como de alta vulnerabilidad ante la presencia de un evento sísmico.

Gráfico N° 41. Ubicación Geográfica del INMP en Lima



Se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada y por el Este con el Jr. Huallaga.
El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana.
Está ubicada como se puede observar dentro del Centro Histórico de la Ciudad, lo que constituye a su vez un impedimento para su crecimiento y remodelación.

El distrito de Lima-Cercado se encuentra en una superficie plana sin mayores repliegues. El Departamento de Lima está situado en la costa central del Perú, y es una de las principales ciudades de Sudamérica, centro político, económico y cultural del Perú. Aunque fue inicialmente fundada sobre el valle del Río Rímac, hoy se extiende sobre extensas zonas desérticas e incluso sobre otros valles, por lo que hay quienes la consideran la ciudad más extensa, en el mundo, sobre un desierto, luego de El Cairo.
Lima fue fundada por Don Francisco Pizarro y 68 de sus compañeros el 18 de enero de 1535 con el nombre de "Ciudad de los Reyes" y fue creado por Decreto al departamento de Lima el 4 de agosto de 1821.

IV.2. Superficie Territorial del INMP

La superficie territorial de Lima Metropolitana es de 2811,65 $Km^{2,}$ correspondiendo sólo al 0.2% del territorio nacional, sin embargo, es una de las áreas de mayor densidad del país.

La población censada en Lima en el 2007 fue de 8'445,211 habitantes, y la estimada por el INEI, para el año 2013 es de 9'540,996 habitantes, y la densidad poblacional se estimó en 269.1 hab./km^2.

El INMP se encuentra en el Cercado de Lima, cuya superficie territorial es de 22 $Km^{2.}$

El INMP cuenta con un área de terreno de 17,056 m2 y área construida de 37,500 m2, sin embargo, falta actualizar este dato, pues se han hecho nuevas construcciones como el patio de comidas, y remodelaciones como Banco de Sangre y Banco de Leche, las cuales deben ampliar el área construida, para lo que ya se ha solicitado la actualización de los planos estructurales.

IV.3. Misión y Visión del INMP.

Misión.

Dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud Sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, desarrollando investigación, tecnología y docencia a nivel nacional.

Visión.

En el año 2016 el Instituto Nacional Materno Perinatal habrá contribuido con la disminución de la morbimortalidad materno perinatal a nivel nacional, consolidando el liderazgo en la atención altamente especializada, docencia e investigación en el campo de la salud sexual, reproductiva y perinatal, basado en el desarrollo del potencial humano y tecnológico, mejorando la calidad de sus servicios mediante la acreditación internacional de sus procesos y contribuyendo a mejorar la capacidad resolutiva de los principales hospitales a nivel nacional, teniendo como valores la inclusión social y el compromiso de los usuarios y la institución.

Es así que la perspectiva del Instituto acorde con esta Visión es salir de sus muros al resto del país, no sólo para ejercer acciones de capacitación, sino también para proveer asistencia técnica que permita fortalecer el desarrollo de las redes materno perinatales y contribuir así de manera efectiva en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal, coadyuvando así al cumplimiento de los compromisos nacionales con los objetivos del milenio.

IV.4. Nivel de Complejidad.

Nuestra institución es de Nivel III-2, de referencia nacional para el área Gineco-Obstétrica y Neonatología, que brinda atención de alta complejidad a la madre y el neonato de alto riesgo en nuestro país.

IV.5. Infraestructura del INMP.

La construcción es de material noble en casi todas sus estructuras, con excepción de las áreas administrativas que se encuentran frente al Jr. Miroquesada, donde se incluye a la Dirección General, la cual es una construcción antigua con algunas áreas de adobe.

Tabla N° 27. Distribución del INMP por bloques.

Bloque	Descripción
A.	Hospital de la Amistad Perú-Japón
B.	Monoblock de Hospitalización Obstétrica
C.	Hospitalización Ginecológica
D.	Hospitalización Puerperio
E.	Hospitalización de Servicio bajo tarifario diferenciado
F.	Monitoreo y Medicina Fetal
G.	Diagnóstico por Imágenes
H.	Módulo de Oficinas Administrativas
I.	Laboratorio y Patología
J.	Farmacia Central
K.	Consultorios Externos de Gíneco-Obstetricia
L.	Consultorios Externos de Pediatría
M.	Depósito Final de Residuos Sólidos Hospitalarios

En el último trimestre del 2011 se realizó la remodelación de toda el área correspondiente a consultorios externos de Gíneco Obstetricia y Especialidades Médicas, y se concluyó la remodelación de consultorios de Pediatría para para atención de niños de alto riesgo haciéndose la inauguración el 14 de diciembre del 2012.
En el año 2013 se concluyeron varios trabajos de remodelación de la institución, así el 10 de noviembre se inauguró el nuevo ambiente de Banco de Sangre, y en la misma fecha se inauguró el Banco de Leche Humana, el cual es el primero en funcionamiento en el país.
Asimismo, en enero del 2014 se inauguró el Patio de Comidas, con fin de mejorar el confort de todos los trabajadores del instituto; y el 07 de marzo del 2014, cercanos a la fecha de conmemoración del Día Internacional de la Mujer, se inauguró el ambiente destinado al Programa de Prevención y Manejo Integral de la Violencia contra la Mujer.
Para el mes de junio se espera tener terminado el ambiente correspondiente a la Residencia Médica, construcción a realizarse en el quinto piso del Edificio Perú Japón.
A continuación se describe, la distribución de las áreas asistenciales de la institución.

IV.5.1. Área de Hospitalización.

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 414 camas para hospitalización.
El Departamento de Obstetricia tiene el mayor número de camas, correspondiendo a un 60.8% y donde se han sectorizado a las pacientes por servicios, así en el Monoblock Obstétrico, se han sectorizado a las pacientes obstétricas de la siguiente manera:

- 1° piso: Obstetricia A, donde se encuentran las pacientes Adolescentes.
- 2° piso: Obstetricia B, donde se hospitalizan pacientes con aborto y sangrado durante la gestación.
- 3° piso: Obstetricia C, donde se hospitalizan las pacientes con trastornos hipertensivos.
- 4° piso: Obstetricia D, donde se hospitalizan las gestantes con infecciones intercurrentes con el embarazo

Además se cuenta con el Servicio de Obstetricia E, destinado a la atención de todas las puérperas de parto vaginal, y el cual cuenta con la mayor cantidad de camas.

Debemos recordar que existe un área para pacientes que deben ser Aislados, asignándose dos camas en cada servicio de hospitalización general.
El Departamento de Ginecología tiene un total de 24 camas, teniendo un ambiente de Cuidados Intermedios en el cual se sectoriza a las pacientes que requieren un mayor monitoreo y atención médica y de enfermería.
El Departamento de Neonatología cuenta con el 24.5% de las camas de hospitalización distribuidas en la UCI Neonatal e Intermedios, además de contar con cunetas para Alojamiento conjunto.
El Servicio bajo tarifario diferenciado, "Clínica", cuenta con 30 camas de hospitalización para pacientes obstétricas y ginecológicas, además de contar con un ambiente para el alojamiento conjunto de los neonatos.
La Unidad de Cuidados Intensivos Maternos cuenta con 5 camas, de las cuales 2 están dispuestas de tal manera que puedan utilizarse como camas de aislamiento.
A diferencia de otros establecimientos en el Servicio de Emergencia no se tienen pacientes hospitalizadas, quedándose pocas horas, luego de las cuales son dadas de alta, o pasan a los Servicios de Hospitalización, Centro Obstétrico, Sala de Operaciones o UCI Materna.

Tabla N° 28. Distribución de camas por servicios. INMP 2013

Área de Hospitalización	Número
Adolescencia	47
Servicio B	49
Servicio C	51
Servicio D	44
Servicio E	57
Servicio de Ginecología	24
UCI Materna	5
Emergencia	7
UCI Neonatal	30
Intermedios de Neonatología (I, II, II y IV)	70
Servicio bajo tarifario diferenciado - Clínica	30
TOTAL	414

IV.5.2. Consultorios externos.

El INMP cuenta con consultorios externos de acuerdo a la siguiente distribución:

Tabla N° 29. Número de ambientes físicos y funcionales por especialidad en el INMP

Consultorios	2014	
	Físicos	Funcionales
Obstetricia	8	12
Ginecología	4	6
Oncología	2	3
Climaterio	1	1
Infertilidad	3	3
Oftalmología	2	2
Cardiología	1	2
Endocrinología	1	1
Medicina Interna	1	1

Puerperio	1	2
Medico de Personal	1	1
Ecografías	2	4
Genética	1	1
Diagnóstico por Imágenes	3	4
Anestesiología	1	1
Pediatría	3	6
Rehabilitación	1	2
Dental	2	3
Peso - talla (triaje) Adulta	1	1
Servicio Social	3	3
Servicio Social Pediatría	1	2
Psicología	2	2
Psicología Pediatría	1	1
Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva	1	2
Entrega Sanitaria de Prevención y Control TBC	1	1
Inmunizaciones (adulto)	1	1
Inmunizaciones Pediatría	1	2
Estrategia Sanitaria de Medicina Preventiva	1	2
Consejería Salud Reproductiva del Adolescente	1	1
Consejería Climaterio	1	1
Psicoprofilaxis	1	2
Estimulación Prenatal	1	2
Tópico Enfermería	1	1
Terapia Física	3	3
Lactancia Materna	1	1
Peso - talla (triaje) Pediatría	1	1
Total	**61**	**84**

Tabla N° 30. Número de ambientes físicos y funcionales en consultorios de Obstetricia y Ginecología

CONSULTORIOS MEDICOS	FISICOS	FUNCIONALES
OBSTETRICIA A	2	2
OBSTETRICIA B	2	4
OBSTETRICIA C	2	4
OBSTETRICIA D	2	4
OBSTETRICIA E	1	1
CLIMATERIO	1	1
GINECOLOGIA GENERAL	4	6
GINECOLOGIA ESPECIALIZADA	2	2
INFERTILIDAD	3	3
ECOGAFRIA GINECOLOGIA	1	1
ECOGAFRIA OBSTETRICA	2	3
PEDIATRIA	7	8
ESPECIALIDADES MEDICAS	15	20
TOTAL	**44**	**59**

IV.5.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón.

Es un edificio de 4 pisos, en el cual se realiza la Áreas de Atención Crítica del INMP, se encuentra distribuido de la siguiente manera:

1° piso. Servicio de Emergencia. El cual cuenta con los siguientes ambientes:

- 4 Consultorios de Emergencia
- 1 Consultorio de Ecografía
- 1 Ambiente de Observación con 7 camillas
- 1 Sala de Operaciones utilizada para atención de Abortos no complicados y Partos de Emergencia
- 1 Ambiente de Trauma Shock
- 1 Ambiente para atención de emergencia de Neonatos

2° piso. Centro Obstétrico. El cual cuenta con:

- 20 ambientes individuales para la atención de partos, con camillas adecuadas para la atención de partos verticales.
- 1 Sala para atención de partos distócicos.
- 2 ambientes para la atención inmediata del recién nacido.
- 1 ambiente para monitoreo electrónico fetal
- 1 ambiente para Tocólisis

3° piso. UCI Materna. Cuenta con 5 camas, de las cuales 2 están dispuestas para pacientes infectados.

3° piso. Hospitalización de Neonatología. Distribuido en:

- UCI Neonatal, que cuenta con una capacidad instalada de 30 cunas, dividida en UCI-A, UCI B y UCI C.
- Intermedios Neonatales, que cuenta con una capacidad instalada de 70 cunas, dividida en Intermedios I, II, III y IV.

4° piso. Sala de Operaciones. Cuenta con 9 salas de operaciones y un ambiente para Recuperación. En el 4° piso también se encuentra el Área de Esterilización.

IV.6. Cartera de Servicios del INMP.

