



2024

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIA ASISHO- 2024



INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Félix Dasio Ayala Peralta

Director General

M.C. Félix Dasio Ayala Peralta

Director Adjunto

M.C. Carlos Velásquez Vásquez

Jefe de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

- **Director General:** M.C. FÉLIX DASIO AYALA PERALTA
- **Director Adjunto:** M.C. FÉLIX DASIO AYALA PERALTA
- **Director Ejecutivo de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada:** M.C. LUIS MEZA SANTIBAÑEZ
- **Director Ejecutiva de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios:** M.C. JUAN CARLOS TASAYCO SARAIVA
- **Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología:** M.C. CARLOS FRANCISCO PEREZ ALIAGA
- **Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología:** M.C. YLIA ESPINOZA VIVAS
- **Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico:** ECO. ROXANA JACQUELINE ALARCON GUIZADO
- **Jefa de Órgano de Control Institucional:** MARIA CECILIA BAZAN ALONSO
- **Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica:** Abog. JACQUELINE CHAPA ROMERO
- **Jefe de la Oficina de Cooperación Científica Internacional:** MG. GIANCARLO VARELA GARCÍA
- **Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental:** M.C. CARLOS VELÁSQUEZ VÁSQUEZ
- **Jefe de la Oficina de Estadística e Informática:** M.C. JUAN MACEDONIO TORRES OSORIO
- **Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad:** M.C. JULIO CHÁVEZ PITA
- **Director de la Oficina Ejecutiva de Administración:** Econ. MAURICIO UGARTE ARBILDO
- **Jefa de la Oficina de Economía:** C.P.C. ELIZABETH MUÑOZ SABINO
- **Jefe de la Oficina de Logística:** MARCO BENITES PÉREZ
- **Jefe de la Oficina de Recursos Humanos:** Abog. CARLOS SÁNCHEZ HUARCA
- **Jefe de la Oficina de Servicios Generales:** RAFAEL ARMANDO CARRASCO ROSAS
- **Jefa de la Oficina de Comunicaciones:** Lic. BEGONIA IVETTE OTINIANO JIMENEZ

JEFES DE DEPARTAMENTO Y SERVICIOS

- M.C. MARIANELLA RÍOS HERRERA Jefe del Departamento de Especialidades Médicas.
- M.C. JUAN CARLOS TASAYCO SARAVIA Jefe del Departamento de Servicios Complementarios.
- M.C. RAFAEL PAUCAR ZEGARRA Jefe del Departamento de Neonatología.
- M.C. MIGUEL PAREDES ASPILCUETA Jefe del Departamento de Patología.
- M.C. ALVARO RENATO MORENO GONZÁLES Jefe del Dpto. de Analgesia, Anestesia y Reanimación.
- M.C. LUIS ALBERTO ALMEYDA CASTRO Jefe Departamento de Obstetricia y Perinatología.
- M.C. CESAR AUGUSTO CARRANZA ASMAT Jefe del Departamento de Ginecología.
- M.C. PEDRO GARCIA APARCANA Jefe del Departamento de Cuidados Críticos.
- LIC. ENF. RUTH PONCE LOYOLA Jefa del Departamento de Enfermería.
- LIC. OBST. CARMEN ESPINOZA ARANDA Jefa del Departamento de Obstetricas.
- M.C. MAGNOLIA YOVANA CELEDONIO SALVADOR Jefa del Servicio de Obstetricia A.
- M.C. LEONOR ARROYO GALVEZ Jefa del Servicio de Obstetricia B.
- M.C. LUIS QUIÑONEZ VASQUEZ Jefe del Servicio de Obstetricia C.
- M.C. EDGARDO GUARNIZO ALFARO Jefe del Servicio de Obstetricia D.
- M.C. HUMBERTO ADLER IZAGUIRRE LUCANO Jefe del Servicio de Ginecología.
- M.C. AMADEO SÁNCHEZ GONGORA Jefe del Servicio de Emergencia.
- M.C. ERASMO HUERTAS TACCHINO Jefe de la Unidad de Medicina Fetal.
- M.C. LUIS ALBERTO CARPIO GUZMAN Jefe del Servicio de Medicina Reproductiva.
- M.C. JHON SILVA ZUÑIGA Jefe del Servicio de Centro Obstétrico.
- M.C. ALBERTO DÍAZ SEMINARIO Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Materno.
- M.C. JUAN CHINCHAYAN SANCHEZ Jefe de Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia.
- M.C. ELINA MENDOZA IBAÑEZ Jefa del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales
- M.C. ELSA TORRES MARCOS Jefa del Servicio de Atención Inmediata y Emergencia Neonatal
- M.C. JACQUELINE ALVARADO ZELADA Jefa del Servicio de Cirugía Neonatal
- M.C. RAFAEL PAUCAR ZEGARRA Jefe del Servicio de Consultorios Externos de Pediatría
- M.C. WALTER GOMEZ GALEANO Jefe del Servicio de Intermedios A
- M.C. BETZY TRIGOSO GRANDEZ Jefa del Servicio de Intermedios B
- LIC. ZULEMA LEON MAURICIO Jefa del Servicio de Banco de Leche Humana
- Q.F. CARMEN ROSA ROJAS MEDINA Jefa del Servicio de Farmacia
- M.C. CESAR PASTOR MARREDO Jefa del Servicio de Diagnóstico por Imágenes
- LIC. JOVANNA OCHANTE REMENTERÍA Jefa del Servicio de Trabajo Social
- LIC. RAÚL OLIVARES CARRERA Jefe del Servicio de Nutrición
- M.C. RICARDO IVAN ALVAREZ CARRASCO Jefe del Servicio de Banco de Sangre
- M.C. JUAN ANTONIO CHINCHAYÁN SÁNCHEZ Jefe de la Unidad de Seguros
- M.C. JORGE ALFARO RAMIREZ Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres
- ING. MIGUEL ENCALADA QUIRÓZ Jefe de la Unidad de Ingeniería Biomédica
- M.C. LILIANA DANIELA PACHECO CAMPOS Jefe de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo
- M.C. MIRYAM VENTOCILLA ESPINOZA Coordinadora del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Servicio de Emergencia
- LIC. KHATERIN FAVIOLA MORENO REYES Coordinadora del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Servicio de Consultorios Externos

**ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD HOSPITALARIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2023**

Documento Elaborado por:

M.C. Carlos Velásquez Vásquez

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Revisores:

M.C. Carlos Francisco Perez Aliaga

Director Ejecutivo de Obstetricia y Ginecología

M.C. Ylia Espinoza Vivas

Directora Ejecutiva de Neonatología

M.C. Juan Tasayco Saravia

Director Ejecutivo de Especialidades Médicas

M.C. Juan Torres Osorio

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 193 - 2025-DG-INMP-MINSA



Resolución Directoral

Lima, 02 de Junio del 2025

VISTO:

El expediente N° 25-11424-1 conteniendo el Memorando N° 748-2025-CEPE/INMP de fecha 13 de mayo del 2025, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, quien adjunta el Informe N° 042-2025-CMAV-UFCO-CEPE-INMP, de fecha 13 de mayo del 2025 de la Unidad Funcional de la Oficina de Planeamiento Estratégico y el Memorando N° 0257-2025-OESA/INMP de fecha 28 de abril del 2025 emitido por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental que presenta el documento técnico denominado Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria ASISHO-2024 del Instituto Nacional Materno Perinatal.


C. VELÁSQUEZ

CONSIDERANDO:

Que, el numeral I del Título Preliminar de la Ley N° 28842 – Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; el numeral II señala que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; el numeral III dispone que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones establecidos por la ley, siendo este un derecho inenunciable; el numeral IV indica que la salud pública constituye una responsabilidad primaria del Estado, mientras que la responsabilidad en materia de salud individual es compartida entre el individuo, la sociedad y el Estado; el numeral V establece que corresponde al Estado vigilar, cauterizar y atender los problemas relacionados con la desnutrición, la salud mental y la salud ambiental de la población; y, finalmente, el numeral VI dispone que la provisión de servicios de salud es de interés público, independientemente de la persona o institución que los brinde, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones necesarias para garantizar una cobertura adecuada de prestaciones de salud, bajo criterios de seguridad, oportunidad y calidad socialmente aceptables;


R. ALARCON

J. TAYACO

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 28842, y conforme a lo dispuesto en su artículo 76, precisa que la autoridad de salud a nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y la erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes;


C. PEREZ

Que, el inciso a) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que es función del Director Médico el "Planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos";


I. CHAPA

Que, de acuerdo al literal c) del artículo 10° de la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional Materno Perinatal, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, tiene como función "Elaborar el análisis de la Situación de Salud Especializada, para contribuir a la determinación de prioridades y evaluación en el planeamiento estratégico y de gestión institucional";


Y. ESPINOZA

Que, mediante Resolución Ministerial N° 801-2012/MINSA, se aprueba NTS N° 099-MINSA-DGE.V.01. Norma Técnica de Salud que establece el proceso para el desarrollo y evaluación del Análisis de Situación de Salud en los ámbitos Nacional y Regional. El mismo que tiene como objetivos generales lo siguiente: a) Establecer los parámetros y lineamientos a ser aplicados para evaluar el desarrollo del documento de Análisis de Situación de Salud en el ámbito nacional y regional. b) Así como, regular las diferentes fases y procedimientos para el desarrollo del Análisis de Situación de Salud y su articulación con el proceso de planificación y toma de decisiones en los ámbitos nacional y regional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015-MINSA se aprueba el Documento Técnico denominado "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local", el mismo que tiene como finalidad generar evidencias para la toma de decisiones y la gestión de políticas con impacto en la salud pública y el desarrollo social en el ámbito local;

Que, el Documento Técnico titulado "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO-2024) del Instituto Nacional Materno Perinatal" tiene como finalidad brindar una evaluación técnica y estratégica que contribuya al cumplimiento de los objetivos establecidos en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, con el propósito de fortalecer la toma de decisiones, optimizar la gestión institucional y mejorar la atención especializada a mujeres y recién nacidos en situación de vulnerabilidad;



C. VELÁSQUEZ

Que, nuestra institución, en su calidad de establecimiento de salud de nivel III-2 y de referencia nacional, ha sido designada como tal mediante la Resolución Administrativa N° 301-2025-DMGS-DIRIS-LC de fecha 31 de marzo del 2025 por lo que se posiciona como un actor estratégico para el cumplimiento de los objetivos de la política, dado que su misión institucional se centra en la atención especializada a la mujer y al recién nacido, lo que lo convierte en una institución clave en el abordaje técnico y operativo de las prioridades sanitarias establecidas a nivel nacional;



R. ALARCON

Que, mediante el Memorando N° 0257-2025-OESA/INMP, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental presenta el documento técnico titulado "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria - ASISHO 2024 del Instituto Nacional Materno Perinatal"; y, a través del Memorando N° 748-2025-OEPE/INMP, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico adjunta el Informe N° 042-2025-CMAV-UFO-OEPE-INMP, elaborado por la Unidad Funcional de Organización, en el cual se emite opinión favorable y recomienda la emisión de la presente resolución;



J. TAZAYCO

Que, con la opinión favorable de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y con la visación del Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología; de la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología; del Director Ejecutivo de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, en armonía con la facultades conferidas mediante Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Ministerial N° 005-2022/MINSA;

SE RESUELVE:



C. PEREZ

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el documento técnico: "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria ASISHO-2024 del Instituto Nacional Materno Perinatal", que forma parte integrante de la presente resolución, en 112 páginas.

ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la supervisión y el cumplimiento del documento aprobado.

ARTÍCULO TERCERO: El responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia de la institución, publicará la presente Resolución en el Portal Institucional.

Regístrese y Comuníquese.



Y. ESPINOZA

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Mg. FÉLIX DASIO AYALA PERALTA
C.M.P. N° 19726 - R.N.E. N° 9179
DIRECTOR DE INSTITUTO



I. CHIAPA

FDAPULCHR/Arg
Cc:
• DEGO
• OGA
• OEPE
• DEN
• DCEMSC
• OESA
• OGC
• OAU
• OBI (Pqy Web)
• Archivado

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
19 JUN. 2025
RECIBIDO

PRESENTACION

La "Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030" llamada "Perú, País Saludable", liderada por el Ministerio de Salud, busca garantizar que todos los peruanos gocen de salud plena a través de cuidados y atenciones de salud a lo largo de su vida, además de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados. Para esto, la política enfatiza acciones para las llamadas "Prioridades Sanitarias" tales como: muerte materna, muerte neonatal, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Hepatitis B, cáncer, entre otras.