Servicios Finales:

a) Obstetricia:
   - Atención de morbilidad materna no complicada
   - Atención de morbilidad materna severa o extrema
   - Atención integral diferenciada de Adolescencia
   - Cirugía obstétrica
   - Endocrinología obstétrica
   - Atención del parto
   - Unidad de Cuidados Intensivos Materna
   - Psicoprofilaxis obstétrica
   - Medicina Fetal
   - Consulta externa obstétrica

b) Ginecología

- Ginecología General
- Climaterio
- Infertilidad
- Colposcopía
- Cirugía ginecológica
- Consulta externa ginecológica
- Ginecología urológica

c) Neonatología
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
- Procedimientos invasivos en Neonatología
- Cuidados Intermedios Neonatales
- Seguimiento ambulatorio del niño que nace con problemas neonatales que puede llevar a patología del desarrollo
- Cirugía Neonatal
- Control de crecimiento y desarrollo
- Medicina Física y Rehabilitación
- Atención inmediata del recién nacido
- Tamizaje hipoacusia a través de emisiones otoacústicas

d) Estrategias y Programas
- CRED – Lactancia Materna
- Materno neonatal
- Planificación familiar
- Atención integral de la adolescente
- Control de cáncer ginecológico
- Climaterio
- CETSS (Control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA)
- Control de Tuberculosis
- Inmunizaciones
- Psicoprofilaxis obstétrica
- Defensoría del niño y la mujer
- Tamizaje neonatal

e) Servicios de proyección comunitaria
f) Capacitación
- Sistema de capacitación personalizada (SICAP)
- Sistema de capacitación virtual (SICAV)
- Formación de especialistas y subespecialistas en áreas de Gineco Obstetricia, Neonatología y Anestesiología Obstétrica

g) Investigación
h) Telesalud
i) Asistencia técnica directa

Apoyo Asistencial:

a) Especialidades de apoyo a Gíneco Obstetricia y Neonatología
- Oftalmología
- Odontoestomatología
- Cirugía Oncológica
- Cardiología

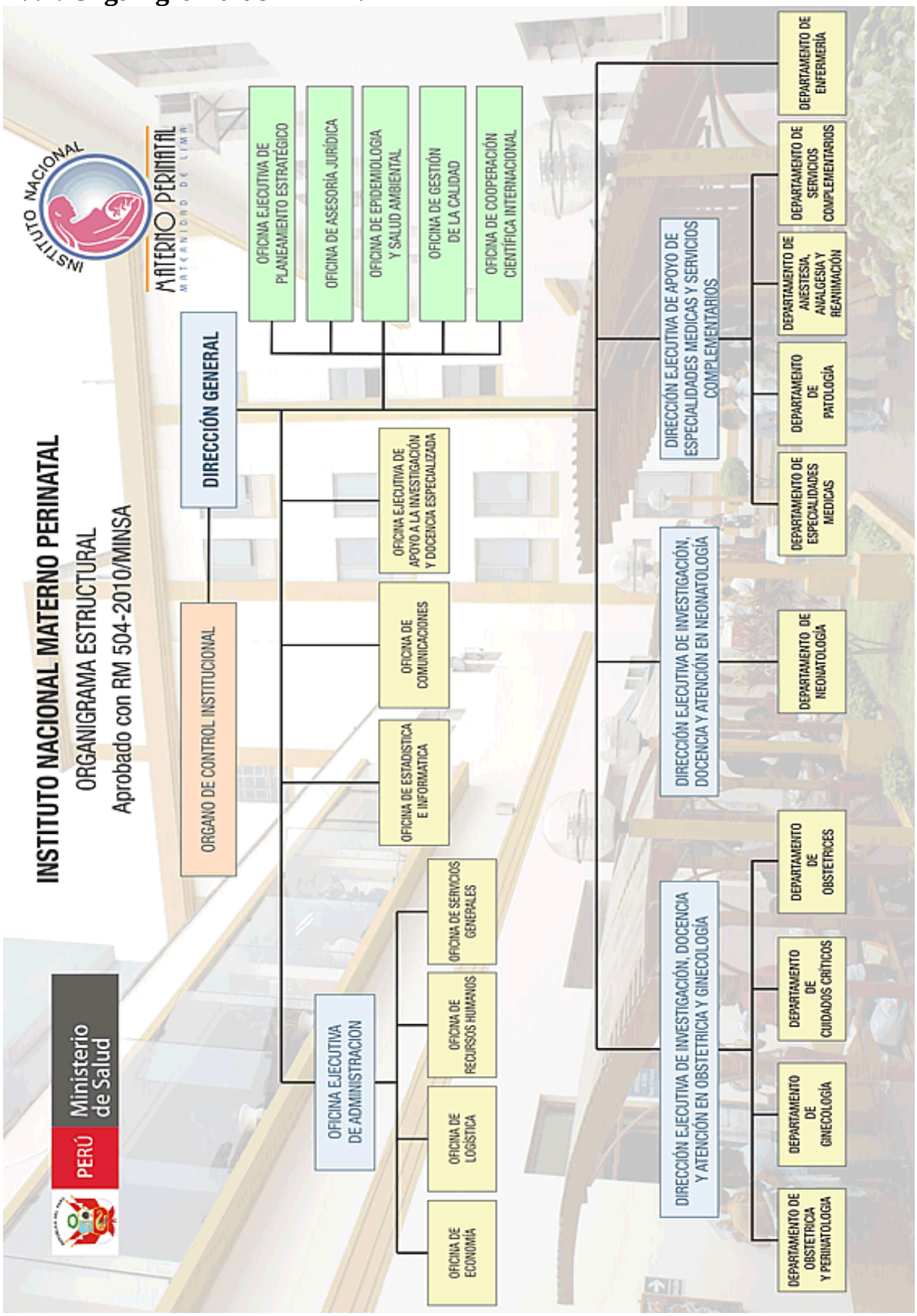
- Medicina Interna
- Psicología
- Endocrinología
- Anestesiología

b) Laboratorio y Patología Clínica
- Anatomía Patológica
- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre

c) Diagnóstico por Imágenes: Ecografía, Radiología
d) Farmacia
e) Nutrición
f) Servicio Social

Instituto Nacional Materno Perinatal
VIGILANDO
Oficina de Epidemiologia y salud ambiental

IV.7. Organigrama del INMP.



IV.8. Recursos Humanos.

Grupo Ocupacional	Modalidad contractual (Nº Contratos)			
	Nombrados	CAS	M. Residentes	Total
Asistenciales				
Anatomía patológica	1	2		3
Anestesiología	18	17	12	47
Cardiología	1			1
Cardiología pediátrica	5			5
Cirugía general	2			2
Endocrinología	1			1
Genética medica	1			1
Ginecología oncológica	2			2
Ginecología y obstetricia	91	15	41	147
Hematología	1			1
Medicina física y rehabilitación	1			1
Medicina intensiva	3	1		4
Medicina interna	1			1
Nefrología pediátrica	1			1
Neonatología	2		4	6
Oftalmología	1			1
Patología clínica	6			6
Pediatría	34	2		36
Radiología	2			2
Epidemiologia		1		1
Médico Auditor		7		7
Profesional en Ciencias de la Salud		1		1
Optómetra		1		1
Obstetras	181	12		193
Biólogo	4	4		8
Auxiliares en salud	20	13		33
Odontólogos	3			3
Enfermeras	178	116		294
Químicos Farmacéutico/BQ	6	7		13
Psicólogo	8			8
Nutricionista	3	1		4
Trabajo Social	27	5		32
Tecnólogo Médico	26	9		35
Técnico en Salud	596	82		678
Administrativos				
Profesionales Administrativos	40	14		54
Técnicos Administrativos	135	40		175
Auxiliares Administrativos	12	10		22

Tabla 31. Estructura de Recursos Humanos del INMP 2013, según cargo y tipo de contrato.

Cargos/Nomenclaturas	Condición		Total
	Nombrados	Contratados	
Funcionarios - Directivos	**14**	**0**	**14**
Médicos y Profesionales de la Salud	648	192	838
Médicos	223	31	254
Psicólogo	8	0	8
Obstetriz	191	9	200
Enfermeras	159	119	278
Biólogo	4	1	5
Odontólogos	3	0	3
Químico -Farmacéutico	5	10	15
Nutricionistas	3	1	4
Asistenta Social	27	7	34
Tecnólogo Médico	25	12	37
Profesionales Categorizados	64	20	84
Especialista Administrativo	4	3	7
Asistente Administrativo	25	5	30
Asistente en Servicios de Salud	30	2	32
Ingeniero	0	3	3
Abogado	2	4	6
Contador	1	2	3
Economista	1	0	1
Estadístico	1	0	1
Licenciado en Educación	0	1	1
Técnicos Categorizados	703	106	809
Artesano	112	3	115
Asistente técnico secretarial	1	0	1
Electricista	5	0	5
Mecánico	3	0	3
Chofer	5	1	6
Digitador	0	4	4
Operador Máq. Industrial	2	0	2
Operador de central telefónica	0	2	2
Operador Equipo Médico	3	0	3
Operador Equipo Electrónico	1	0	1
Operador PADI	1	0	1
Secretaria	26	6	32
Técnico Administrativo	133	12	145
Técnico en Enfermería	329	61	390
Técnico en Estadística	25	0	25
Técnico en Laboratorio	18	2	20

Técnico en Nutrición	30	0	30
Técnico en Transportes	2	0	2
Técnico en Seguridad	2	0	2
Técnico Electricista	1	1	2
Técnico en Capacitación y Difusión	1	0	1
Técnico en Computación	0	9	9
Técnico en Archivo	1	0	1
Técnico en Farmacia	2	4	6
Técnico en Mantenimiento de Equipos	0	1	1
Auxiliares Categorizados	31	20	51
Auxiliar Administrativo	10	5	15
Auxiliar de Nutrición	7	8	15
Auxiliar de Farmacia	2	0	2
Auxiliar de Mecánica	1	0	1
Auxiliar de Enfermería	1	1	2
Auxiliar de Laboratorio	1	0	1
Auxiliar de artesanía	0	6	6
Trabajador de Servicios	9	0	9
Total:	1460	338	1796

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

Tabla 32. Médicos según especialidad del INMP 2013.

Médicos	N°
Médicos Gíneco Obstetras	104
Médicos Pediatras	41
Cirujanos Pediatras	4
Anestesiólogos	29
Intensivistas	5
Medico Oncólogo Quirúrgico	1
Médicos Radiólogos	2
Cardiólogo	1
Médico Internista	1
Oftalmólogo	1
Endocrinólogo	1
Medicina Física y Rehabilitación	1
Genetista	1
Anatomopatologos	5
Patólogos Clínicos	1
Hematólogo	1
Médicos Auditores	3
Médico Cirujano	1
Médicos de CENARUE	5
Médicos Residentes de Gíneco Obstetricia	36
Médicos Residentes de Anestesiología	10
Médicos Residentes de Neonatología	3

Tabla 33. Profesionales No Médicos del INMP 2013.

Tipo de Profesional	N°
Biólogos	5
Obstetrices	200
Enfermeras	278
Tecnólogos Médicos	37
Químico Farmacéuticos	15
Técnicos de Enfermería	390
Técnicos del Departamento de Patología	20
Asistentas Sociales	27
Psicólogos	8
Odontólogos	3

IV.9. Análisis según Unidades Productoras de Servicios (UPSS).

IV.9.1. UPSS Emergencia.

En los últimos años se ha presentado un incremento sostenido de la demanda de atención de emergencia, lo que se evidencia en el gráfico N° 42 y en la tabla N° 35, esto puede estar en relación a que actualmente se reciben todos los casos de pacientes con SIS y que anteriormente sólo se les aceptaba si venían con referencia coordinada.

Gráfico N° 42. Tendencia de las atenciones en Servicio de Emergencia del INMP.

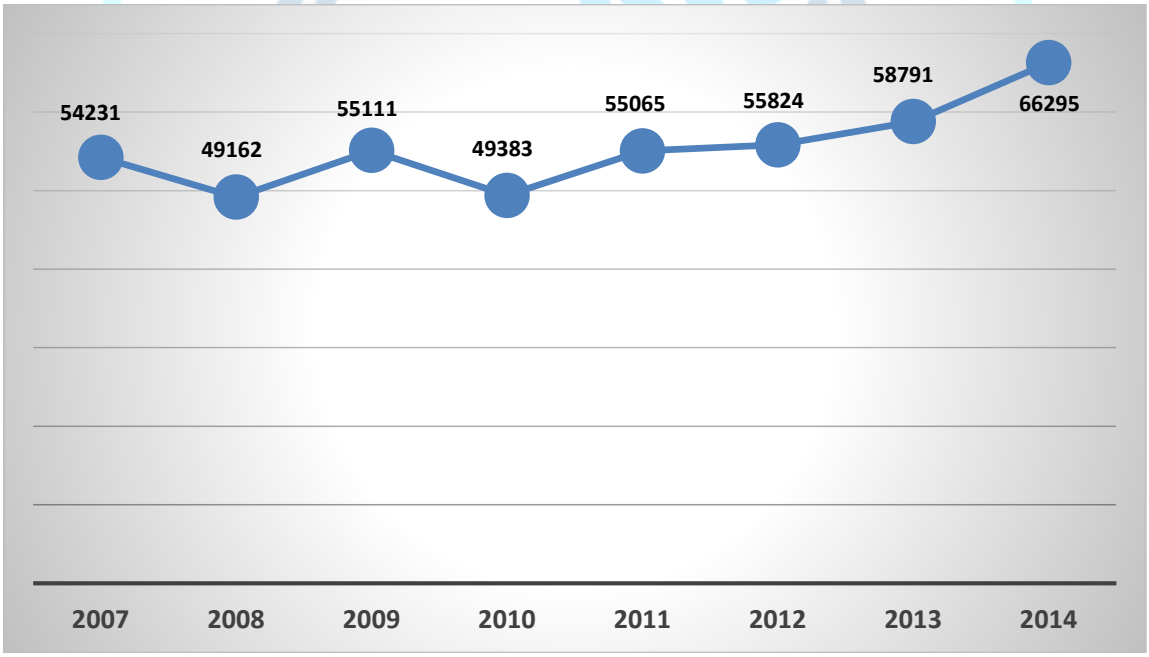


Tabla N° 34. Indicadores de Emergencia del INMP.

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Atendidos	34579	36586	37887	48763
Atenciones	55065	55824	58791	70143
Concentración	1.6	1.5	1.5	1.4
Hospitalizados por Emergencia	18947	19592	19998	20371
Ecografías	14690	16866	16594	19257
AMEU	4,254	4139	3858	4034
LU	36	7	19	28
Partos	8	4	0	13

El INMP por ser la institución de mayor complejidad en el área materno perinatal, recibe en el Servicio de Emergencia principalmente a pacientes que acuden por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Los diagnósticos más frecuentes son los casos de aborto, trabajo de parto y hemorragias uterinas, lo que se puede observar en las siguientes tablas.

Gráfico N° 43. Distribución de las atenciones de emergencia por especialidad 2013

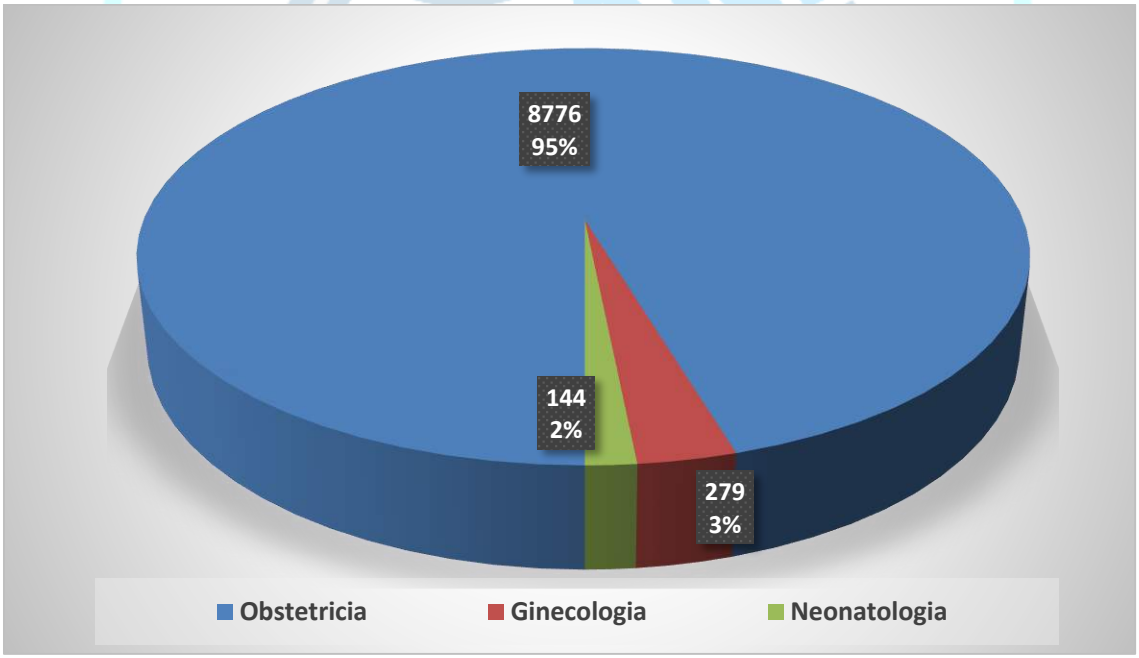


Tabla N° 35. Diagnósticos Obstétricos más frecuentes en Emergencia.

Descripción	2013		2014	
	N°	%	N°	%
Falso trabajo de parto a las 37ss y >	18669	35.04	20780	34.02
Amenaza de aborto	9055	17.00	5178	8.48
Trabajo de parto en emergencia	4677	8.78	8766	14.35
Aborto incompleto sin complicación	3001	5.63	2409	3.94
Cesareada anterior	2205	4.14	1362	2.23
RPM	2005	3.76	2266	3.71
Amenaza de parto pretermino	1933	3.63	1381	2.26
ITU en el embarazo/ Infección genital	1833	3.44	1686	2.76
Otros diagnósticos	5544	10.41	17261	28.26
Total	**53,278**	**100.00**	**61089**	**100.00**

Tabla N° 36. Diagnósticos Ginecológicos más frecuentes en Emergencia.

Descripción	2013		2014	
	Nº	%	N°	%
Hemorragia vaginal y uterina anormal	810	31.81	785	29.23
Hemorragia vaginal y uterina disfuncional	246	9.66	237	8.83
Leiomiomatosis uterina	236	9.27	243	9.06
Dolor abdominal	176	6.91	120	4.47
Enfermedad inflamatoria pélvica	169	6.64	118	4.40
Atención post AMEU	106	4.16	232	8.65
AMEU insuficiente	75	2.95	76	2.83
Infección Urinaria	66	2.59	86	3.21
Otros diagnósticos	662	26.0	786	29.30
Total	**2546**	**100.0**	**2683**	**100.00**

El Servicio de Emergencia es un servicio de tránsito de pacientes donde las mismas ingresan para evaluación, diagnóstico y tratamiento inicial, y estabilización hemodinámica de ser necesaria; luego de lo cual se establece el destino final de la paciente, que puede ser hospitalización, Sala de Partos, Sala de Operaciones, UCI Materna, o es dada de alta.

Tabla N° 37. Destino de las pacientes hospitalizadas por Emergencia.

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
CENTRO OBSTETRICO	428	421	396	426	416	365	14	6	12	10	4	3	2501
CENTRO QUIRURGICO	42	70	95	140	88	158	61	33	34	34	29	34	818
CLINICA	93	65	110	83	41	HM	HM	HM	HM	18	54	52	516
GINECOLOGIA	61	62	55	52	53	38	41	38	47	53	56	58	614
INTERMEDIOS NIÑOS	31	26	32	36	42	48	31	15	33	29	21	23	367
SERV A	172	178	217	184	166	206	241	241	228	218	206	224	2481
SERV B	473	418	463	394	400	371	332	266	292	324	303	315	4351
SERV C	378	314	331	307	382	299	283	265	276	302	228	253	3618
SERV D	300	271	253	278	301	255	294	237	241	230	229	225	3114
SERV E	18	25	31	17	11	7	429	510	476	485	503	579	3091
UCI MATERNO	7	5	7	7	6	5	12	8	6	5	14	12	94
UCI NEO					1			1	2	1	1	3	9
Total general	**2003**	**1855**	**1990**	**1924**	**1907**	**1752**	**1738**	**1620**	**1647**	**1709**	**1648**	**1781**	**21574**

IV.9.2. UPSS Hospitalización

IV.9.2.1. Hospitalización de Obstetricia.

IV.9.2.1.1. Indicadores de Proceso en Obstetricia.

Miden de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Así en la tabla N° 38, se observa que la estancia hospitalaria de las pacientes obstétricas no se ha modificado en los últimos años, teniendo estancias cortas, con rápida rotación de pacientes y rendimiento alto, en vista que la mayoría no tienen una patología propiamente dicha, sino que se encuentran hospitalizadas por motivo de parto.

El porcentaje de ocupación de camas hospitalarias ha tenido una pequeña disminución en los últimos años, siendo el estándar de 90%.

Con respecto al Intervalo de Sustitución, es un indicador que mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama, en promedio una cama no debe estar vacía más de un día, así vemos que en el Departamento de Obstetricia se cumple con este estándar.

El Rendimiento Cama es un indicador que sirve para mostrar el número de enfermos tratados en una cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un período, en obstetricia se ha mantenido alrededor de 5.4, siendo el estándar de 3.

Tabla N° 38. Tendencia de Indicadores de proceso en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Estancia post parto vaginal (días)	2.9	3.0	2.6	2.6	2.6
Estancia post parto vaginal sin patología	2.3	2.5	2.5	2.4	2.5
Estancia post parto vaginal con patología	3.5	4.2	3.9	4.0	2.8
Estancia post parto cesárea (días)	4.8	4.4	5.0	5.1	4.5
Estancia post aborto (días)	2.9	2.4	2.6	2.7	2.9
Estancia gestante	3.4	3.4	3.6	3.5	4.2
Estancia puérpera	5.4	5.3	5.2	5.0	6.4
% ocupación cama en obstetricia	84.2%	83.4%	81.1%	80.1%	81.2%
Intervalo de sustitución en obstetricia	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0
Rendimiento cama Obstetricia	5.5	5.0	5.6	5.5	5.4

IV.9.2.1.2. Indicadores de Resultado en Obstetricia.

Como se observa en la tabla N° 39, en los últimos 2 años se ha presentado un aumento del total de partos, asimismo hay una tendencia al aumento del porcentaje de cesáreas, que para el 2014 bajo ligeramente.

El aumento en la cantidad de partos también se ha visto en las adolescentes, manteniéndose la distribución por grupos etáreos, siendo la mayoría mayores de 17 años. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas no es tan alto, dato que tiene relación con las estadísticas de años anteriores, y que permite establecer un menor riesgo de cesárea en este grupo.

Tabla N° 39. Tendencia de atención de partos en el INMP.

Población General	2010	2011	2012	2013	2014
Promedio Parto Mensual	1,407	1,253	1332	1414	1445
Promedio Parto Diario	46	41	44	47	48
Total Partos Vaginales	10,134	8,441	8759	9410	10481
Total Partos por Cesárea	6744	6,592	6969	7562	6858
% de Cesáreas	39.9	43.8	44.3	44.5	39.5
Total Partos en el Año	16,878	15,033	15728	16972	17339
Partos Atendidos en Emergencia	20	8	4	2	13
Partos Gemelares	214	194	242	249	83
Partos Trillizos	4	5	2	2	4

Tabla N° 40. Tendencia de atención de partos en Adolescentes en el INMP.