En este sentido, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) al ser un establecimiento de salud nivel III-2, de referencia nacional, es un actor fundamental en el logro de los objetivos de esta política, al cumplir su misión de brindar atención especializada a la mujer y el recién nacido, promoviendo el avance científico y tecnológico en salud materna y perinatal y por ende abordar las soluciones de las prioridades sanitarias.

A pocos meses de cumplir 200 años de creación (1826-2026) el INMP está enmarcado en consolidar su liderazgo en la investigación, docencia y atención integral altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer, la atención y el seguimiento del neonato de alto riesgo, generando nuevas tecnologías para contribuir con la mejora de la capacidad resolutive del sistema nacional de salud, en un marco de integridad, transparencia, ética, solidaridad, respeto, compromiso y calidad total, conforme lo menciona en su visión institucional.

Por lo anterior, el INMP considera que el Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria del 2024 (ASIS-HO) es una herramienta fundamental de carácter técnico y político para el proceso de conducción, gerencia y toma de decisiones en un Instituto como el nuestro.

El análisis y el uso de la información brindada por el ASIS-HO 2024, acerca del comportamiento de los parámetros demográficos, epidemiológicos y sociales de la población que acude a la institución, así como la capacidad de respuesta del Instituto expresada en indicadores de la actividad propia, ofrecen evidencias sobre la eficacia de las acciones realizadas hasta la fecha para responder a las necesidades de salud de nuestros pacientes, y van a permitir, además, optimizar la gestión, adecuar las labores asistenciales a las necesidades ciudadanas y el desarrollo de mecanismos que aseguren la adecuada calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos.

El ASIS-HO elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental con el apoyo de las diferentes áreas del Instituto, va a permitir, mediante su análisis, plantear enfoques innovadores en el manejo especializado en ginecología, medicina reproductiva, medicina materno-fetal, obstetricia crítica y cuidados intensivos e intermedios neonatales, así como encaminar actividades que no hayan logrado sus objetivos.

Finalmente, las evidencias desprendidas nos ayudan a continuar sumando esfuerzos para mantener el liderazgo del INMP en los avances para la atención de las mujeres y los niños más vulnerables del país RUMBO AL BICENTENARIO de su creación.

Félix Dasio Ayala Peralta

DIRECTOR GENERAL

INDICE

Introducción	12
CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES	
1.1 Breve reseña histórica del INMP	13
1.2 Misión del INMP	14
1.3 Visión del INMP	14
1.4 Objetivos estratégicos	14
CAPITULO II. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES Y ESTADO DE SALUD HOSPITALARIO	15
2.1 Análisis de los determinantes de la población usuaria	15
2.1.1 Determinantes geográficos	15
2.1.2 Determinantes demográficos	16
2.1.3 Determinantes económicos	27
2.1.4 Determinantes tecnológicos	28
2.2 Análisis de los determinantes de salud hospitalarios	31
2.2.1 Categoría hospitalaria	31
2.2.2 Organigrama	32
2.2.3 Cartera de servicios	33
2.2.4 Recursos humanos	34
2.2.5 Estructura hospitalaria	35
2.2.6 Equipamiento	37
2.2.7 Presupuesto y ejecución presupuestal	39
2.2.8 Índice de seguridad hospitalaria	44
CAPITULO III. ANALISIS DE SALUD DE LA DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS	47
3.1 Análisis de la demanda	47
3.2 Análisis del financiamiento	69
3.3 Referencias y contrarreferencias	70
3.4 Saneamiento ambiental	73
CAPITULO IV. ANALISIS DEL ESTADO DE SALUD O RESULTADOS SANITARIOS	76
4.1 Morbilidad	76
4.2 Infecciones asociadas a la atención de salud	82
4.3 Incidencia de tuberculosis y VIH respecto a la población atendida	84
4.4 Mortalidad	
4.4.1 Mortalidad materna	86
4.4.2 Mortalidad Neonatal	89
4.5 Satisfacción del usuario	91
4.6 Eventos adversos	92
CAPITULO V. ANALISIS INTEGRADO Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS SANITARIOS	99
CAPITULO VI. VINCULACIÓN DEL ASIS Y PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	100
Bibliografía y anexos	102

TABLAS

- Tabla 1. Recursos Humanos, según profesión y modalidad de contrato. INMP. 2024
- Tabla 2. Camas de hospitalización INMP 2024
- Tabla 3. Equipamiento especializado INMP por UPSS 2024
- Tabla 4. Tipos de equipos especializados según UPSS 2024
- Tabla 5. Ejecución presupuestal según categoría presupuestal al 31 de diciembre del 2024
- Tabla 6. Ejecución presupuestal por Programa y Categoría al 31 de diciembre de 2024
- Tabla 7. Ejecución presupuestal por categoría presupuestal y genérica de gasto al 31 de diciembre 2024.
- Tabla 8. Perfil de la paciente atendida en el INMP. Comparativo 2023-2024
- Tabla 9. Características de la población que se atiende por consulta externa. Porcentaje por atributo. INMP 2022-2024
- Tabla 10. Atendidos en consultorios INMP. Totales 2021-2024
- Tabla 11. Atendidos en consultorios de obstetricia. INMP 2021-2024
- Tabla 12. Atención en adolescentes en consultorios. INMP 2021-2024
- Tabla 13: Atendidos en consultorios de ginecología. INMP 2021-2024
- Tabla 14: Atendidos en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2021-2023
- Tabla 15. Atenciones en consultorios de pediatría. INMP 2021-2023
- Tabla 16. Atendidos y porcentaje de cobertura de atención ambulatoria en menores de 1,500 gr.
- Tabla 17. Egresos hospitalarios ginecoobstetricia. INMP 2021-2024
- Tabla 18. Principales indicadores de Ginecobstetricia. INMP 2021-2024
- Tabla 19. Indicadores de Producción. Departamento de Neonatología 2024
- Tabla 20. Indicadores de Producción UCI Neonatal. INMP 2020 – 2024
- Tabla 21. Atenciones en Centro quirúrgico. INMP 2021-2024
- Tabla 22. Recién nacidos de bajo y muy bajo peso comparativo, Lima Metropolitana e INMP. 2024
- Tabla 23. Atenciones según prioridades en servicio de emergencia. INMP 2024
- Tabla 24. Frecuencia de neonatos tamizados. INMP. 2018-2024
- Tabla 25. Casos detectados con enfermedades metabólicas. Tamizaje neonatal INMP 2018-2024
- Tabla 26. Pacientes positivos detectados por Tamizaje Neonatal nivel nacional 2018 – 2024
- Tabla 27. Pacientes tamizados por tipo de tamizaje. INMP 2018 – 2024
- Tabla 28. Producción de laboratorio especializado Medicina Reproductiva 2021-2024
- Tabla 29. Tasa de embarazo por transferencia embrionaria TED-TEF. INMP 2024
- Tabla 30. Tasa de embarazo por inmunización intrauterina. INMP 2024
- Tabla 31. Producción de Banco de Sangre. INMP 2020-2024
- Tabla 32. Publicaciones Revista Peruana de Investigación, 2019 – 2024
- Tabla 33. Cursos dirigidos a profesionales. INMP 2024
- Tabla 34. Producción de Telesalud. INMP 2023
- Tabla 35. Fuente de financiamiento de pacientes hospitalizadas. INMP 2024
- Tabla 36. Referencias solicitadas según establecimiento de procedencia. INMP 2024
- Tabla 37. Referencias solicitadas según grupo de patologías. INMP 2024
- Tabla 38. Promedio de cloro residual en el agua mensualizado. INMP 2024
- Tabla 39. Análisis microbiológico en agua para consumo humano. INMP 2024
- Tabla 40. Principales morbilidades por consultorios externos de obstetricia 2021-2024
- Tabla 41. Principales morbilidades por consultorios externos de ginecología 2021-2024
- Tabla 42. Principales morbilidades atendidas en consultorios de pediatría 2021-2024
- Tabla 43. Diagnósticos Obstétricos. INMP 2021 a 2024
- Tabla 44. Diagnósticos de egreso de la UPSS de Obstetricia. INMP 2021 al 2024
- Tabla 45. Diagnósticos de egreso en UPSS de ginecología. INMP. 2021-2024
- Tabla 46. Indicadores obstétricos y ginecológicos. INMP. 2021 al 2024
- Tabla 47. Morbilidades de las UPSS de Neonatología. INMP 2023
- Tabla 48. Indicadores para la prevención de la TMI del VIH. INMP 2024
- Tabla 49. Criterios hematológicos de MME: Politransfundidas. INMP 2024
- Tabla 50. Indicadores de resultados MME. INMP 2023-2024
- Tabla 51. Número de eventos adversos por lugar de ocurrencia. INMP 2024)
- Tabla 52. Grupo de clasificación del evento adverso. INMP 2024

GRÁFICOS

- Gráfico 1. Imágenes de localización del Instituto Materno Perinatal en Lima Cercado
- Gráfico 2. Proyección al 2050 de Población total, tasa de crecimiento, por edades y sexos
- Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer, según sexo, 1950-2024
- Gráfico 4. Porcentaje de gestantes número de controles y parto institucional. Perú 2019-2024
- Gráfico 5. Número de muerte materna anual. Perú 2000-2024
- Gráfico 6. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Perú 2022-2023
- Gráfico 7. Muerte materna según ciclo de vida. Perú 2017-2024
- Gráfico 8. Proporción de muerte materna según causa. Perú 2021-2024
- Gráfico 9. Numero y tipo de denuncias de violencia contra la mujer por edades. Perú 2024
- Gráfico 10. Tasa global de fecundidad. Perú 1950-2023
- Gráfico 11. Nacimientos en el Perú 2028-2024
- Gráfico 12. Porcentaje de nacimientos prematuros y de bajo peso en el Perú según el Registro de Certificado de Nacido Vivo. 2018-2024
- Gráfico 13. Mortalidad neonatal e infantil. Perú 2000-2023
- Gráfico 14. Mortalidad fetal y neonatal acumulado. Perú 2021-2025
- Gráfico 15. Muerte neonatal según causas básicas. Perú 2011-2024
- Gráfico 16. Multidimensionalidad de la pobreza. Perú 2023
- Gráfico 17. Hogares que acceden a la TIC según nivel de educación del jefe del hogar. Perú 2024
- Gráfico 18. Porcentaje de hogares con acceso a tipos de TIC. Tercer trimestre 2024
- Gráfico 19. Áreas funcionales de INMP
- Gráfico 20. Índice de seguridad y vulnerabilidad del INMP 2024
- Gráfico 21. Representación por nivel de seguridad del Componente estructural ISH 2024
- Gráfico 22. Representación por nivel de seguridad del Componente no estructural ISH 2024
- Gráfico 23. Representación por nivel de seguridad del Componente funcional ISH 2024
- Gráfico 24. Distritos de procedencia de pacientes atendidas en el INMP. 2024
- Gráfico 25. Procedencia de pacientes atendidas en el INMP. Nivel nacional 2024
- Gráfico 26. Tipos de egresos de hospitalización de ginecoobstetricia 2020-2024
- Gráfico 27. Porcentaje de recién nacidos de bajo peso. 2021 – 2024
- Gráfico 28. Tiempo de permanencia por servicios de hospitalización. Neonatología 2024
- Gráfico 29. Número de intervenciones quirúrgicas por tipo y línea de tendencia. INMP 2021-2024
- Gráfico 30. Nacimientos según culminación del embarazo. INMP 2019-2024
- Gráfico 31. Producción del servicio de Banco de Leche Humana. INMP 2010-2024
- Gráfico 32. Beneficiarios del Banco de Leche Humana. 2010-2024
- Gráfico 33. Pacientes atendidos con calostroterapia en el INMP. 2018-2024
- Gráfico 34. Producción de fertilización in vitro 2014-2024. INMP
- Gráfico 35. Producción de inseminación intrauterina 2014-2024. INMP
- Gráfico 36. Publicaciones de investigaciones institucionales en revistas indexadas, 2019 – 2024
- Gráfico 37. Cursos dirigidos a profesionales. INMP 2024
- Gráfico 38. Porcentaje de solicitudes de transferencias recibidas. INMP 2024
- Gráfico 39. Residuos Sólidos generados en el INMP 2024.
- Gráfico 40. Tasas de ITS asociada a CVC, CVP y NAVM en Cuidados Neonatales INMP 2024.
- Gráfico 41. Tasas de NAVM en Cuidados Intensivos Materna INMP. INMP 2024
- Gráfico 42. Incidencias Acumuladas Mensuales de IAAS según Procedimiento en los Servicios de Hospitalización de Obstetricia. INMP 2024
- Gráfico 43. Casos Mensuales de TBC INMP 2024
- Gráfico 44. Tipo de Cáncer. INMP 2024
- Gráfico 45. Número y Razón de Muerte Materna INMP 2015-2024
- Gráfico 46. Número de Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2024
- Gráfico 47. Causa agrupada de pacientes con MME del INMP 2023-2024
- Gráfico 48. Muerte Perinatal INMP 2024 y Tasas comparativas con 2023
- Gráfico 49. Porcentaje de causa básica de mortalidad neonatal y relación de las causas básicas con la prematuridad. INMP 2024
- Gráfico 50. Supervivencia de menores de 1,500 gr comparativo 2023-2024
- Gráfico 51. Proporciones de satisfacción e insatisfacción totales para los estudios según el modelo SERVQUAL realizados el 2024.