Población de Adolescentes	2010	2011	2012	2013	2014
Partos de 10 a 13 años	17	18	18	19	5
Partos de 14 a 16 años	503	439	553	579	340
Partos de 17 a 19 años	2,157	1,901	2019	2050	2045
Total partos vaginales	1,857	1,582	1787	1832	1749
Total partos cesárea	820	766	803	816	641
% de cesáreas	30.6	32.6	31.0	30.8	26.8
Total partos adolescentes	2,677	2,348	2590	2648	2390

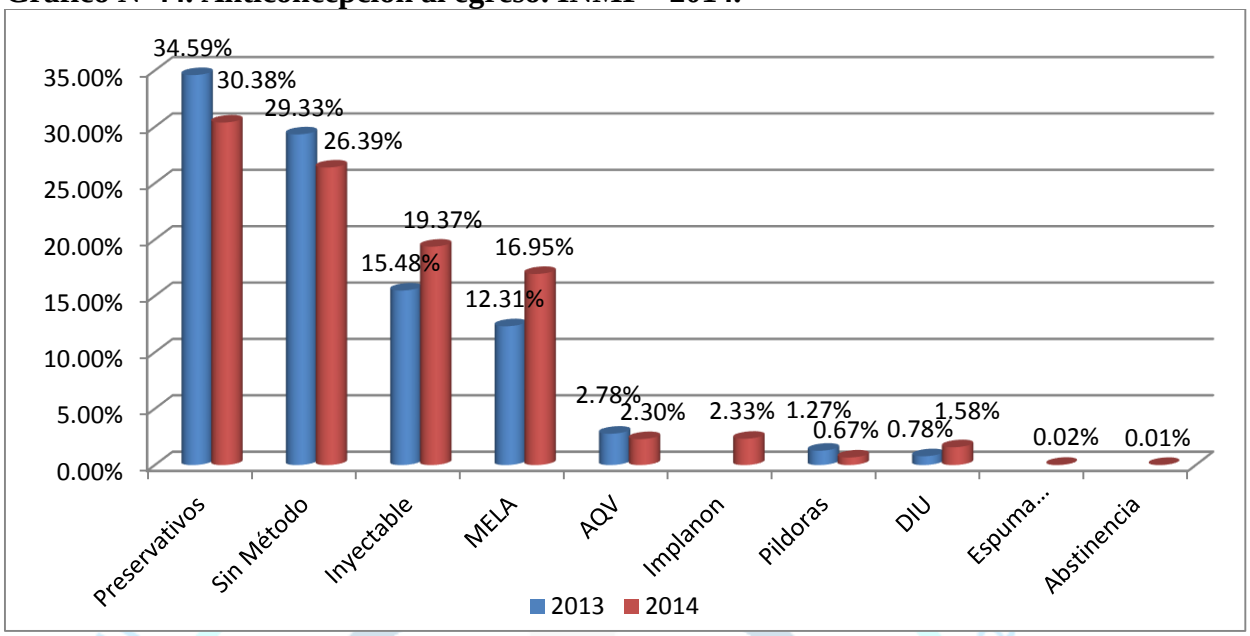
En la siguiente tabla se muestran los egresos hospitalarios, distribuidos de acuerdo al motivo de hospitalización, observándose un incremento en el total de egresos, con incremento del total de partos vaginales no así de cesáreas.

Tabla N° 41. Egresos hospitalarios en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Parto vaginal	10,134	8,441	8759	9410	10180
Parto por cesárea	6,744	6,592	6969	7562	6612
Egreso aborto	1,146	910	885	669	522
Egreso como gestante	2,112	2,139	2212	2147	2050
Egreso como puérpera	235	218	206	162	173
Total de egresos obstétricos	20,371	18,300	19031	19950	20371

Con respecto al método anticonceptivo en el postparto, todavía se tiene un porcentaje alto que sale sin método (26%) pero menor que el 2013; sólo el 56% sale de alta con un método anticonceptivo moderno. Nótese que la aplicación de implanon se implementó este año 2014. Se debe dar más impulso a la utilización de estos métodos de largo plazo.

Gráfico N°44. Anticoncepción al egreso. INMP - 2014.



IV.9.2.2. Hospitalización de Ginecología.

En el Servicio de Ginecología, la mayoría de las pacientes hospitalizadas ingresan para cirugías electivas con estancias cortas. Sin embargo, se cuenta con un ambiente para Cuidados Intermedios, donde se hospitalizan pacientes más delicadas que ameritan un mayor control, siendo la mayor parte de las mismas pacientes obstétricas que salen de UCI, lo que explica la mayor estancia al compararla con las de Obstetricia.
Se evidencia una subutilización del servicio de hospitalización, lo que se refleja en el porcentaje de ocupación de camas bajo y un intervalo de sustitución alto.

Tabla N° 42. Tendencia de Indicadores de proceso en Ginecología.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Estancia ginecológica (días)	5.4	5.4	5.8	5.6	4.0
% ocupación cama en ginecología	71.3%	68.5%	74.7%	71.4%	71.7%
Intervalo de sustitución ginecología	1.6	1.5	1.4	1.7	2.8
Rendimiento cama ginecológica	4.4	4.0	4.0	4.0	4.0

IV.9.2.3. Hospitalización de Neonatología.

IV.9.2.3.1. Indicadores de proceso en Neonatología.

En Neonatología el porcentaje de ocupación es bastante alto, para el 2014 ha llegado a ser 100.5% en UCIN, debido a que la mayoría de pacientes hospitalizados en Neonatología tienen largas estancias por prematuridad, además que el INMP por ser centro de referencia, constantemente recibe gestantes con patologías como Preeclampsia u otras que obligan a tener que interrumpir el embarazo prematuramente haciendo que

la demanda supere la oferta. Así, en los últimos meses del 2014, se sobrepasó la capacidad instalada de la UCI Neonatal y de Intermedios, condicionando un incremento del riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Tabla N° 43. Tendencia de Indicadores de proceso en Neonatología.

Hospitalización	2010	2011	2012	2013	2014
Promedio de estancia en UCIN (días)	16.4	14	13.2	14.1	18.9
Promedio de estancia en Interm (días)	15.0	13	12.6	13.1	12.9
% Ocupación Cama UCIN	95.5	96.6	96.3	96.5	100.5
% Ocupación Intermedios	94.7	93.5	94.7	94	90.3
Intervalo de sustitución UCIN	0.8	0.5	0.5	0.5	0.1
Intervalo de sustitución Intermedios	0.8	0.9	0.7	0.8	0.5
Rendimiento cama-mes UCI Neonatal	1.8	1.8	1.9	1.7	1.9
Rendimiento cama-mes Intermedios	4.5	4.9	5.1	5.3	5.4

IV.9.2.3.2. Indicadores de resultado en Neonatología.

En los últimos años se ha presentado un incremento en el total de nacimientos, manteniéndose un ligero incremento del porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso; de igual forma el porcentaje de recién nacidos prematuros se mantiene entre 8.5 y 10%.

Por otro lado hubo un repunte en el porcentaje de neonatos que requirieron hospitalización (Gráfico N° 47), llegando en el 2013 al 13.72% y para el 2014 de 25.39%, sin embargo disminuyó ligeramente el porcentaje de los neonatos que necesitaron la UCI-N.

Tabla N° 44. Tendencia de Indicadores de resultado en Neonatología.

Resultado	2010	2011	2012	2013	2014
Recién nacidos vivos	16,879	15176	16068	17089	19801
Natimuertos	197	171	167	223	192
Total Nacimientos	17,076	15,347	16235	17303	19993
Nacimientos Bajo Peso	1372	1345	1366	1401	1577
Nacimientos Muy Bajo Peso	381	364	380	397	410
Nacimientos Pre-Termino	1462	1426	1653	1722	1791
Apgar ≤ 3 a los 5 Min	317	376	399	416	139
Apgar < 6 a los 5 Min	154	182	201	219	222
Total ingresos a Neonatología	2205	2280	2280	2345	5078
Ingresos a UCI	701	646	621	675	565
Promedio diario de RN en Alojamiento Conjunto	38.3	32	35	42	38
Egresos de RN vivos	1924	2045	2144	2233	3738
Egresados fallecidos post neonatal	213	164	170	181	165

Gráfico N° 45. Tendencias de nacimientos de RN de bajo y muy bajo peso al nacer.

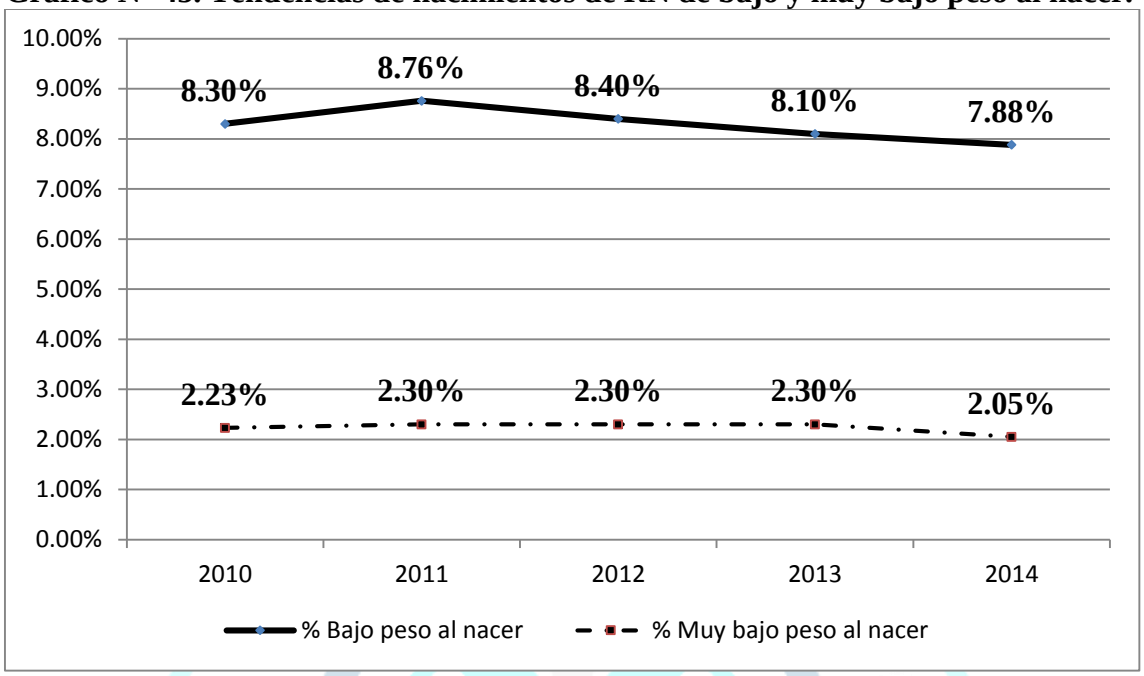


Gráfico N° 46. Tendencias de nacimientos de prematuros.

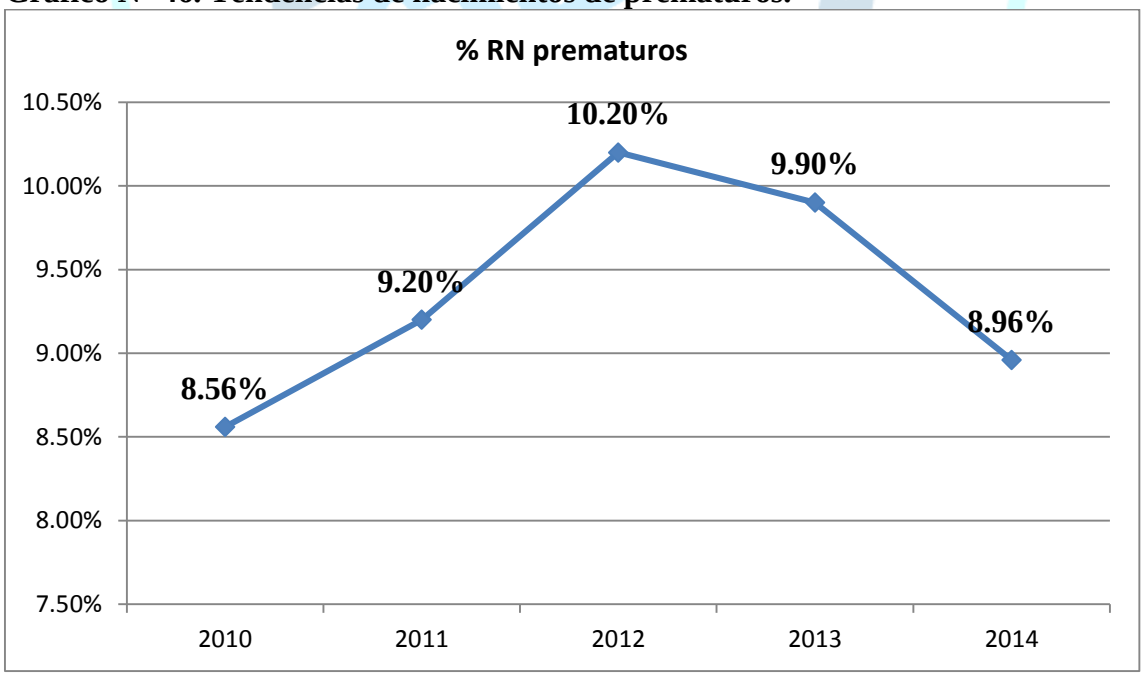
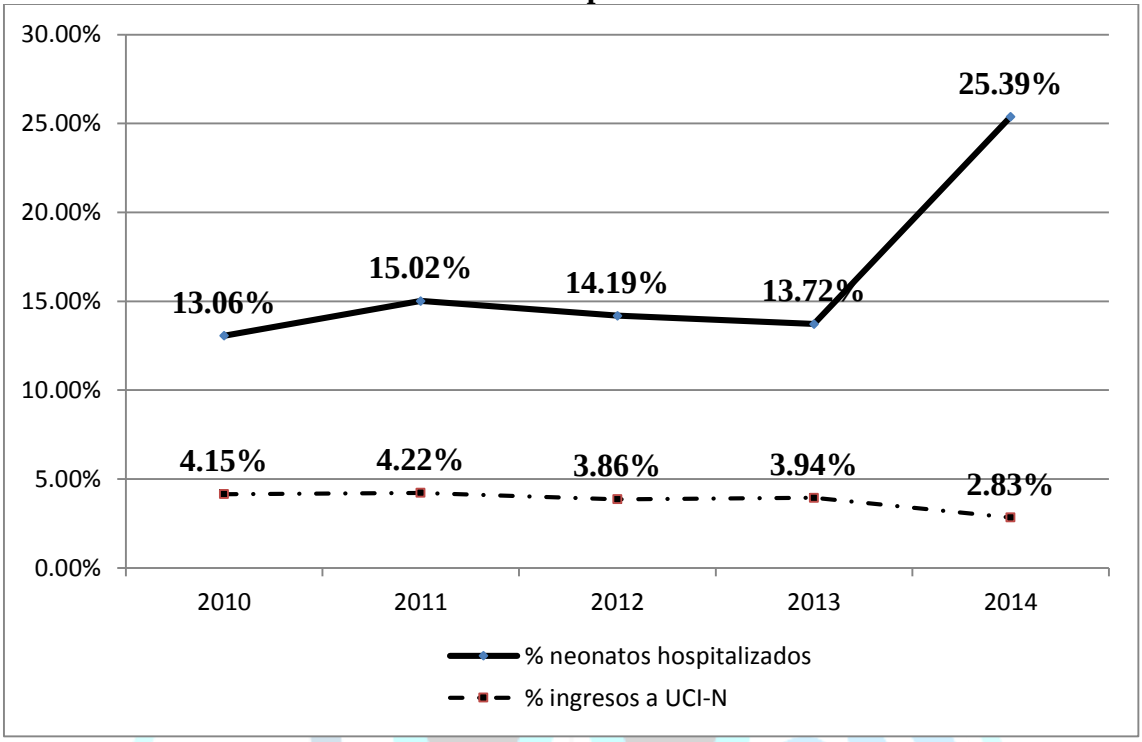


Gráfico N° 47. Tendencias de neonatos hospitalizados.



IV.9.3. UPSS Centro Quirúrgico.

Productividad en Sala de Operaciones
Como se observa en la tabla N° 45, la mayor parte de intervenciones son de tipo gineco-obstétricas y sólo cerca al 1 % corresponden a intervenciones en neonatos.

Tabla N° 45. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas según especialidad.

Intervenciones Quirúrgicas	2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	N°	%	N°	%	N°	%
Intervenciones Obstétricas operadas	7,058	79.53	7589	81.62	8032	83.36	9872	89.96
Intervenciones Ginecológicas operadas	1,703	19.2	1604	17.25	1460	15.15	995	9.07
Pacientes Neonatales operados	114	1.28	105	1.13	143	1.48	107	0.97
Total de Intervenciones	8,875	100.0	9298	100.0	9635	100.0	8931	100.0

En la Tabla N° 45 se observa que a pesar del fenómeno de la huelga médica hay un incremento de las intervenciones quirúrgicas de Obstetricia que en su mayoría son cirugías de emergencia; no se observa lo mismo para las cirugías ginecológicas y neonatales.

También se observa un incremento de los procedimientos realizados en Sala de Operaciones para resolver complicaciones de parto vaginal. Estos hallazgos pueden ser explicados por una mayor complejidad de los casos que llegan referidos a la institución. Por otro lado se observa que la mayor parte de procedimientos quirúrgicos realizados para casos de aborto en sala de operaciones correspondieron a legrados uterinos, y sólo en un 8% se realizaron AMEU, ya que las pacientes con diagnóstico de aborto que pasan a sala de operaciones son las que tienen gestaciones mayores a 13 semanas o que presentan complicaciones; mientras que las que no presentan complicaciones son manejadas en el servicio de Emergencia.

Tabla N° 46. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas en Obstetricia.

Intervenciones Obstétricas	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cesáreas	**7255**	**6755**	**6613**	**7095**	**7497**	**7347**
Cesáreas	6428	5945	5936	6558	6876	6615
Cesáreas + histerectomía	17	16	10	49	16	18
Cesáreas + BTB	780	794	667	518	605	495
Colocación de cerclaje	**8**	**6**	**4**	**8**	**5**	**5**
Retiro de cerclaje	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**
Complicaciones post Parto	**128**	**101**	**90**	**121**	**135**	**155**
Sutura de desgarros cervicales	22	18	17	24	9	27
Sutura de desgarros vaginales	50	45	33	61	71	47
Drenaje de hematoma vaginal	7	7	6	1	7	8
Debridación de hematoma subaponeurótico	14	16	16	9	18	38
Debridación de hematoma post cesárea	20	9	5	8	6	13
Extracción manual de placenta	15	6	13	18	24	21
Abortos	**376**	**393**	**352**	**361**	**395**	**342**
Legrado uterino por aborto	357	364	335	342	362	324
AMEU por aborto	17	29	19	18	33	139
LU_ por mola hidatiforme	2	0	0	1	0	0
Total Intervenciones	**7767**	**7256**	**7058**	**7589**	**8032**	**7849**

En cuanto a las intervenciones ginecológicas llama la atención la disminución en todos los procedimientos tanto abdominales como vaginales si hacemos la comparación con los años anteriores, problema que puede ser explicado por el fenómeno de la huelga médica, sin embargo esperamos que en los próximos años se logre incrementar este tipo de intervenciones.

Tabla N° 47. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas en Ginecología.

Intervenciones Ginecológicas	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Abdominales	**833**	**796**	**851**	**791**	**671**	**566**
Histerectomías Abdominales	284	253	250	253	216	162
➢ Histerectomía Abdominal total o sub total	222	224	197	217	183	121
➢ Histerectomía ampliada a vagina	42	25	50	36	28	32
➢ Histerectomía radical	20	4	3	0	5	9
Miomectomía	75	75	94	85	91	67
Cistectomía	134	132	145	128	120	96
Ooforectomía y/o Salpingectomía	211	237	240	243	191	155
Plastía tubárica	18	13	32	34	22	33
Otras cirugías Abdominales	115	82	95	47	46	53
Vaginales	**212**	**199**	**156**	**152**	**181**	**109**
Histerectomías vaginales	26	42	16	24	39	32
Colporrafia	139	117	109	108	119	50
Otras cirugías Vaginales	47	40	31	21	23	27
Cuello Uterino	**46**	**36**	**33**	**23**	**14**	**41**
Conización	28	33	26	13	13	27
Otras cirugías de cervix	18	3	7	10	1	14
Laparoscopías	**430**	**390**	**404**	**355**	**387**	**304**
Laparascopías Quirúrgicas	263	314	281	301	267	253
➢ Cistectomía laparoscópica	21	13	21	18	23	16
➢ Histerectomía laparoscópica	35	16	9	5	18	11
➢ Colecistectomía laparoscópica	1	0	0	2	1	0
➢ Miomectomía laparoscópica	3	3	0	1	0	9
➢ Otras laparoscopías quirúrgicas	199	282	251	274	225	217
Laparascopías Diagnóstica	167	76	123	55	120	51
Histerescopía Quirúrgica	**115**	**85**	**26**	**54**	**67**	**47**
Legrado uterino ginecológico	**68**	**61**	**54**	**61**	**44**	**35**
AMEU ginecológico	**5**	**8**	**9**	**5**	**16**	**18**
Mamas	**38**	**53**	**33**	**48**	**51**	**33**
Mastectomía	9	25	13	5	7	10
Otras cirugías de mamas	28	27	20	43	44	23
Total Intervenciones	**2085**	**1878**	**1703**	**1604**	**1460**	**1114**

En lo referente a anticoncepción quirúrgica voluntaria, se nota una disminución considerable de este tipo de intervenciones, por lo que se debe fortalecer toda la estrategia de planificación familiar (en la Tabla N° 48 sólo se consideran a los BTB de intervalo).

Tabla N° 48. Tendencia de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

AQV	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BTB intervalo	234	235	130	119	124	75
Vasectomía	24	15	7	24	4	4
Total Intervenciones	258	250	137	133	128	79

Porcentaje de Operaciones de Emergencia

Como se puede ver en los siguientes gráficos la mayoría de intervenciones obstétricas son realizadas como emergencia, y sólo un 18% se realizan en forma electiva, esto debido al grado de complejidad de las pacientes que son atendidas en el instituto. En las operaciones ginecológicas hubo un incremento leve de cirugías de emergencia para este año.

Gráfico N° 48. Tipo de Intervenciones Obstétricas

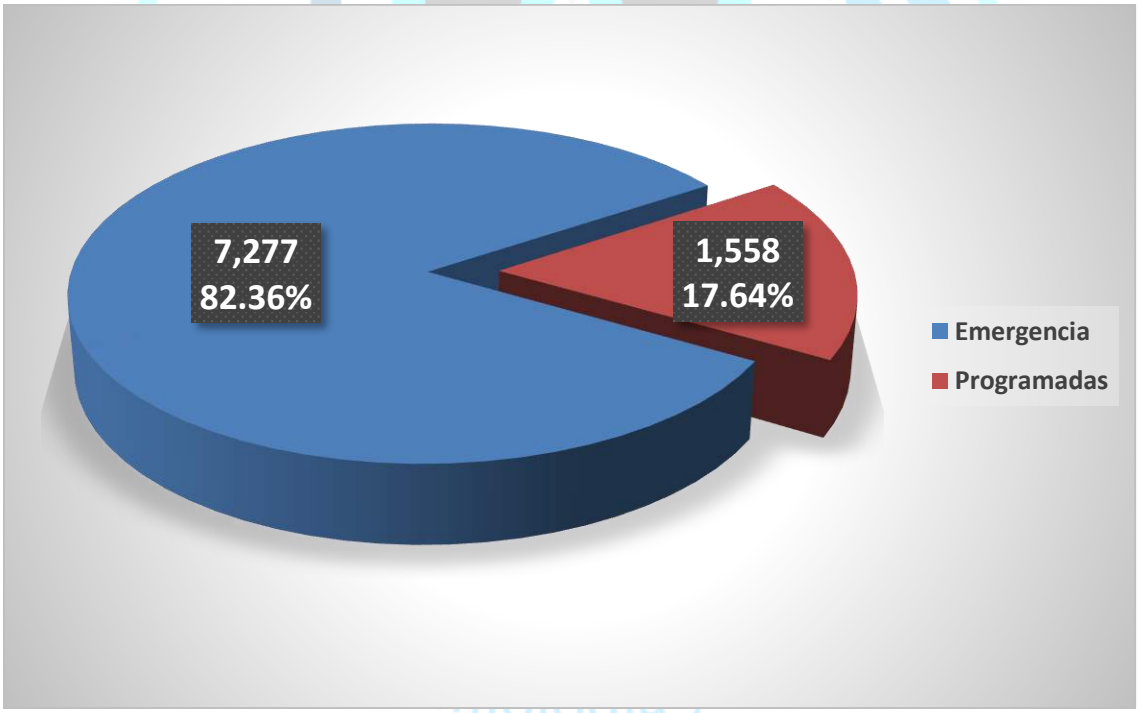
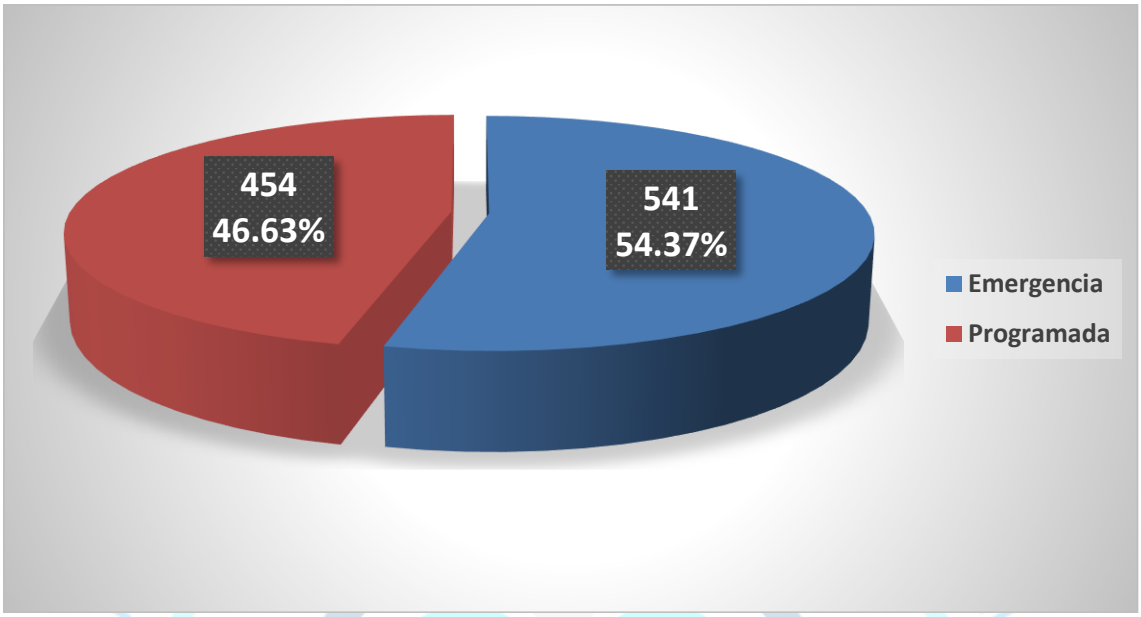


Gráfico N° 49. Tipo de Intervenciones ginecológicas



IV.9.4. UPSS Centro Obstétrico.