INTRODUCCION

El Análisis de Situación de Salud Hospitalario – ASIS-HO - es una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias que vulneren estos daños priorizados; se construye mediante un proceso analítico que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población que acude a un establecimiento de salud, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes.

El ASIS-HO del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) 2024 analiza los principales determinantes de la salud y del estado salud-enfermedad de la población que acude al Instituto, teniendo en consideración que la categoría III-2 implica tener la responsabilidad de proponer acciones estratégicas nacionales en el campo de la salud reproductiva de la mujer y del recién nacido de alto riesgo.

A cuatro años de inicio de la pandemia del COVID-19 que generó un fuerte impacto global en los sistemas de salud, afectando al Perú con alta tasa de mortalidad, se incrementó la urgencia de abordar problemas de larga data en los sistemas de salud de la región, como incrementar su calidad, eficiencia y equidad. En este proceso, el INMP reconoce que existen cambios post pandemia que han influido e influyen en los determinantes de la salud de su población usuaria, y que es necesario conocer su dinámica con la finalidad de dirigir sus acciones de desarrollo al cumplimiento de su misión: de brindar atención altamente especializada, en salud sexual y reproductiva a la mujer en las diferentes etapas de la vida y al neonato de alto riesgo.

Con este fin, el ASIS-HO del INMP 2024 analiza la situación basada en tres ejes principales: los determinantes y el estado de salud hospitalario; estado de salud de la demanda y oferta de servicios; el estado de salud o resultados sanitarios. En este último se analizan los principales indicadores de la población usuaria, así como los indicadores institucionales de estructura, proceso y resultado.

Finalmente, la herramienta incluye una propuesta de acciones estratégicas derivadas de este análisis, que sirven como insumo en la elaboración del Plan Operativo Institucional y el Plan Estratégico Multianual

CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES

I.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL INMP

El Instituto Nacional Materno Perinatal celebra este año 198 años de fundación, ocurrida el 10 de octubre de 1826 por obra del médico prócer Don Hipólito Unanue, durante el gobierno del general Andrés de Santa Cruz.

Desde su origen, como la Casa de la Maternidad, nuestra organización asumió como misión la atención de las mujeres en el momento del parto –en particular de las de menores recursos- a la vez que inició la formación de personas instruidas en el arte y la ciencia de ayudar a traer nuevas vidas al mundo, dando con esto lugar a una actitud de innovación constante al quehacer institucional. Este factor la hizo la cuna de la obstetricia en el Perú y, posteriormente, de la ginecología y la neonatología; como consecuencia de ello, se realizó la primera cesárea en el país y se iniciaron los estudios de especialización en ginecología y obstetricia.

La Casa de La Maternidad, posteriormente llamada la Maternidad de Lima, peregrinó por diferentes locales hasta 1881, cuando ocupa su ubicación actual en Barrios Altos. El 19 de diciembre de 1985, mediante Decreto Supremo se constituyó el Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI) formado por el Hospital de la Maternidad de Lima y el Hospital San Bartolomé, situación que duró hasta 1992.

En 1992, el Hospital Maternidad de Lima dio lugar al Instituto Materno Perinatal, una nueva organización que incorpora la investigación y enseñanza a su misión institucional, siendo categorizada en el año 2006, como Establecimiento de Salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal en el país.

El 11 de febrero del 2000, se colocó la primera piedra del Hospital de la Amistad Perú – Japón, producto de prolongadas gestiones entre el Instituto en colaboración con la Agencia Internacional del Japón en Perú (JICA) y el Fondo de Contravalor Perú – Japón lo cual se constituiría en un hito en la modernización del Instituto. El complejo, que actualmente funciona como Departamento de Cuidados Críticos fue erigido y equipado con las especificaciones técnicas más modernas, situando al instituto entre los mejores establecimientos de la especialidad en América Latina.

En los últimos 25 años el desarrollo tecnológico en las áreas de medicina fetal, medicina reproductiva y neonatología han puesto al Instituto a la par de los mejores hospitales materno neonatales de Latinoamérica.

Sin perder de vista el origen de la razón de ser de la institución, la salud de la madre y su bebé, el advenimiento de nuevas tecnologías ha sido asumida por nuestro instituto con acciones que han contribuido a mejorar la calidad de atención de nuestros usuarios, sumando a la atención especializada, la atención altamente especializada, debido a que constituimos un centro referencial para el país, recibiendo con frecuencia neonatos y pacientes obstétricas en estado crítico. Por esta razón, al cambiar el rol de la organización -de hospital a instituto referencial- los principales usuarios son de tipo corporativo, conformados por los establecimientos del sector que captan pacientes que no pueden ser asumidos por su cartera de servicios y, por sus complicaciones, lo que muchas veces los ponen en condición crítica, requieren de nuestros servicios.

I.2 MISIÓN DEL INMP

Desarrollar investigación, docencia y asesoría técnica a nivel nacional, brindando atención altamente especializada, en salud sexual y reproductiva a la mujer en las diferentes etapas de la vida y al neonato de alto riesgo.

I.3 VISIÓN DEL INMP

En el año 2026 el Instituto Nacional Materno Perinatal cumplirá 200 años, acreditado y consolidando su liderazgo en la investigación, docencia y atención integral altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer, la atención y el seguimiento del neonato de alto riesgo, mediante la generación y difusión de investigación relevante, el desarrollo de su potencial humano e infraestructura, la incorporación y generación de nuevas tecnologías, contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive del sistema nacional de salud, sustentado en los valores de integridad, ética, solidaridad, respeto, compromiso y calidad total.

I.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2022-2026

OEI 1. Afianzar el liderazgo en investigación, docencia y atención integral altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer en todas sus etapas de vida, y del neonato de alto riesgo, en conmemoración al bicentenario institucional.

- OE1.1 Afianzar el liderazgo en investigación, docencia y atención integral altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- OE1.2 Afianzar el liderazgo en investigación, docencia y atención integral altamente especializada clínica y quirúrgica del neonato de alto riesgo

OEI 2. Alcanzar la acreditación considerando el desarrollo de su potencial humano e infraestructura, la incorporación y generación de nuevas tecnologías, contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive del sistema nacional de salud

- OE2.1 Acreditar como IPRESS de nivel III-2
- OE2.2 Fortalecer el potencial humano mediante el desarrollo de competencias acordes con la acreditación
- OE2.3 Fortalecer la capacidad resolutive institucional ejecutando el Plan Maestro
- Incorporar el desarrollo de la atención especializada como función misional contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive del sistema nacional de salud.

CAPITULO II. ANALISIS DE LOS DETERMINANTES Y ESTADO DE SALUD HOSPITALARIO

II.1 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA POBLACIÓN USUARIA

2.1.1 DETERMINANTES GEOGRÁFICOS

El Instituto Nacional Materno Perinatal es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que se encuentra ubicado en Jr. Santa Rosa (Ex – Jirón Antonio Miro Quesada) N° 940 esquina con Jr. Huanta N° 927 y con Jr. Cangallo N°550, en el distrito de Lima Cercado, Barrios Altos, en la provincia de Lima, dentro del Centro Histórico de la ciudad.

La ubicación actual del Instituto data de 1881 cuando Barrios Altos era considerado alejado del centro urbano limeño, adecuado para la construcción de hospitales, sin considerar el desarrollo futuro de la zona.

El INMP se encuentra ubicado dentro de un área de gran influencia para la atención, pero con mucha dificultad de acceso, principalmente en casos de emergencias y desastres. El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana. Está ubicada dentro del Centro Histórico de la Ciudad, lo que constituye a su vez un impedimento para su crecimiento y remodelación.

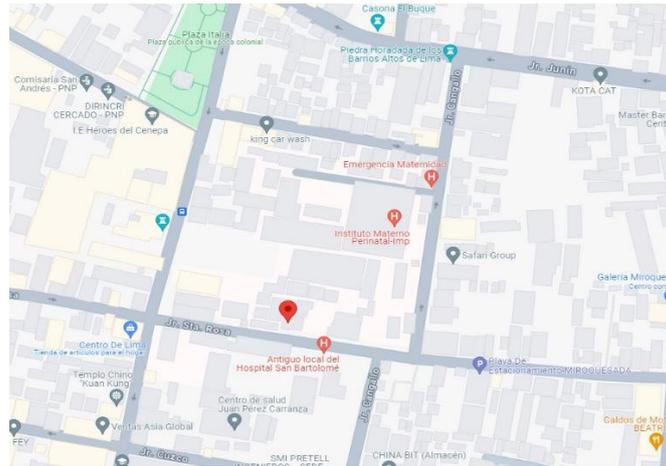
El acceso al Instituto es difícil por su cercanía al Mercado Central, el emporio comercial Mesa Redonda y el Congreso de la República, lo que dificulta el tránsito vehicular por los jirones que llegan al Instituto, caracterizados por ser vías angostas y con comercio ambulatorio.

Políticamente no se observa solución inmediata para el contexto geográfico debido a que el comercio formal e informal y la construcción de grandes almacenes se sigue incrementando en los alrededores del Instituto, lo que hace que la zona sea considerada de muy alto riesgo, por lo tanto solo el desarrollo interno tiene que ponderar este determinante.

Gráfico 1. Imágenes de localización del Instituto Materno Perinatal en Lima Cercado



Foto aérea de la ubicación del Instituto Nacional Materno Perinatal



Localización por Google Map del Instituto Nacional Materno Perinatal

La ubicación geográfica y su acceso siguen constituyéndose en un problema álgido para el crecimiento y desarrollo estructural del Instituto

2.1.2 DETERMINANTES DEMOGRAFICOS

El INMP no cuenta con población programada para atención por su condición de Instituto (nivel III-2), por lo que se presentan los determinantes nacionales para su análisis

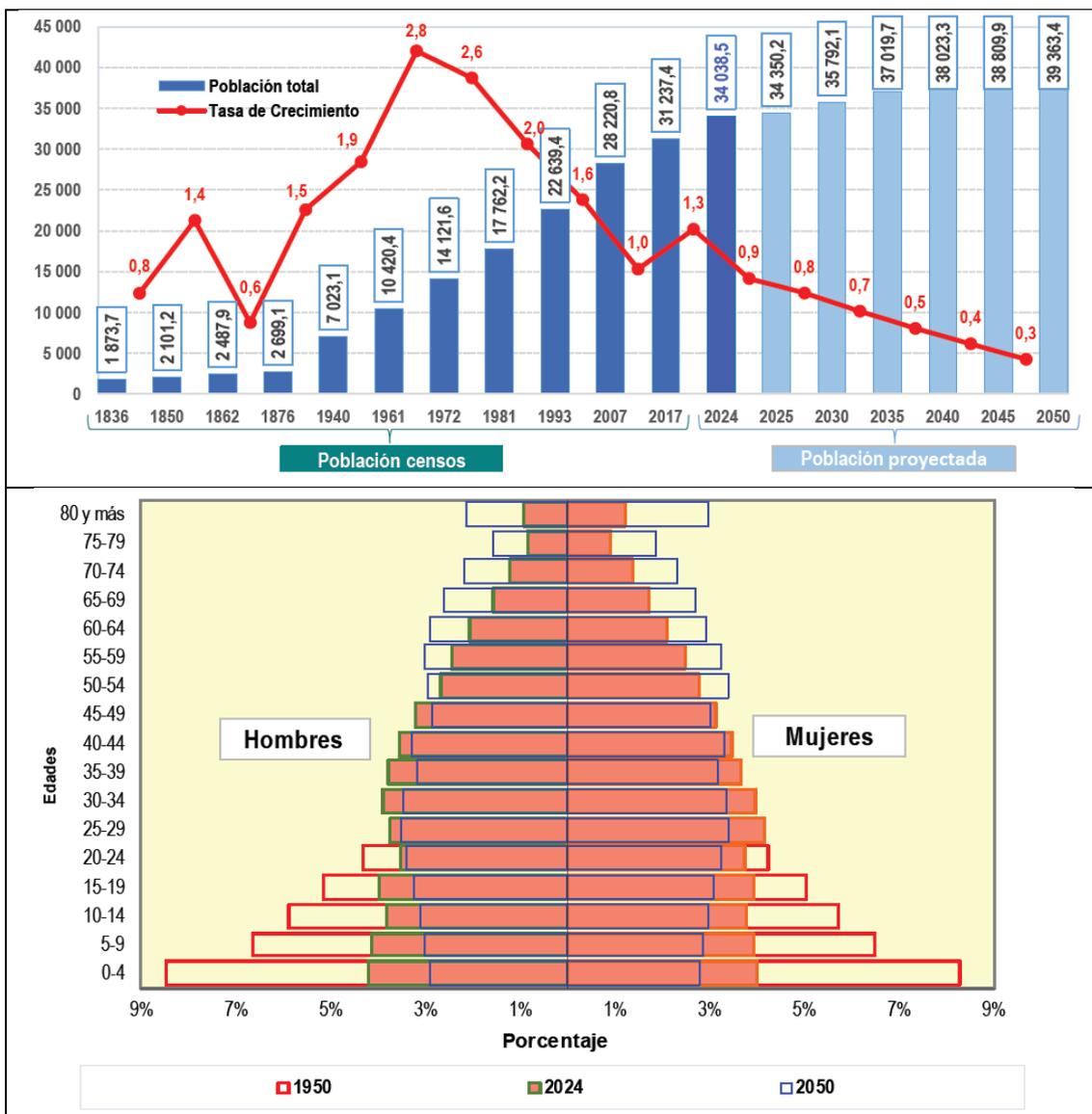
POBLACIÓN GENERAL 2024 ⁽¹⁾

Según informe del INEI, en el año 2024, el país alcanzó los 34 millones 39 mil habitantes, de los cuales 16 millones 876 mil son hombres (49.6%) y 17 millones 163 mil son mujeres (50.4%), el 83.1% reside en el área urbana (28 millones 286 mil personas). Por otro lado, el 59,7% de la población reside en la Costa de nuestro país (20 millones 322 mil habitantes), el 25.9% en la sierra (8 millones 826 mil) y el 14.4% (4 millones 890 mil) en la selva.

La edad promedio es de 33.8 años, el grupo de edad entre 15 y 59 años de edad, se eleva al 62,1% (21 millones 153 mil personas), asimismo, aumenta la población adulta mayor (60 y más años de edad) a 13,9% (4 millones 748 mil personas), esta última crece rápidamente, alcanzando una tasa de crecimiento promedio anual de 2,7%, un ritmo de crecimiento mayor que el de la población de edades más jóvenes lo que evidencia el proceso de envejecimiento de la población.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones del INEI, 10 millones 292 mil 408 personas viven en el Lima Metropolitana (30,2%), población que es cinco veces la del departamento de Piura, el segundo más poblado con 2 millones 149 mil 978 habitantes y equivalente a la suma de la población de los departamentos con mayor población: Piura, La Libertad, Arequipa, Cajamarca, Cusco y Junín.

Gráfico 2. Proyección al 2050 de población total, tasa de crecimiento por edades y sexo



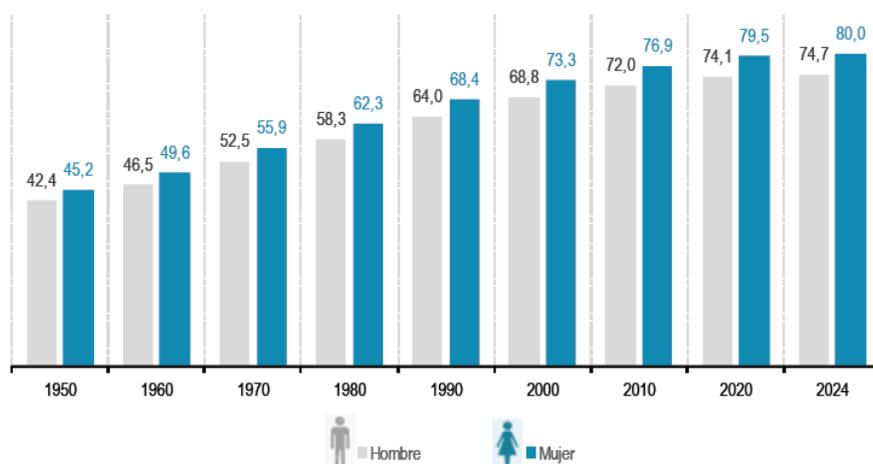
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)-Perú. Estimaciones y proyecciones de la población nacional. Boletín especial N° 24. 2024

El estrechamiento de la pirámide poblacional y la disminución de la tasa de crecimiento anual de la población nacional, indica el “envejecimiento” de esta y la necesidad de enfocar las acciones de salud del Instituto hacia las necesidades de una población con mayor edad y por lo tanto de mayor riesgo.

SALUD DE LA MUJER

Según la encuesta de hogares ENAHO 2024 en su evaluación de la población femenina, el 23,9% tenía menos de 15 años, el 62,1% se encontraba entre los 15 y 64 años y un 13,9% contaba con 65 y más años de edad, este último 4 puntos porcentuales más que el 2023.

La esperanza de vida para el 2024 en la mujer es 5,3 años mayor que el del varón, actualmente alcanza los 80,0 años, casi duplicando el índice que existía a mediados del siglo pasado.

Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer, según sexo, 1950-2024

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, por Año Calendario y Edad Simple, 1950-2050. Boletín Especial N° 24.

Según el INEI ⁽²⁾ el nivel educativo la tasa de mujeres que llegan a nivel secundaria es del 81% de las mujeres de 15 a 49 años de edad mejoró, ya que el 85,1% tenía educación secundaria, 13% menos de las que concluyeron la educación primaria; la tasa de asistencia a educación superior de las mujeres fue mayor a la de los hombres, 32,7% y 27,4% respectivamente, observándose una diferencia de 5,3 puntos porcentuales a favor de las mujeres. Esta situación favorable respecto a las mujeres se refleja en los últimos 10 años

Según la ENDES, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 fue 18,3 años. La primera relación sexual fue más temprana en el área rural (17,5 años) que en el área urbana (18,5 años). Según región natural, las mujeres residentes en la selva inician su actividad sexual a una edad más temprana (17,0 años).

Respecto a la planificación familiar, la tendencia de uso de algún método anticonceptivo por las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) de 15 a 49 años de edad, es 77,4%. El 58,6% de las mujeres en edad fértil usaron algún método anticonceptivo moderno y 18,8% métodos tradicionales.

Mujer y embarazo ⁽³⁾

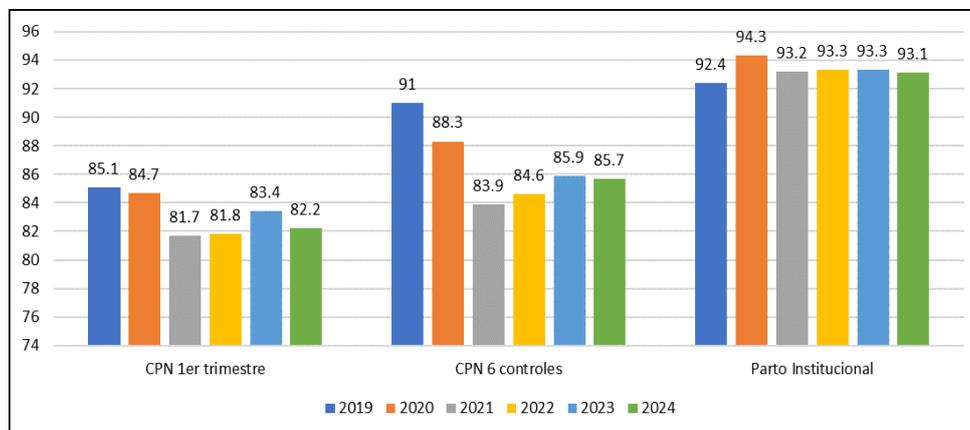
Según la ENAHO 2024-1, en el primer semestre 2024, el 79,7% de mujeres gestantes del último nacimiento de los cinco años precedentes a la Encuesta, recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo; en el área urbana fue 81,5% y en el área rural 74,6%. En la Costa muestra mayor acceso de mujeres a su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación (82,2%) a diferencia de la Selva (79,4%) y la Sierra (75,2%). El porcentaje de gestantes que tuvo 6 o más controles fue mayor en la región Sierra (87,7%) en comparación con la Costa y la Selva (85,7% y 86,5%, respectivamente).

La cobertura de partos institucionales fue de 93,1%. Según área de residencia, el área urbana presenta el mayor porcentaje (97,7%) en comparación con el área rural (79,5%).

Para el 2023 el embarazo de niñas y adolescentes correspondió al 8,2%, un punto menos que el 2022. El embarazo y la maternidad de adolescentes de 15 a 19 años de edad fue significativamente superior en la Selva (17,4 %), a diferencia de la Sierra (8,5 %) o la Costa (6,0

%). La tasa de nacimientos entre adolescentes fue de 39 nacimientos por mil adolescentes, dos menos que el año anterior.

Gráfico 4. Porcentaje de gestantes número de controles y con parto institucional. Perú 2019-2024



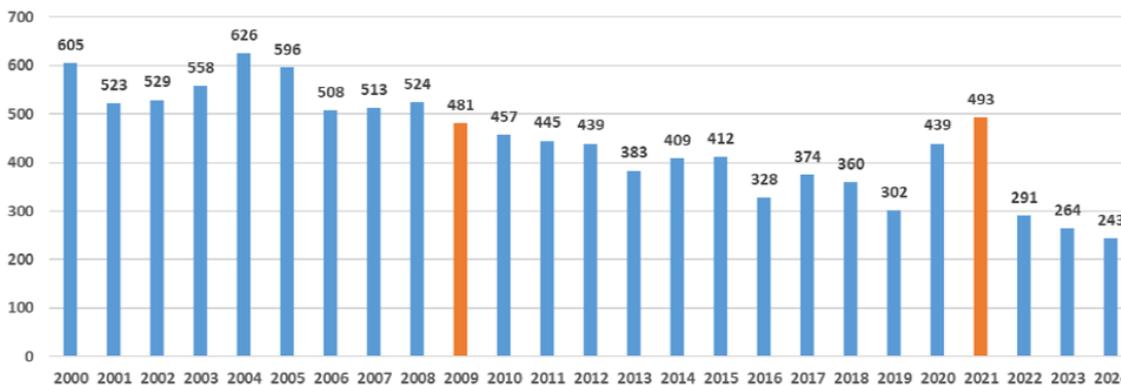
Fuente INEI-ENDES 2024-1

El control prenatal a pesar de su buena cobertura no logra controlar las principales morbilidades del embarazo. El alto porcentaje de adolescentes embarazadas y la baja cobertura en el control posnatal incrementan el riesgo de la presentación de morbilidades relacionadas a la gestación.

Mortalidad Materna ⁽⁴⁾

La mortalidad materna en el Perú se ha reducido en los últimos años, pero a una velocidad lenta por lo que continúa siendo un problema de salud pública. Luego que en el 2020 se experimentó un retroceso de casi 10 años registrando 439 muertes maternas debido a la pandemia de COVID-19 y que continuó con el aumento registrado en el 2021 con 493 decesos, para el 2022 se consigue revertir esta cifra a 291 muertes por la implementación correctiva de estrategias en la atención materna que incluía la vacuna para el COVID y la reapertura de la atención a las gestantes en los establecimientos de salud. El descenso continúa en el 2023 con 264 muertes y para el año 2024 fueron en número 243, lo que representa una disminución del 7.4% con respecto al 2023.