A Centro Obstétrico llegan las gestantes que se encuentran en trabajo de parto, las que ameritan realizar tocólisis por amenaza de parto pretérmino, y las que necesitan de monitoreo electrónico fetal.
En la Tabla N° 49 vemos los indicadores de proceso, evidenciándose un incremento en los procedimientos de atención previos a la atención del parto propiamente dicha; todos estos procesos tienen que ver con una mejora en la calidad de atención, con el objetivo de disminuir los eventos adversos.
Debemos tener en cuenta que estos procedimientos requieren un monitoreo estricto, que muchas veces amerita que la paciente permanezca en el servicio por varias horas, como en el caso de las inducciones, acentuaciones de parto y tocólisis.
De esta manera, la mayor parte de los partos atendidos en el INMP, no presentaron complicaciones, lo que se puede apreciar en el gráfico N°50.

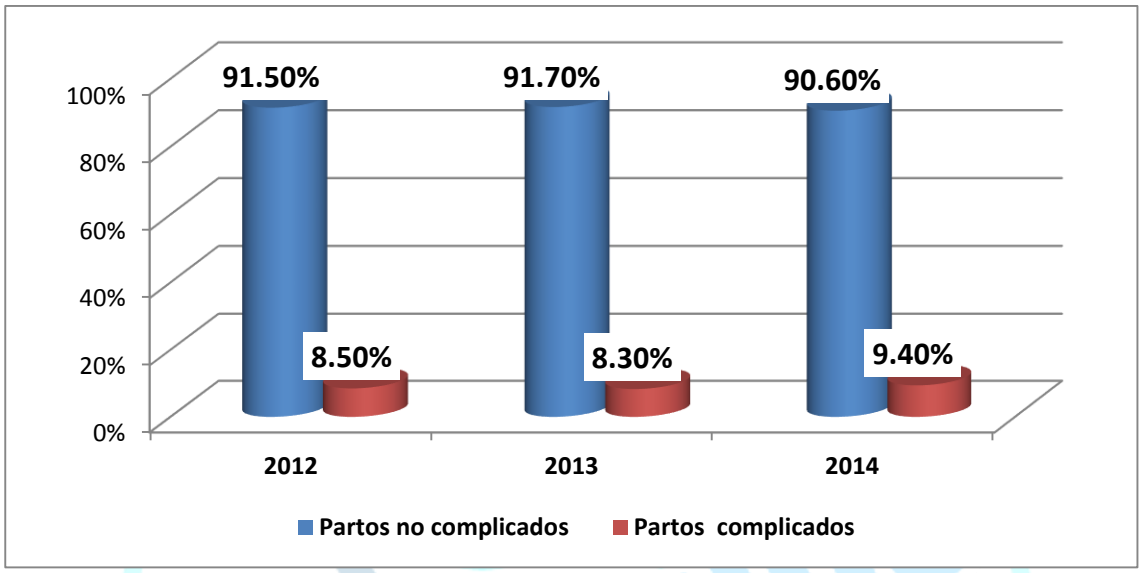
Tabla N° 49. Indicadores de proceso de Centro Obstétrico. 2012 – 2014.

Procedimientos anteparto	2012		2013		2014	
	N°	%	N°	%	N°	%
Inducciones	97	0.83	114	0.9	77	0.54
Acentuaciones	2708	23.44	3660	28.94	4217	29.4
Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	7844	67.9	8675	68.59	10049	70.2
Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto	885	7.66	1038	8.2	1103	7.7
Ecografía Obstétrica	44	0.38	84	0.66	97	0.68
Amnioscopia	8	0.07	0	0	0	0
Tocólisis	689	5.96	679	5.36	932	6.5

Tocólisis exitosa	556	4.81	543	4.29	719	5.0
Analgesia de parto	1631	14.12	2389	18.89	2694	18.8
Total de atendidas	11553	100	12648	100	14322	100

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Gráfico N° 50. Partos vaginales no complicados vs complicados



Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Debemos mencionar también que el INMP, en los últimos años ha estado fomentando la Humanización de la Atención del Parto, considerando dentro de la misma la adecuación intercultural (parto vertical), la analgesia de parto y la participación de un familiar durante la atención de parto, de esta manera se espera lograr una mayor satisfacción de las usuarias, y disminuir los eventos adversos.

Tabla N° 50. Indicadores de Humanización del Parto en el INMP.

Procedimiento	2012	2013	2014
Partos verticales	1239	1541	2476
Analgesia de parto	1631	2389	2694
Partos con acompañante	3967	4849	5434

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Como se mencionó anteriormente, las complicaciones se han presentado en un pequeño porcentaje, en la siguiente tabla se presentan las complicaciones más frecuentes.

Tabla N° 51. Complicaciones del parto INMP. 2012 – 2014.

Complicaciones post parto vaginal	2012		2013		2014	
	N°	%	N°	%	N°	%
Revisión de Canal del Parto	255	2.88	239	2.48	295	2.67
Legrado Uterino Puerperal	442	4.99	508	5.27	483	4.37
Extensión de Episiotomía	201	2.27	238	2.47	335	3.03
Desgarros Vaginales	323	3.65	368	3.82	500	4.53
Desgarros Cervicales	58	0.65	35	0.36	28	0.25
Hemorragia post parto: Hipotonías uterinas	75	0.84	88	0.91	86	0.78
Hemorragia post parto: Atonías uterinas	16	0.18	7	0.07	23	0.21
Hemorragia post parto: Desgarro Vaginal	29	0.33	10	0.1	13	0.12
Retención Placentaria	51	0.57	50	0.52	57	0.52
Total de partos vaginales	8846	100.0	9629	100	11047	100

IV.9.5. UPSS Consultorios externos

En el INMP, por ser un instituto de referencia, la mayor parte de pacientes que acuden por consultorios son Gestantes y luego las pacientes con Patología Ginecológica; brindándose también atención y seguimiento a los Neonatos de Alto Riesgo, y que las atenciones de Especialidades Médicas son realizadas básicamente como Interconsultas solicitadas por Gineco Obstetricia y Pediatría.

En los siguientes gráficos vemos la distribución de las atenciones y de pacientes atendidos por especialidades en los 3 últimos años, considerando también que por el fenómeno de la huelga médica, para este año las atenciones por especialidades se incrementó en relación a los otros consultorios.

Gráfico N° 51. Distribución de las atenciones por especialidad INMP 2012.

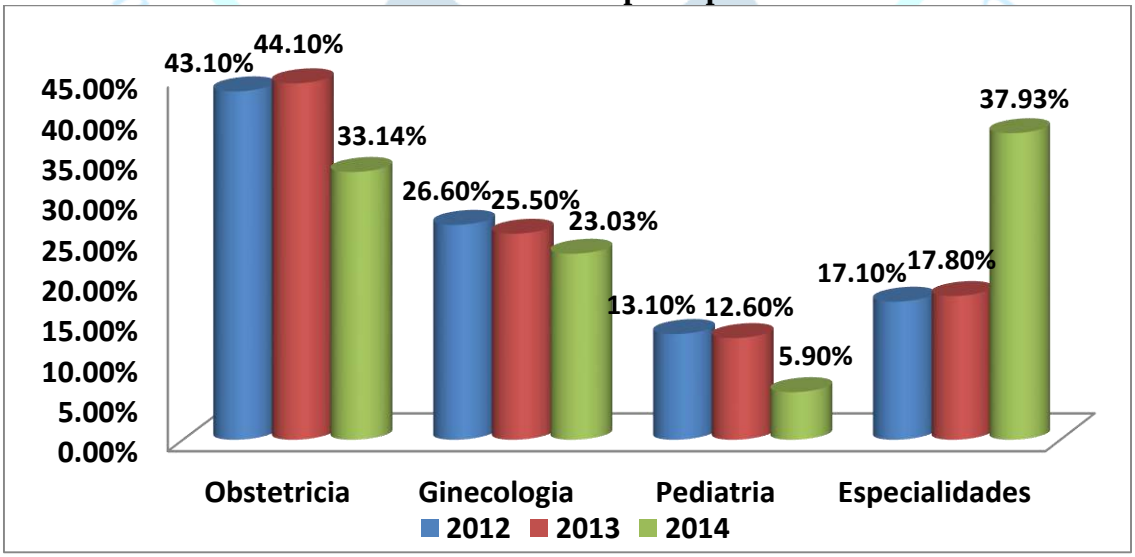
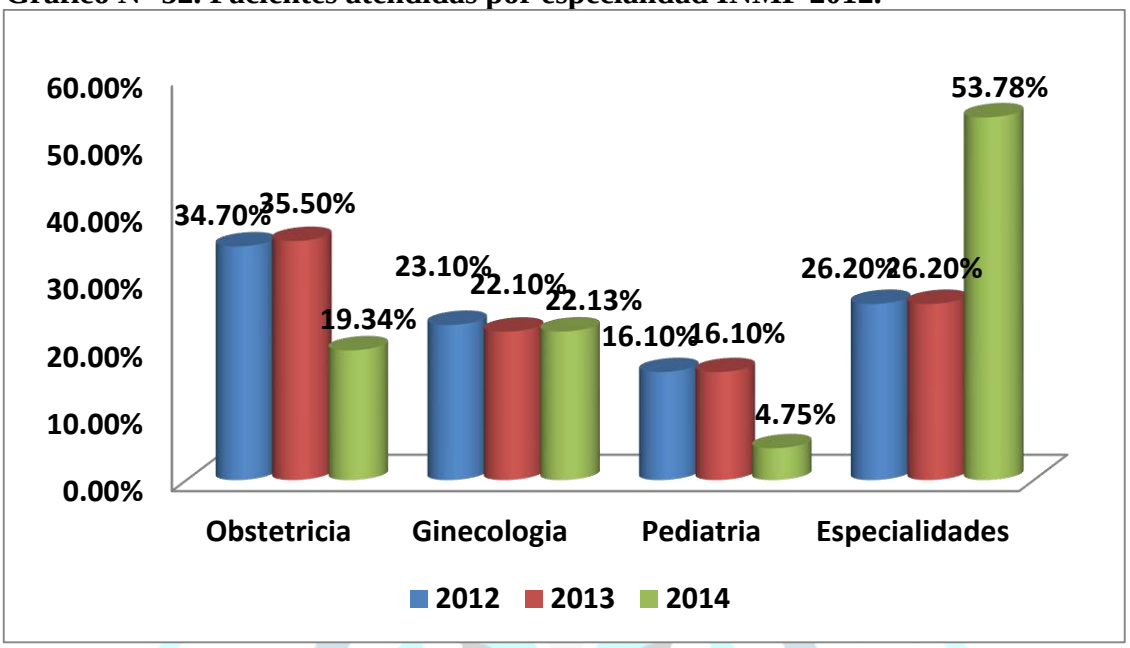


Gráfico N° 52. Pacientes atendidas por especialidad INMP 2012.



IV.9.5.1. Consultorios de Obstetricia.

En la siguiente tabla podemos la disminución en el número de atenciones en consultorios en relación a los años anteriores por el fenómeno de la huelga médica. Con el control puerperal la tendencia al incremento es menor, en vista que en promedio tienen un solo control postparto (concentración 1.2), y muchas veces lo realizan en establecimientos de salud cercanos a su hogar si no se han presentado complicaciones, así la cobertura de control puerperal sólo es del 20%.

El promedio de controles prenatales que tienen las usuarias del INMP está entre 3 y 4, teniendo en cuenta que muchas de las pacientes que se atienden en el instituto tienen controles en otros establecimientos y que acuden referidas o por decisión propia, en fecha cercana al final del embarazo.

En cuanto al rendimiento hora médico en control prenatal está dentro del estándar que es de 4, no así con el rendimiento en control puerperal que es de 3.

Tabla N° 52. Indicadores de proceso de Consultorios de Obstetricia.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014
Gestantes atendidas	12239	13504	12818	14374	8690
Atenciones de gestantes	45512	46621	47108	49021	27652
Puérperas atendidas	3160	3512	3505	3671	2291
Atenciones de puérperas	3572	4212	4928	4415	2631
Total de atenciones obstétricas	49084	50833	52036	53436	30283
Concentración de gestantes	3.7	3.5	3.0	3.4	3.2
Rendimiento hora-médico en control prenatal	2.5	4.1	4.0	4.1	3.8

Concentración de puérperas	1.1	1.2	1.4	1.2	1.1
Rendimiento hora-médico en control puerperal	3.0	3.0	2.9	3.0	2.4
Cobertura total control puerperal	17.3%	20.8%	19.9%	20.9%	20.7%

IV.9.5.2. Consultorios de Ginecología.

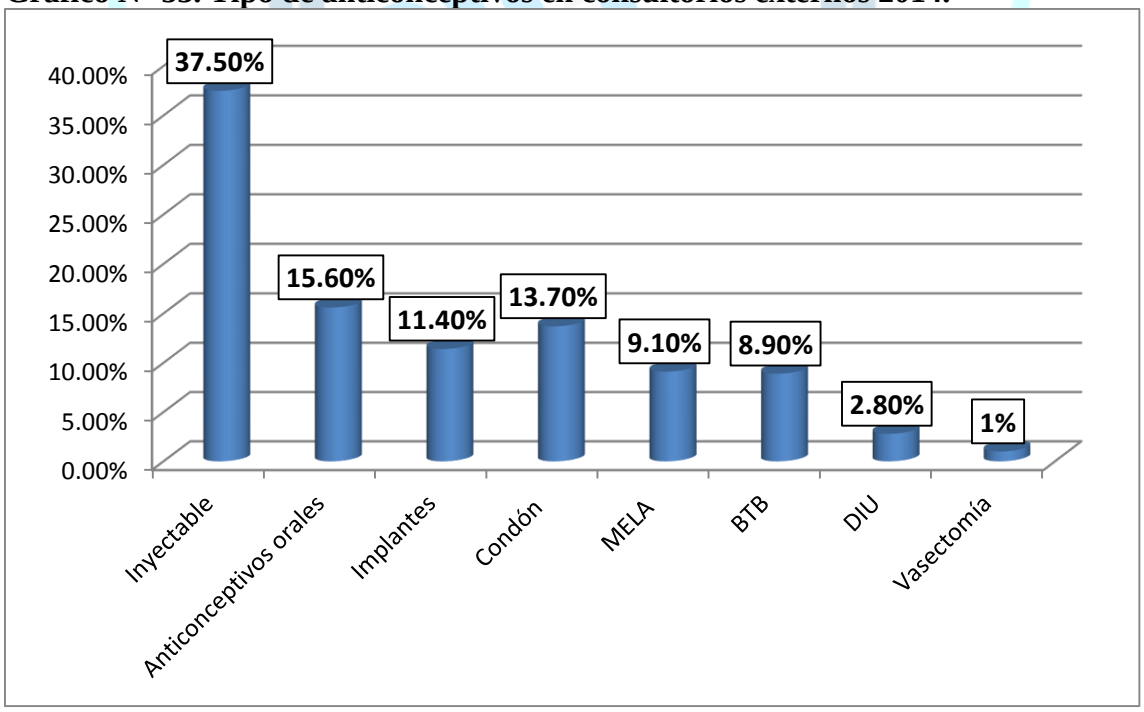
En consultorios externos de Ginecología hubo también disminución de las atenciones en relación a lo observado años anteriores, lo que se refleja también en el rendimiento hora-médico menor al estándar de 4, amerita mejorar la oferta de servicios.

Tabla N° 53. Indicadores de proceso de Consultorios de Ginecología.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Atendidas ginecológicas	10803	14196	10872	11212	10982
Atenciones ginecológicas	25796	32460	32111	30915	19531
Concentración de pacientes ginecológicas	2.4%	2.3%	2.5%	2.7%	1.8%
Rendimiento hora-médico en consultorio de Ginecología	2.9%	3.0%	3.0%	3.0%	2.6%

El Departamento de Ginecología también se encarga del consultorio de Planificación Familiar, y en el gráfico 53 podemos observar que los métodos más usado han sido los hormonales, habiendo una aceptación progresiva al uso de implantes, y se mantiene en un porcentaje bajo el uso de DIU.

Gráfico N° 53. Tipo de anticonceptivos en consultorios externos 2014.



IV.9.5.3. Consultorios de Neonatología.

Llama la atención la disminución considerable en las atenciones en consultorios de Neonatología, que en parte se explica por el fenómeno de la huelga médica, sin embargo esta disminución se refleja desde años anteriores; por otro lado el déficit de médicos Neonatólogos para programar en consultorios externos, teniendo la alta carga laboral que tienen en hospitalización al haber sobrepasado la capacidad instalada es un tema a superar para el siguiente año.

Tabla N° 54. Indicadores de proceso de Consultorios de Pediatría.

Consultorios Pediatría	2010	2011	2012	2013	2014
Atendidos	11100	16232	6175	8234	3562
Atenciones	29468	34274	15820	15246	8729
Concentración	2.7	2.12	2.6	1.9	2.5
Rendimiento Pediatra	3.2	3.9	4.2	4.0	2.8

IV.9.5.4. Consultorios de Especialidades Médicas.

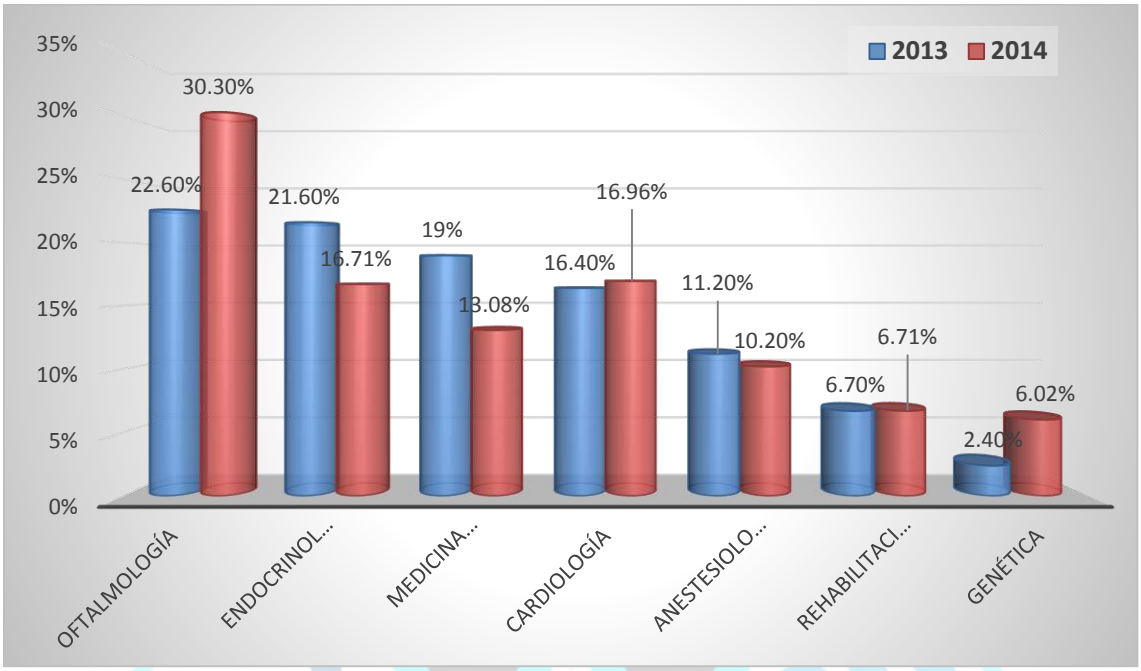
En el INMP se cuentan con consultorios de otras especialidades médicas para la atención básicamente de gestantes, pacientes ginecológicas y neonatos que requieran de otro tipo de atención especializada, es decir pasan por interconsultas. Así se cuentan con las especialidades de Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología, Rehabilitación y Genética.
En la tabla N° 55 vemos los indicadores de proceso de los diferentes consultorios de especialidades médicas en los últimos 3 años.

Tabla N° 55. Indicadores de Consultorios de Especialidades Médicas 2012-2013.

Consultorios Especialidades	Atendidas			Atenciones			Concentración			Rendimiento		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Oftalmología	2223	2293	1641	3643	5119	3955	1.6	2.2	2.4	3.3	3.8	3.6
Endocrinología	1530	1829	882	3474	4037	2180	2.3	2.2	2.5	2.4	2.7	2.7
Medicina Interna	1815	1863	1155	3065	3044	1706	1.7	1.6	1.5	3.1	3.1	2.4
Cardiología	2001	2926	1901	2648	3565	2212	1.3	1.2	1.2	2.4	3.0	2.7
Anestesiología	1422	1993	1234	1807	2161	1331	1.3	1.1	1.1	1.6	1.7	1.9
Rehabilitación	765	644	641	1086	1506	875	1.4	2.3	1.4	1.2	1.6	1.3
Genética	141	500	409	380	1069	785	2.7	2.1	2.0	1.1	2.2	1.5

La mayor parte de atenciones en Especialidades Médicas corresponden al Consultorio de Oftalmología, teniendo en cuenta que atiende a gestantes y puérperas con trastornos hipertensivos del embarazo, y también a recién nacidos prematuros a quienes se les tiene que hacer seguimiento por el alto riesgo que tienen de presentar retinopatía.
El resto de consultorios atienden las interconsultas de Obstetricia y Ginecología, con excepción del consultorio de Rehabilitación, que atiende básicamente a los neonatos con secuelas neurológicas.

Gráfico N° 54. Distribución de las atenciones en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2013 - 2014.



IV.9.5.5. Consultorios de Especialidades No Médicas.

Complementariamente se cuenta con los Consultorios de Especialidades No Médicas como: Odontología, Psicología y Terapia Física, cuyos indicadores se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 56. Indicadores de proceso de Consultorios de Especialidades no Médicas. INMP 2013.

Consultorios Especialidades No Médicas	Atendidas			Atenciones			Concentración			Rendimiento		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Odontología	8,264	6,235	4559	9,037	7,829	5672	1.1	1.2	1.1	3.6	3.4	4.6
Psicología	2,937	2,548	2280	3,571	3,376	3471	1.2	1.3	1.5	3.0	2.9	2.9
Terapia Física	430	481	3502	3,807	5,075	3912	8.8	10.1	1.1	3.3	3.9	2.1

IV.10. ANALISIS PRESUPUESTAL.

Los ingresos recaudados por las distintas fuentes y la ejecución del presupuesto han aumentado en los últimos 5 años.

La ejecución presupuestal de la institución ha ido aumentando en los últimos años, llegando a mantenerse cerca del 98% de ejecución en años anteriores, sin embargo para el 2014 este porcentaje fue menor debido a los problemas administrativos que se observaron por la huelga médica. Aun así, la ejecución presupuestal siempre ha sido mayor al 90%.

Tabla N° 57. Presupuesto inicial modificado. INMP 2010 - 2014.