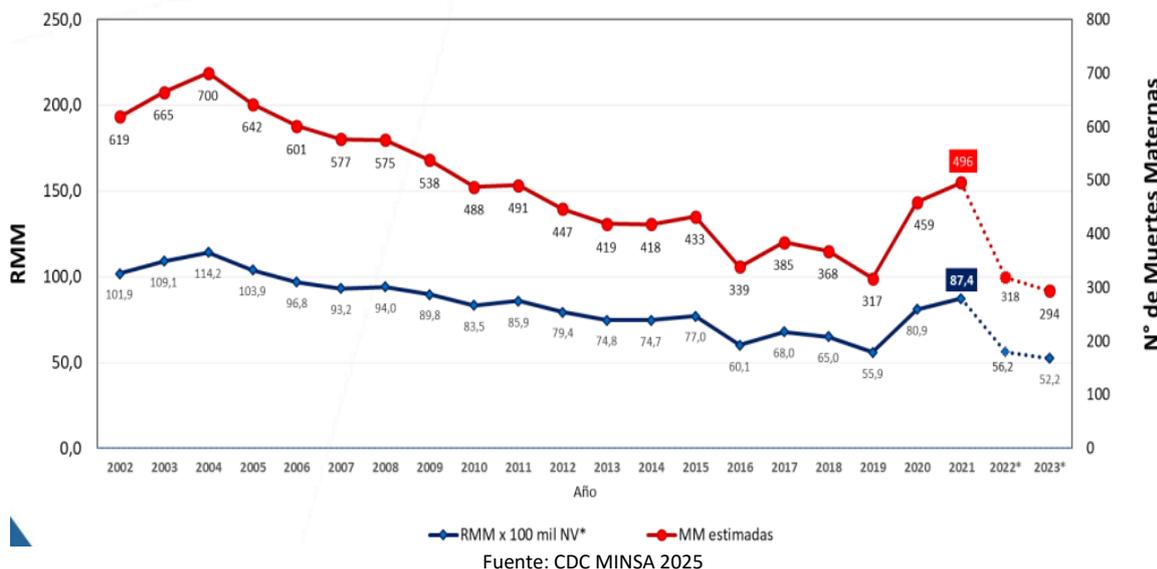
Gráfico 5. Números de muerte materna anual. Perú 2000-2024



Fuente: CDC MINSa 2025

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador que permite evaluar la calidad de los servicios de salud materna, así como el impacto de las políticas de salud, mide el número de mujeres que fallecen por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto en un año determinado, y se expresa por cada 100.000 nacidos vivos. La tendencia de la RMM en el país se ha mantenido en constante descenso desde el 2000, con excepción del periodo de la pandemia 2020-2021 donde alcanzó 87.4 con 496 muertes; la RMM ha descendido a 52.2 en el 2023 y la proyección es menor en el 2024 teniendo en cuenta valores preliminares al cierre de bases país.

Gráfico 6. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Perú 2002 – 2023

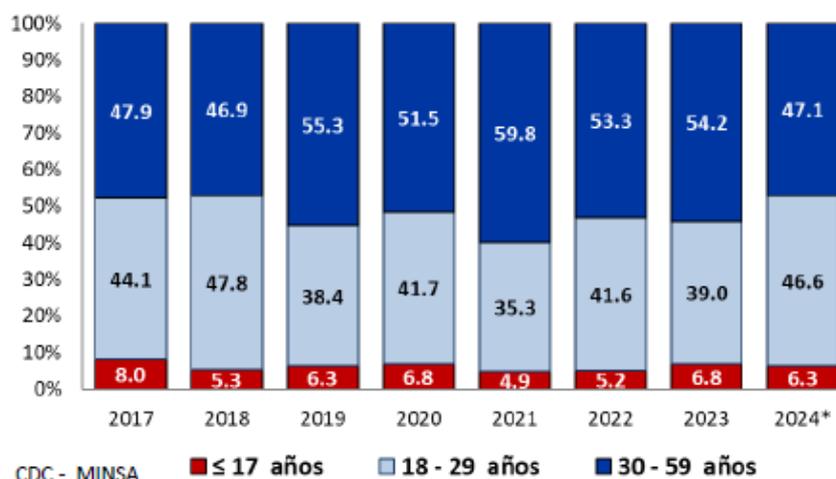


Fuente: CDC MINSa 2025

El 49.1% de las muertes se dio en Loreto, Lima Metropolitana, Piura, La Libertad y Cajamarca.

Con respecto al grupo etario, el 6.3% correspondió a menores de 17 años, 46.6% entre 18 y 29 años y el 47.1% mayores de 30 años, considerándose este último grupo el de mayor riesgo debido a la tendencia actual del incremento de embarazos tardíos en la población femenina.

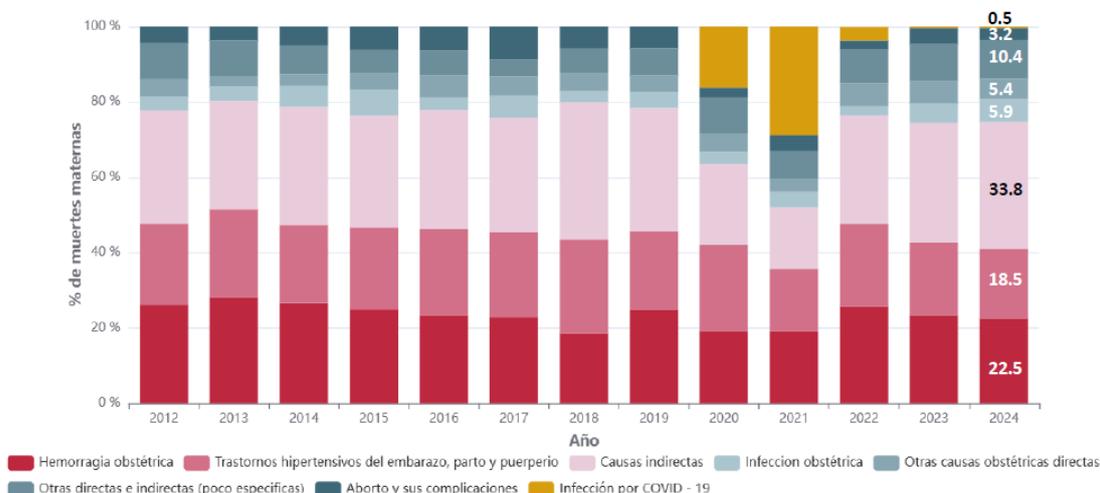
Gráfico 7. Muerte materna según ciclo de vida. Perú 2017-2024



Fuente: CDC MINSA 2025

Las principales complicaciones de las muertes maternas en el 2024, fueron: las hemorragias graves (mayoritariamente, tras el parto) con 22.5%; la hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia) 18.5%; las infecciones (generalmente, tras el parto) 5.9%, las complicaciones en el parto 5.4%, y los abortos peligrosos 3.2%.

Gráfico 8. Proporción de muerte materna según causa. Perú 2012-2024



Fuente: CDC MINSA 2025

El 2024 muestra las cifras más bajas de muerte materna en el Perú, y la razón de mortalidad materna es menor a la meta del 2030 para la OMS (< 70 muertes x 100 mil nv), a pesar de esto los índices todavía se mantienen por encima de países como Chile, Uruguay y Argentina, por lo que se le considera un problema de salud pública. La hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos del embarazo, principales causas de mortalidad materna, son prevenibles y tratables si son diagnosticadas oportunamente.

Violencia contra la mujer ⁽⁵⁾

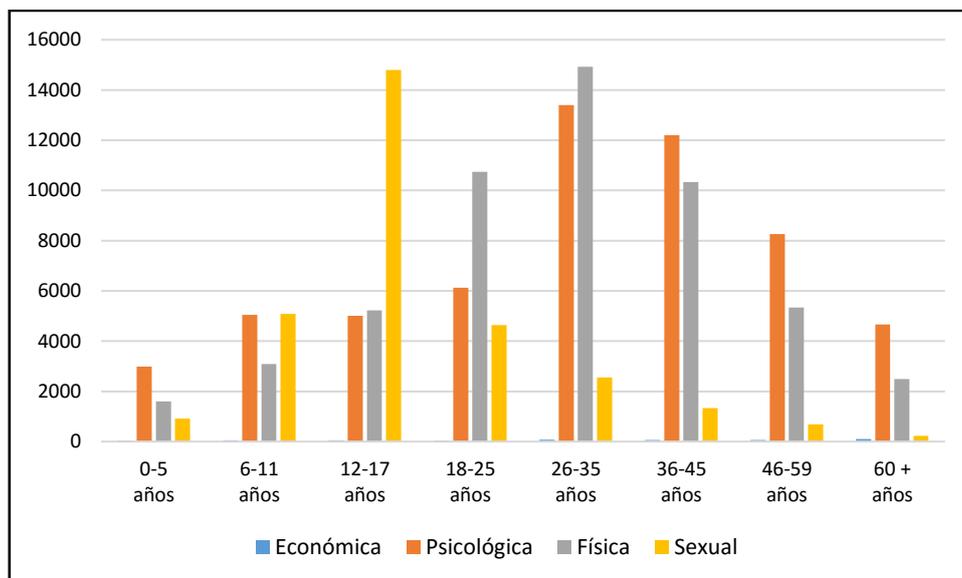
Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, durante el 2024 se registraron 142,144 denuncias de violencia contra las mujeres, 30,227 (21.3%) correspondieron a violencia sexual y 53,732 (37.8%) a violencia física.

Respecto a los casos atendidos por violencia en los Centros de Emergencia Mujer CEM, se observa un incremento de 1,3 puntos porcentuales en el periodo de enero a diciembre de 2024 frente a lo registrado en el mismo periodo del año anterior

Respecto a las denuncias de violencia sexual el 68.8% (20,798) fueron en menores de 17 años, lo que significó un 4% más que el 2023. En este grupo más del 60% la violencia sexual es cometida por el entorno familiar.

Según ENDES 2023 el 49,3% de mujeres declararon que alguna vez fueron víctimas de violencia psicológica y/o verbal, 27,2% sufrió violencia física y 6,5% violencia sexual por parte del esposo o compañero

Gráfico 9. Número y tipo de denuncias de violencia contra la mujer por edades. Total, Perú 2024



Fuente: Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA. MIMP 2024

La violencia sexual en la mujer y sobre todo en la adolescente es alta lo que determina embarazos no deseados que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

FECUNDIDAD ⁽¹⁾

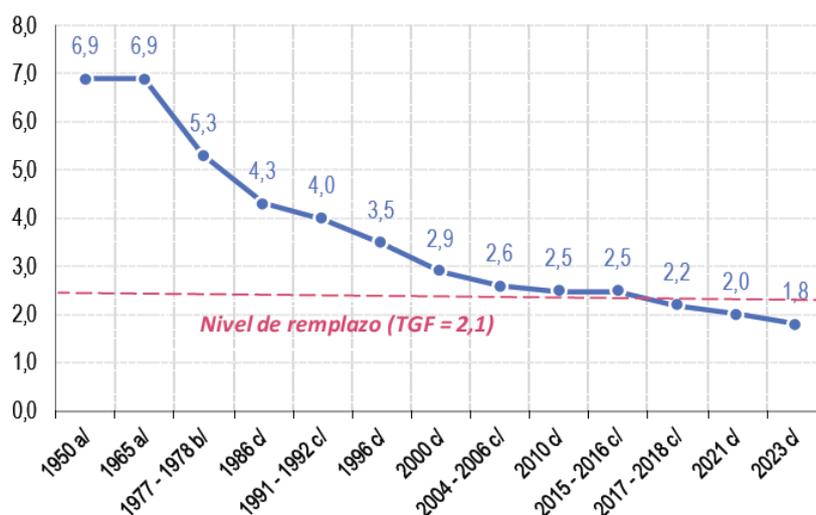
La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población y su composición por edad. La fecundidad ha disminuido sistemáticamente en el Perú, comenzó en zonas urbanas y en los grupos más favorecidos socialmente; no obstante, las consecuencias de estos descensos se perciben tanto en las áreas rurales como en las urbanas.

Según el INEI, en el Perú, la Tasa Global de Fecundidad ha caído notablemente en los últimos setenta años, en 1950, presentaba a nivel nacional una TGF de 6,9 hijos, e inició su transición a niveles más bajos en el período 1977-78 donde alcanzó un nivel de 5,3 hijos; para el año 2000 la fecundidad se redujo a 2,9 hijos y en 2023 se ubicó en 1,8 hijos, lo que evidencia que el país ya se encuentra por debajo del nivel de reemplazo; es decir, a una tasa global de menos de 2,1 hijos por mujer, considerada como el nivel para reemplazar una generación por otra de igual tamaño

De acuerdo con la información proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, la TGF de las mujeres de 15 a 49 años de edad, sin ningún nivel de educación alcanzó 2,5 hijos e hijas por mujer; en tanto, las mujeres con educación superior muestran una TGF de 1,5 hijos e hijas y aquellas con nivel secundaria una tasa de 2,0 hijos e hijas. De igual manera, las mujeres ubicadas en el quintil de riqueza inferior tienen 2,8 hijos en promedio, mientras que, las pertenecientes al quintil de riqueza superior tienen un promedio de 1,3 hijos. Entre 2004 y 2023 se observa una tendencia a disminuir la TGF en todos los estratos socioeconómicos o quintiles de riqueza.

La reducción de la fecundidad se asocia con factores como un mayor número de oportunidades para la educación de las niñas y las mujeres y su incorporación al mercado de trabajo, la demora en contraer matrimonio y tener hijos y un mayor acceso a los métodos anticonceptivos.

Gráfico 10. Tasa Global de Fecundidad. Perú 1950-2023



Fuente:

a/ Carlos E. Aramburú y Delicia Ferrando - La transición de la fecundidad en Perú (INANDEP).

b/ Instituto Nacional de Planificación - Encuesta Demográfica Nacional del Perú (ENAF).

c/ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

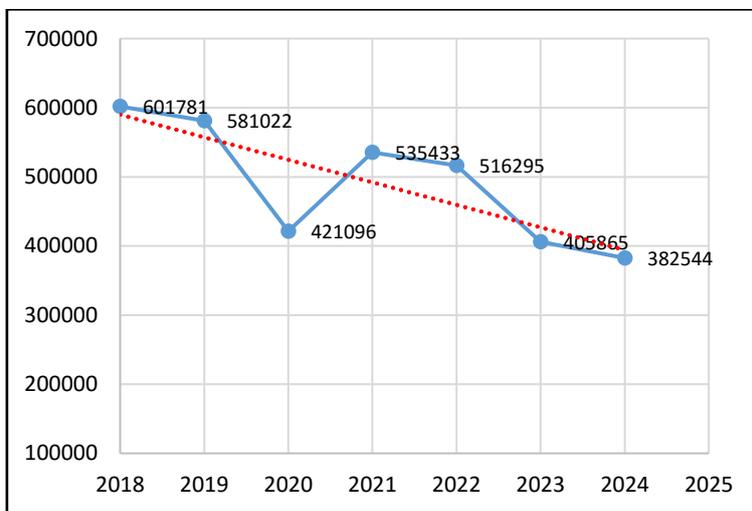
La reducción de la fecundidad y la tendencia a la disminución de sus índices para los próximos años, aunado al inicio tardío del embarazo, determina un nuevo enfoque de los establecimientos encargados de la atención materno neonatal, entre ellos el INMP.

SALUD DEL RECIÉN NACIDO

La tendencia de los nacimientos en el Perú ha disminuido en forma constante, de 601,781 nacimientos en el 2018, para el 2024 esta cifra bajó a 382,544 (36% menos) número que se espera continúe reduciéndose si se compara con la disminución de la tasa de fecundidad.

En el Perú la salud neonatal está fuertemente relacionada a las inequidades existentes en el país, sobre todo la pobreza y la educación, indicadores de esto es el bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal.

Gráfico 11. Nacimientos en el Perú 2018-2024

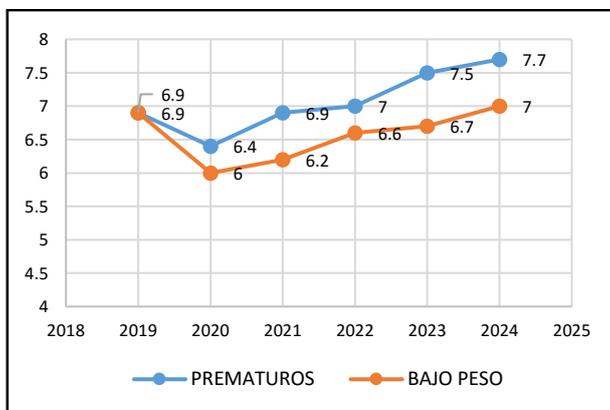


Fuente: Sistema de registro del Certificado de Nacido Vivo-MINSA

Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de sufrir discapacidades del desarrollo, incluidas parálisis cerebral y retinopatía del prematuro, y afecciones crónicas a largo plazo que aparecen en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares. La supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo neurológico de los lactantes prematuros y de bajo peso al nacer siguen siendo preocupantes en muchos países y el ritmo de mejora ha sido lento. Las razones incluyen las complejidades del cuidado de estos bebés vulnerables y la prevención de complicaciones ⁽⁶⁾.

Según el Registro del Certificado de Nacido Vivo (RNCV) el porcentaje de prematuros para el 2024 fue de 7.7%, mayor al 2023 manteniendo su tendencia al alza, lo mismo que lo relacionado a los recién nacidos de bajo peso cuya tendencia al alza es similar.

Gráfico 12. Porcentaje de nacimientos prematuros y de bajo peso en el Perú según el Registro del Certificado de Nacido Vivo. 2018-2024



Fuente: Sistema de registro del Certificado de Nacido Vivo-MINSA

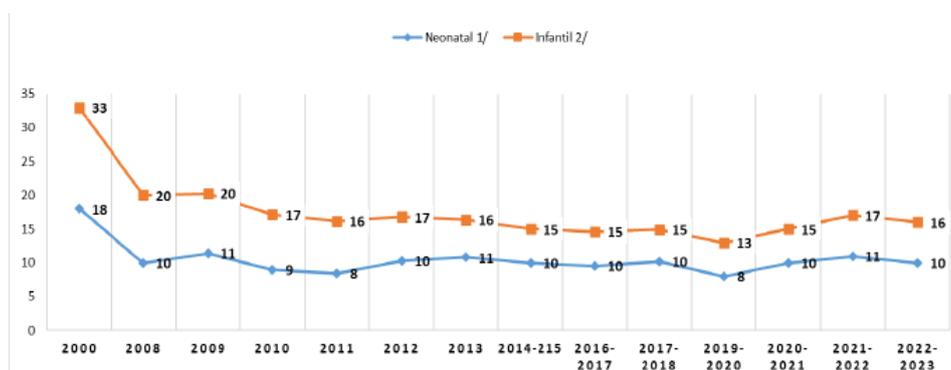
El número de nacimientos en el Perú continúa con la tendencia a la baja de los últimos años, pero con un incremento del porcentaje de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, esto aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel nacional considerando que la infraestructura hospitalaria del país no se encuentra preparada para este incremento.

Mortalidad Perinatal y Neonatal ⁽⁷⁾

La muerte neonatal es un evento centinela de la asistencia materno-neonatal. Su causa revela la existencia de deficiencias en el proceso de la atención a la madre y al recién nacido. Además, se encuentra muy influenciada por el acceso y la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población, así como, por los determinantes sociales y estructurales que acrecientan las brechas que son necesarias cerrar para dar una solución integral y libre de inequidades.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del MINSA (en su boletín de la SE 24-2024), la tasa de mortalidad neonatal (TMN) en el país, se ha reducido en 67% los últimos 33 años. En 1990 la TMN fue de 27 muertes por cada 1000 nacidos vivos y en 2023 descendió a 10 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, según las encuestas poblacionales. Este descenso está relacionado con el aumento de la cobertura de intervenciones como atención institucional del parto, control prenatal y planificación familiar, sin embargo, la mejora de la sobrevivencia infantil es desigual en todo el país y desde el último decenio la TMN detuvo su descenso.

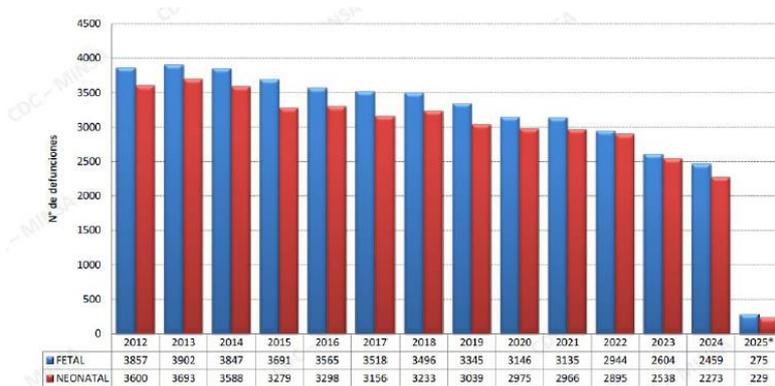
Gráfico 13. Mortalidad neonatal e infantil. Perú 2000-2023



Fuente: INEI-ENDES

Según CDC-MINSA el número absoluto de muertes fetal y neonatal tienen una tendencia a disminuir en los últimos años ⁽⁸⁾. Aunque esto podría estar relacionado a un mejor manejo de la gestante en riesgo y del recién nacido en los hospitales de tercer nivel debido a la tecnología implementada, el incremento constante de nacimientos prematuros hace que estos índices (mortalidad neonatal) todavía permanezcan altos en comparación a otros países.

Gráfico 14. Mortalidad fetal y neonatal acumulado. Perú 2012-2025

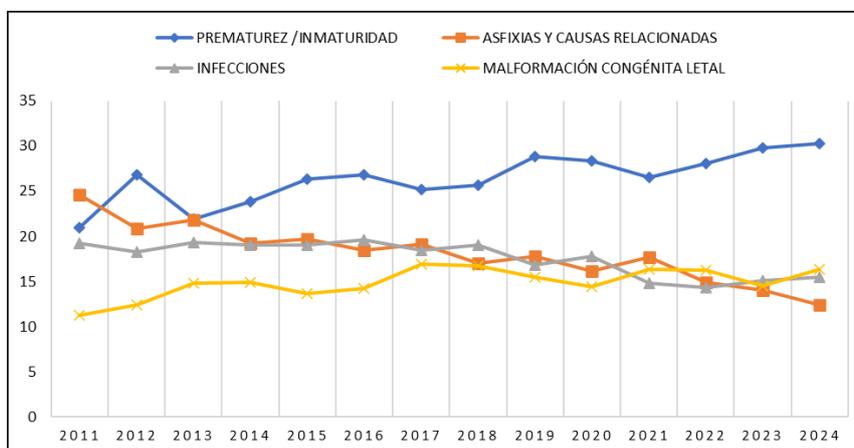


Fuente CDC-MINSA. Hasta semana 7 del 2025

Dentro de los grupos de causas de muerte fetal, la hipoxia intrauterina se notifica con mayor frecuencia (23 %), seguida por la muerte fetal por complicaciones de la placenta, cordón y membranas (8 %), malformaciones congénitas (8 %), muerte fetal ocasionada por condiciones maternas no relacionadas al embarazo como la hipertensión, enfermedad renal entre otras (7 %), muerte fetal por complicaciones maternas relacionadas al embarazo (5 %) y afectación por la duración corta de la gestación (2 %), siguiendo el mismo patrón de años anteriores.

Respecto a las causas básicas de muerte neonatal se ha visto un incremento constante de mortalidad por prematuridad. Para el 2024 la prematuridad representó el 30.3% de mortalidad neonatal, las malformaciones congénitas 16.4%, las infecciones el 15.5% y la asfixia y causas relacionadas el 12.4%; otras causas el 24%.

Gráfico 15. Muerte neonatal según causas básicas. 2011-2024



Fuente: CDC-MINSA

Un total de 19 departamentos tienen como primera causa de muerte la relacionada con prematuridad, siendo Pasco, Tacna, Arequipa y Tumbes y las que registran proporciones superiores al 50 %, por encima del promedio nacional. En Callao predomina las malformaciones congénitas como primeras causas de muerte y en Cuzco, Madre de Dios y San Martín resaltan las infecciones.

La alta tasa de mortalidad neonatal debido a la prematuridad se ha constituido como un problema de salud pública y por lo tanto requiere de acciones priorizadas y políticas dirigidas a su prevención.