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Recursos Ordinarios (RO)	72’747,218	84’095,906	96’829,227	99’810,718	111'432,727
Recursos Directamente Recaudados (RDR)	11’864,265	19’562,281	17’457,545	20’591,164	25'623,994
Donaciones y Transferencias	6’237,712	4’522,762	4’393,595	5’247,869	11'636,374
Total	90’849,195	108’180,949	118’680,367	125’649,751	148'693,095

Gráfico N° 55. Evolución de la asignación presupuestal. INMP 2007 – 2014.

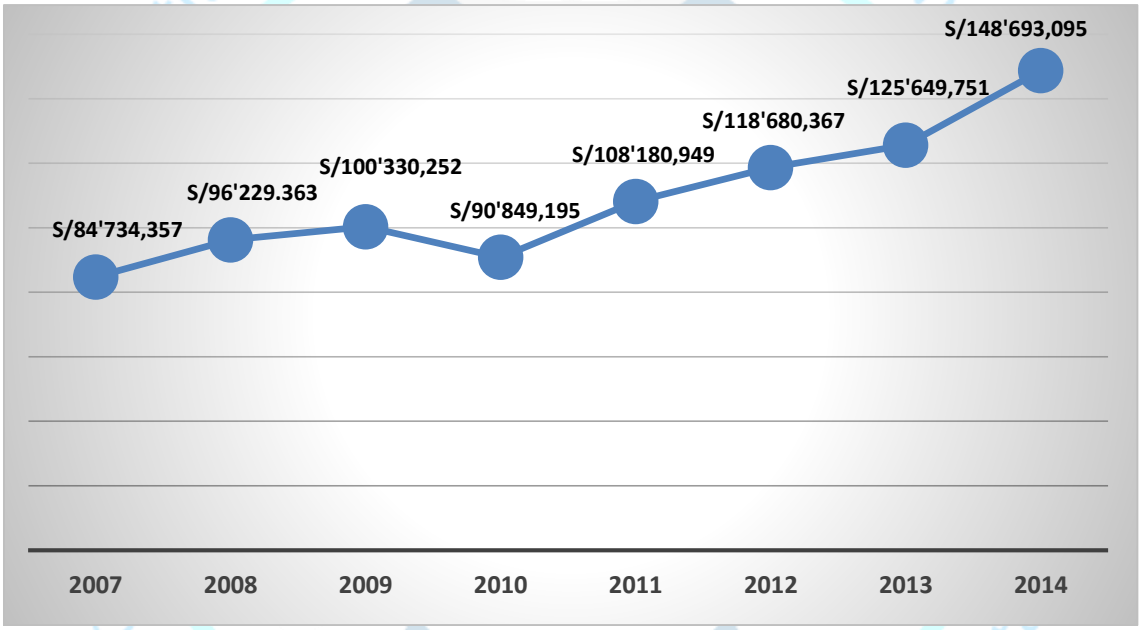
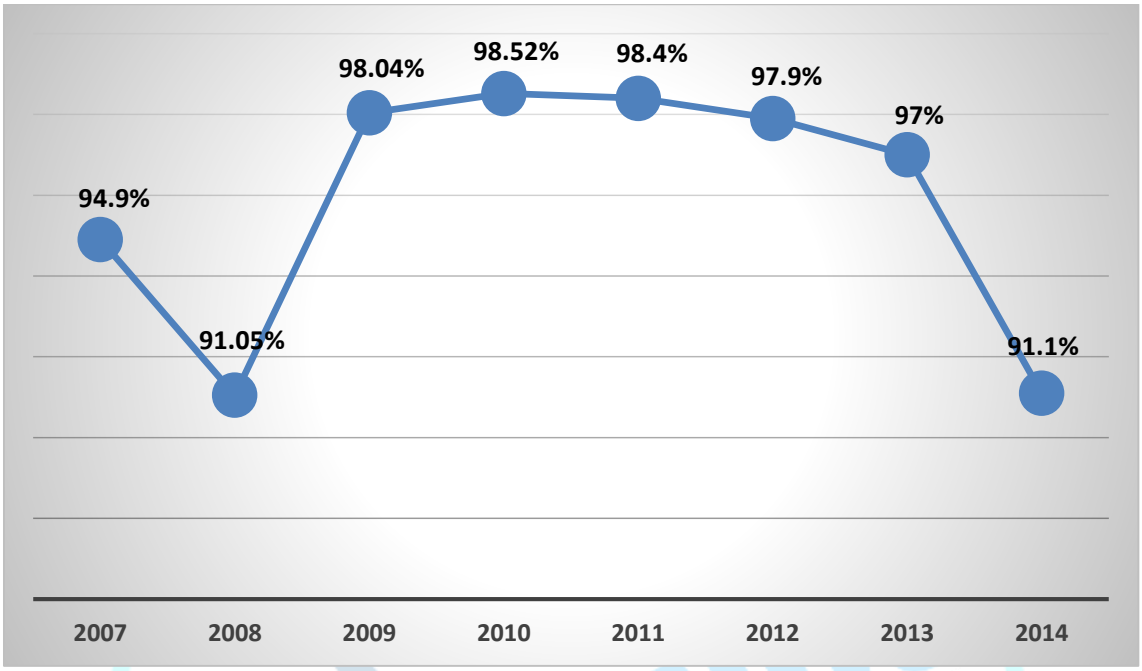


Tabla N° 58. Ejecución presupuestal. INMP 2010 - 2014.

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Recursos Ordinarios (RO)	72’277,435	83’953,187	94’480,862	99’629.610	111'385,154.74
Recursos Directamente Recaudados (RDR)	11’566,142	19’179,517	17’346,645	18’200,544	13'217,050.65
Donaciones y Transferencias	5’665,262	3’321,433	4’305,480	4’139,568	10'857,391.98
Total	89’508,840	106’454,139	116’132,988	121’969,722	135'459,596.58

Gráfico N° 56. Evolución del porcentaje de ejecución presupuestal. INMP 2007 – 2014.



VIGILANDO
Oficina de Epidemiologia y salud ambiental

V. BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA

En Obstetricia:

- Control prenatal en promedio llega entre 3 a 4 controles, siendo de esta manera insuficiente, lo que se puede explicar porque muchas de las pacientes que acuden al INMP, han tenido controles previos en otros establecimientos, y en algunos casos no tuvieron control prenatal y sólo acudieron para la atención del parto.
- Pocas pacientes inician su control prenatal en el primer trimestre, lo que no permite una detección temprana de complicaciones.
- El sistema de redes para la atención materna perinatal es inadecuado, por lo que el instituto sigue atendiendo un gran porcentaje de pacientes de baja complejidad, habiendo pacientes de mayor complejidad que son atendidas en otros establecimientos y que son referidas sólo cuando tienen complicaciones.
- Muchas de las pacientes referidas de otras instituciones, llegan al INMP con complicaciones serias y demoras en la atención, lo que condiciona una mayor morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal.
- La Preeclampsia sigue siendo la complicación obstétrica causante de la mayor morbi-mortalidad materna y perinatal en el INMP.

En Ginecología:

- Disminución en las atenciones en consultorios de pacientes con patología ginecológica, que en parte puede deberse al periodo de la huelga médica, pero que también tiene que ver con que la oferta no sea superior a la de otros establecimientos de salud.
- Bajo porcentaje de ocupación de camas.
- Disminución en el total de intervenciones quirúrgicas realizadas en relación a lo observado en los últimos años.
- Poco desarrollo de las subespecialidades.

En Neonatología

- Sobredemanda en hospitalización (UCI Neonatal e Intermedios), llegando a sobrepasar la capacidad instalada.
- Neonatos con estancias prolongadas, debido a que la mayoría de los neonatos que ameritan hospitalización son prematuros y que un porcentaje importante tienen malformaciones congénitas, que ameritan la realización de procedimientos invasivos, asociado a mayor morbilidad, cuidados casi personalizados, y teniendo en cuenta que algunos presentarán secuelas al alta que ameritan seguimiento prolongado y rehabilitación.
- Falta de Médicos especialistas en Neonatología en el mercado y oferta poco atractiva para los mismos, por tener alta carga laboral en el instituto y tener mejores ofertas económicas en otras instituciones.

En Epidemiología:

- Insuficiente personal para el trabajo de vigilancia epidemiológica y gestión de información epidemiológica.
- La elaboración del ASIS del INMP recae íntegramente en la Oficina de Epidemiología, no habiendo participación directa de las diferentes áreas involucradas en el análisis de la información.
- No se cuenta con personal suficiente para las labores de Salud Ambiental.

VI. LINEAS DE INTERVENCION

En Obstetricia:

- Implementar la propuesta de Inversión de la Pirámide en la atención prenatal, de manera que se realice un mayor porcentaje de control de 1° trimestre en el INMP, que permita la identificación temprana de fetos con malformaciones congénitas, gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia, gestantes con riesgo de parto pretérmino. De esta manera las gestantes de riesgo identificadas deberían continuar su control en el INMP, y las de bajo riesgo podrían pasar a otros establecimientos de menor complejidad.
- Fortalecimiento y coordinación con los centros de primer y segundo nivel de atención para un adecuado manejo de las gestantes y referencias oportunas y adecuadas de paciente (fortalecimiento del sistema de redes)
- Fortalecer la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema, de manera que permita un mayor conocimiento de las patologías obstétricas y el manejo adecuado de las mismas.
- Promover la investigación, sobretodo referente a morbilidad materna extrema, preeclampsia y parto pretérmino.
- Implementar Telemedicina para UCI Materna y Medicina Fetal.

En Ginecología:

- Implementar sistema de Atención de Cirugías de Día (Cirugía Ambulatoria) sobre todo para los diferentes procedimientos ginecológicos como conización, laparoscopías diagnósticas, debridación de quistes de Bartolino, exéresis de tumores de mama, etc.
- Se debe impulsar las subespecialidades en Ginecología; así se ha fortalecido el Servicio de Reproducción Humana, con la mejora en su infraestructura, adquisición de equipamiento e incorporación de personal capacitado que debe permitir realizar procedimientos de reproducción de alta complejidad, con lo que se espera un aumento en la demanda del servicio.
- Fortalecer despistaje temprano de cáncer ginecológico, con capacitación de nuestro personal, y con la incorporación de detección de PVH y mamografía, en vista que los cánceres de cuello uterino y de mama son los más frecuentes.

En Neonatología

- Elevar al MINSA propuesta para mejorar el sistema de redes de atención neonatal, sobre todo para el manejo de prematuros.
- Revisión de indicación de alta para los neonatos hospitalizados en Intermedios, con el objetivo de disminuir las estancias prolongadas.
- Continuar con el aporte de Telemedicina con los hospitales regionales con los que se tiene convenio, porque se ha visto que es una estrategia valiosa para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad a nivel nacional.
- Considerar la ampliación de servicio de UCI Neonatal.

En Epidemiología:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en el INMP, dando énfasis a la vigilancia de infecciones intrahospitalarias, la vigilancia de mortalidad materna, vigilancia de morbilidad materna extrema y vigilancia perinatal neonatal.

- Debe conformarse un comité que sea responsable de la elaboración del ASIS, el mismo que debe estar liderado por la Oficina de Epidemiología y conformado por los Directores de los Órganos de Línea, Oficina de Estadística y Oficina de Planeamiento Estratégico, de manera que permita un trabajo conjunto, con un análisis previo que debe estar a cargo de los Jefes de Servicio o de Área, y luego se haga la consolidación de la información por el comité, lo que permitiría un mejor análisis de la información.
- Fortalecer el equipo de Salud Ambiental de manera que se mejoren las condiciones ambientales tanto para los pacientes como para los trabajadores, y así disminuir las infecciones intrahospitalarias y la posibilidad de aparición de brotes.

En Estadística:

- La implementación de las historias clínicas digitalizadas permitiría una recolección de la información oportuna y más confiable, además de ser una medida a favor de la ecoeficiencia; sin embargo implica un presupuesto alto, motivo por el cual todavía no se ha implementado.
- Debe darse una coordinación entre la Oficina de Estadística con las Jefaturas de Servicios, de manera que se revisen los indicadores de mayor utilidad y que no se manejen datos discordantes dependiendo de la fuente de información.

Instituto Nacional Materno Perinatal
VIGILANDO
Oficina de Epidemiologia y salud ambiental