2.1.3 DETERMINANTES ECONÓMICOS

POBREZA ⁽⁹⁾

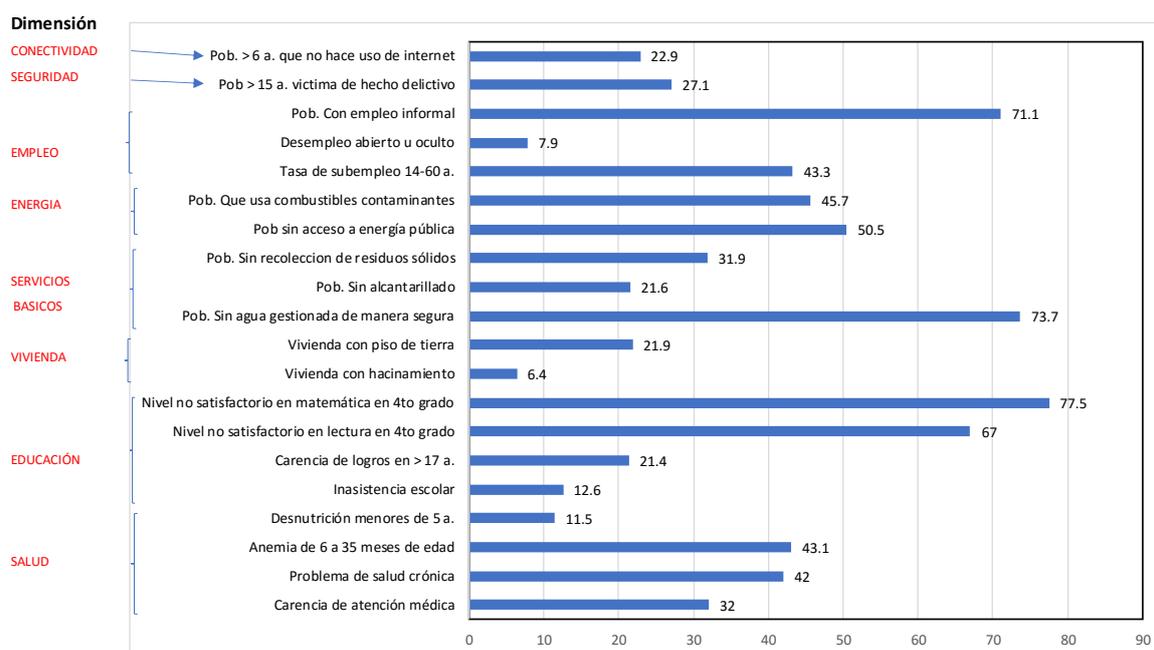
Actualmente no se ha publicado el análisis correspondiente al 2024, pero según el INEI en el año 2023, la pobreza monetaria afectó al 29,0% de la población del país y aumentó en 1,5 puntos porcentuales respecto al año 2022 (27,5%). En el área urbana fue de 26,4%, incrementándose en 2,3 puntos porcentuales con relación al año anterior; en tanto que, en el área rural fue de 39,8%, disminuyó en 1,3 puntos porcentuales. La población en condición de pobreza alcanzó a 9 millones 780 mil personas, cifra mayor en 596 mil personas, respecto al año 2022 (9 millones 184 mil personas). Asimismo, la población en situación de pobreza extrema, en el año 2023, fue de 5,7% que afectó a 1 millón 922 mil personas, es decir, 249 mil personas más que en el año 2022 (1 millón 673 mil personas).

El ingreso real por habitante se redujo en 1,0% entre los años 2022 y 2023 (de S/ 1,160 a S/ 1,148 soles). El ingreso real por habitante en el resto urbano disminuyó en 3,0% al pasar de S/ 1,241 a S/ 1,204. Sin embargo, en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao creció en 0,7% (de S/ 1,323 a S/1,332), seguido del área rural en 0,3% al aumentar de S/ 699 a S/ 700.

Los departamentos que presentaron mayor incidencia de pobreza, en el año 2023, fueron Cajamarca (44,5%), Loreto (43,5%), Pasco (41,7%) y Puno (41,6%). Por el contrario, presentaron menor incidencia Ica (6,9%), Moquegua (13,1%), Arequipa (13,9%), Madre de Dios (16,6%) y Lambayeque (17,9%).

La pobreza extrema afectó al 5,7% de la población cifra superior en 0,7 punto porcentual en comparación con el año 2022 (5,0%). Así, la población en extrema pobreza se incrementó en 249 mil 400 personas, entre los años 2022 y 2023, es decir, 1 millón 673 mil personas y 1 millón 922 mil personas.

En lo referente a la multidimensionalidad de la pobreza, en la dimensión educación aumentaron los estudiantes de segundo grado de secundaria que no alcanzaron los objetivos de aprendizaje esperados en Lectura y Matemática, alcanzando el 81,6% y 88,7%, respectivamente. En la dimensión servicios básicos, aumentó en 1,6 puntos porcentuales la población sin agua gestionada de manera segura, siendo esta el 73,7%. Por otra parte, entre las carencias que disminuyeron, se encuentra la población de 6 y más años de edad que no hace uso de internet con 22,9%, disminuyendo en 4,4 puntos porcentuales; y la población de 15 y más años de edad con presión arterial alta disminuyó 3,2 puntos porcentuales, alcanzando el 13,0%.

Gráfico 16. Multidimensionalidad de la pobreza. Perú 2023

Fuente: INEI Evolución de la pobreza monetaria 2014-2023

El incremento de la pobreza en los últimos años, incide en el acceso a la salud, la prevención de enfermedades y el nivel de complejidad de la morbilidad con que se presenta finalmente el usuario a los establecimientos de salud.

2.1.4 DETERMINANTES TECNOLÓGICOS

Salud digital y tecnología

La tecnología ha revolucionado el sector de la salud al brindar soluciones innovadoras que mejoran la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. Desde diagnósticos precisos hasta tratamientos personalizados, la tecnología se ha convertido en un aliado invaluable del sector sanitario en la búsqueda de una atención médica más efectiva y accesible.

La atención médica ha experimentado una revolución gracias a los avances tecnológicos. La inteligencia artificial, la interoperabilidad y las aplicaciones móviles se han convertido en piezas claves para el desarrollo de la atención médica no presencial, derribando barreras geográficas y mejorando el acceso a los servicios de salud. La tecnología ha abierto nuevas posibilidades en la atención médica, mejorando el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de enfermedades. La inteligencia artificial, la telemedicina, la cirugía robótica y los dispositivos portátiles son solo algunos ejemplos de cómo la salud está siendo transformada en beneficio de los pacientes.

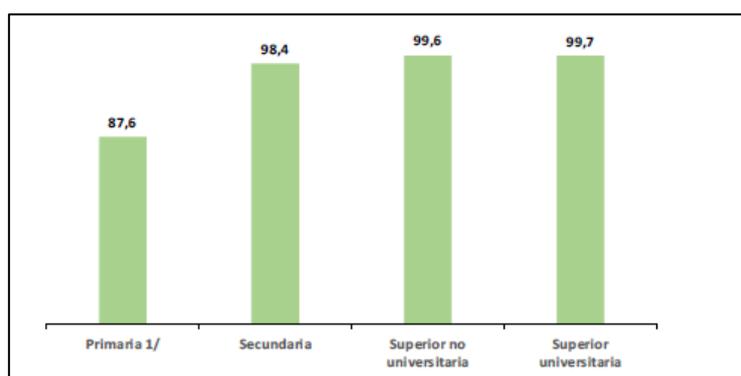
Precisión en el diagnóstico y en los resultados, menor intervención e invasión en el cuerpo, mayor acceso a los servicios y crecimiento de la telemedicina son algunos de los aspectos positivos.

Acceso de la población a la tecnología ⁽¹⁰⁾

En el tercer trimestre de 2024, el 95,5% de los hogares del país tenían al menos una Tecnología de Información y Comunicación; haciendo la comparación con el 2019 se aprecia un incremento de 1,8 puntos porcentuales, donde el 93,7% de los hogares tenían al menos una TIC.

Según el INEI, el acceso a alguna Tecnología de Información y Comunicación, es casi universal en hogares cuyo jefe tiene al menos educación secundaria. Así, en los hogares con jefes que cuentan con educación superior universitaria y superior no universitaria el 99,7% y 99,6%, respectivamente tienen acceso a alguna TIC, en los hogares donde los jefes alcanzaron educación secundaria el 98,4% y entre aquellos con educación primaria o menor nivel registra el 87,6%.

Gráfico 17. Hogares que acceden a la TIC según nivel de educación del jefe del hogar. Perú 2024

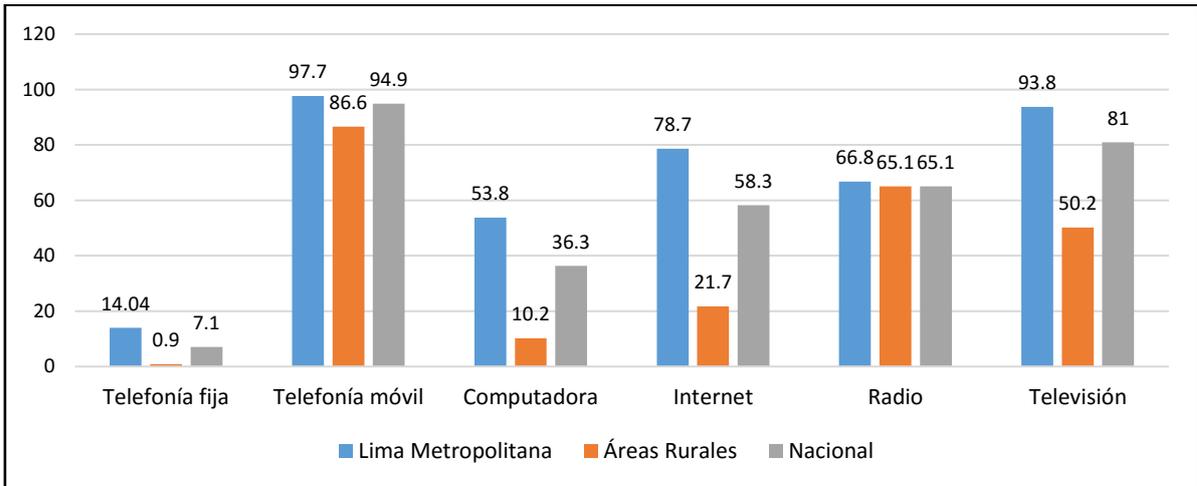


Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares

Referente al tipo de TIC al cual tienen acceso los hogares, la encuesta muestra que el 7.1% lo tiene a telefonía fija (14 puntos porcentuales menos que 2019), mientras que el acceso a telefonía móvil llega al 94.4% (2.8 puntos porcentuales más que el 2019), el mayor porcentaje se encuentra en Lima Metropolitana con 97.7% de hogares mientras que en áreas rurales el porcentaje es de 86.6%. El 36.3% de hogares tienen acceso a computadoras (Lima Metropolitana 53.8% y áreas rurales 10.2%) y el 58.3% lo tiene a internet (Lima Metropolitana 78.7% y áreas rurales 21.7%). De todos los hogares que tienen al menos una computadora; en el 91,9% es para uso exclusivo del hogar, es decir para actividades académicas, profesionales o de estudio, el 7,6% combina su uso para el hogar y el trabajo y el 0,5% lo usa exclusivamente para el trabajo. El 65,1% de los hogares del país tenían acceso a la radio en Lima Metropolitana el 66,8% y en el Área rural el 65,1%. El 81% cuenta con televisor, 94% en Lima Metropolitana y 50.2% en área rural.

El 80,2% de la población de 6 y más años de edad del país usa Internet. El 81,6% de hombres hacen uso de Internet, mientras que el 78,7% de las mujeres accede a este servicio, existiendo una brecha de género de 2,9 puntos porcentuales a favor de los hombres. El 96,5% de la población de 19 a 24 años, el 92,6% de 25 a 40 años y el 91,0% de 12 a 18 años de edad son los mayores usuarios de Internet. Entre los niños de 6 a 11 años usan Internet el 62,7% y en la población de 60 y más años de edad solo usa Internet el 47,0%. El 60,6% de la población de 6 y más años de edad que usa Internet lo hace exclusivamente por teléfono móvil, el 21,2% lo hace en el hogar y teléfono móvil, el 5,6% combina el hogar, trabajo y telefonía móvil, el 2,7% accede solo en el hogar y el 9,3% en dos o más lugares, entre los principales.

Gráfico 18. Porcentaje de hogares con acceso a tipos de TIC. Lima Metropolitana y áreas rurales. Tercer trimestre 2024



Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares

Subsiste una importante brecha en el acceso a Tecnologías de Información y Comunicación, que afecta mayormente a las poblaciones rurales y de menores recursos monetarios, limitando su acceso a servicios de salud y educativos principalmente, pero también económicos y de esparcimiento. La disminución de la brecha con acceso a los adelantos tecnológicos dirigidos a la atención de salud hospitalaria permitirá establecer no solo una mejora en la calidad de atención, sino, una mejor interacción entre el paciente y el Instituto.

II.2 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD HOSPITALARIOS (OFERTA)

2.2.1 CATEGORIA

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS, con código único de IPRESS 00006208, establecimiento de salud sin población asignada, razón social "Instituto Nacional Materno Perinatal", nivel III-2 de referencia nacional para el área de Gineco-Obstetricia y Neonatología a través de la Resolución Administrativa N° 301-2025-DMGS-DIRIS-LC especializado en el campo clínico materno perinatal y en los servicios subespecializados derivados del mismo.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS
DE SALUD LIMA CENTRO

N° 301 -2025-DMGS-DIRIS-LC



Resolución Administrativa

Lima, 31 MAR. 2025

VISTO:

El Expediente N° 202363414; que contiene el ACTA ORDINARIA N° 002A-2025-CTC-DIRIS-LC; el INFORME N° 002-2025-CTC-DIRIS-LC y el INFORME N° D000118-2025-DGAIN-MINSA, sobre la solicitud de categorización presentada por el INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL identificado con RUC N° 20144329148; y,

CONSIDERANDO:

SE RESUELVE:

Artículo 1.- ASIGNAR la Categoría III-2: Instituto de Salud de Atención Especializada con campo clínico "MATERNO PERINATAL", al establecimiento de Salud de Atención Especializada, con nombre comercial "INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL", ubicada en Jr. Antonio Miroquesada N°941 distrito de Lima, Provincia y Departamento de Lima, CUI 00006208; con razón social "INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL" con RUC 20144329148, representada legalmente por FELIX DASIO AYALA PERALTA identificado con D.N.I. N°08476310, con sus Servicios especializados:

- **PEDIATRIA/NEONATOLOGIA:** Neonatología, Cirugía pediátrica, Neurología pediátrica, Cardiología pediátrica, Endocrinología pediátrica.
- **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:** Oncología ginecológica, Medicina fetal.
- **ANESTESIOLOGIA:** Anestesiología obstétrica.
- **ESPECIALIDADES DE APOYO:** Medicina interna, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Patología clínica, Anatomía patológica, Medicina intensiva, Medicina física y rehabilitación.

Artículo 4.- Disponer que el Comité Técnico de Categorización, comunique al representante legal del establecimiento de salud sobre el presente acto resolutivo, así como al responsable del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) a efecto de que actualice la información en el plazo de ley.

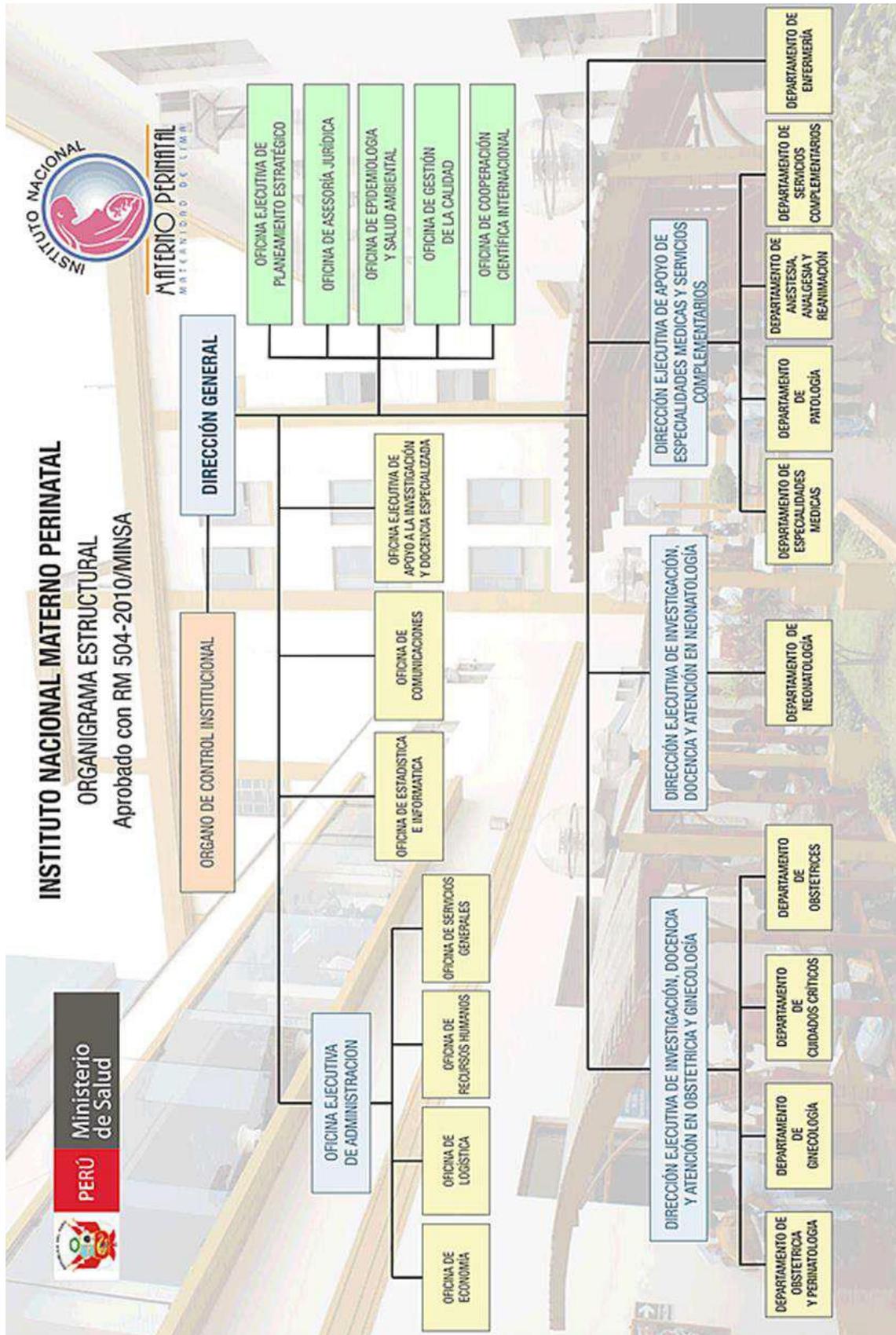
Regístrese, comuníquese y cúmplase.

PERU | Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

MC. ROSA LUCIA MARTINEZ CORTEZ
DIRECCIÓN EJECUTIVA
DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA

RLMC/MERA
() DMGS
() Interesada
() Archivo.

2.2.2 ORGANIGRAMA



2.2.3 CARTERA DE SERVICIOS

El INMP es un establecimiento de salud especializado en salud de la mujer en sus diferentes etapas de vida de nivel III de atención, con énfasis en la atención materna perinatal y el seguimiento del recién nacido que presente factores de alto riesgo para el desarrollo psicomotor hasta los cinco años de edad, por esta razón su cartera de servicios está dirigida a estas especialidades.

La cartera de servicios presentada incluye atención ambulatoria, atención hospitalaria y teleconsultas.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	NEONATOLOGÍA Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia general <ul style="list-style-type: none"> ○ Adulto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstetricia (gestantes) ▪ Puérpera y post operada ○ Adolescentes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstetricia (gestantes) ▪ Puérpera y post operada • Ginecología general <ul style="list-style-type: none"> ○ Adulto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ginecología ○ Adolescente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ginecología • Ginecología especializada <ul style="list-style-type: none"> ○ Climaterio ○ Oncología ginecológica y mamaria ○ Medicina reproductiva e infertilidad • Cuidados Intensivos Maternos • Planificación familiar • Medicina fetal <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta especializada ○ Monitoreo fetal ○ Ecografía Doppler • Ecografía <ul style="list-style-type: none"> ○ Obstétrica ○ Ginecológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención neonatal <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención inmediata del Recién Nacido ○ Cuidados Intensivos Neonatales ○ Cuidados Intermedios Neonatales • Seguimiento del Niño de alto riesgo <ul style="list-style-type: none"> ○ Pediatría y seguimiento de Alto Riesgo ○ Oftalmología ○ Otorrinolaringología ○ Neuropediatría ○ Cirugía pediátrica y rehabilitación • Complementarios <ul style="list-style-type: none"> ○ Psicología ○ Nutrición ○ Inmunizaciones ○ Banco de Leche Humana ○ Servicio Social ○ Terapia física ○ Genética ○ Odontopediatría ○ Tamizaje neonatal
ESPECIALIDADES MÉDICAS	COMPLEMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna • Endocrinología • Oftalmología • Anestesiología • Genética • Diagnóstico por imágenes • Psiquiatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Odontoestomatología • Medicina Preventiva • Psicología • Nutrición • Estimulación Prenatal • Psicoprofilaxis obstétrica • Consejería de Planificación Familiar

<ul style="list-style-type: none"> • Infectología 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Social • Farmacia
ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Salud Sexual y Reproductiva y Planificación familiar • Programa de Lactancia Materna • Programa Mamá Canguro • Programa de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal Avanzada • Escuela de padres • Atención integral de la adolescente • Prevención y Control de Cáncer Ginecológico • Programa de Climaterio • Estrategia de Prevención y Control del ITS, VIH/Sida y hepatitis • Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis • Estrategia de Inmunizaciones 	

2.2.4 RECURSOS HUMANOS

Para diciembre del 2024, el INMP cuenta con 2,051 trabajadores, de los cuales 1,579 pertenecen al D.L. 276 y 472 al D.L. 1057.

La modalidad de terceros al igual que la contratación de servicios no personales, en esencia, se crea y se dirige a personal que es necesario para una actividad determinada, temporal, que en los casos de los servicios de salud busca cubrir las brechas existentes para la atención.

Los contratos por terceros representan el 23 % de la totalidad de trabajadores del INMP, este porcentaje puede considerarse la brecha de recursos humanos en la Institución.

Tabla 1. Recursos Humanos, según profesión y modalidad de contrato. INMP. 2024

CARGO FUNCIONAL	LEY 276	LEY 1057	TOTAL
Abogado	3	3	6
Arquitecto	0	1	1
Asistente ejecutivo I	30	4	34
Asistente en servicios de salud	2	0	2
Asistente profesional I	16	4	20
Asistente técnico secretarial	3	0	3
Asistente/a administrativo/a I	19	1	20
Auxiliar administrativo/a	18	27	45
Biólogo	8	5	13
Contador II	1	4	5
Directores	0	4	4
Enfermera	313	127	440
Especialista administrativo I	11	6	17
Especialista en estadística I	3	1	4
Ingenieros	0	3	3
Jefe de oficina	0	7	7
Médico especialista	209	46	255
Nutricionista	5	4	9
Obstetra	193	31	224
Odontólogo	6	1	7
Periodista/RPP	1	1	2
Piloto de ambulancia	10	0	10

CARGO FUNCIONAL	LEY 276	LEY 1057	TOTAL
Psicólogo	9	2	11
Químico farmacéutico	15	6	21
Técnico administrativo I	39	8	47
Técnico asistencial	96	0	96
Técnico en enfermería I	384	105	489
Otros técnicos	20	16	36
Técnico en farmacia I	16	22	38
Técnico en laboratorio II	20	9	29
Técnico en nutrición I	48	3	51
Tecnólogo medico	47	16	63
Trabajador social	34	5	39
TOTAL	1579	472	2051

Fuente: Oficina de Recursos Humanos. INMP

La brecha de recursos humanos en el INMP está cubierta temporalmente por contratos de personal en la modalidad de terceros, esto no asegura la sostenibilidad y continuidad del servicio, sobre todo en el área asistencial, lo que se constituye en un riesgo en la atención integral de los pacientes.

2.2.5 ESTRUCTURA HOSPITALARIA

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un área de terreno total acumulado (Local Principal y Local Ex – San Bartolomé) de 24,234 m² y área construida total acumulado de 43,773.16 m².

A través de los años, la institución ha sentido la necesidad de crecimiento y renovación de su infraestructura relacionado a las necesidades de la población. La creación del Edificio Perú – Japón en el año 2002, donde funciona el Departamento de Áreas Críticas, es una de las tantas áreas del instituto que ha respondido a esta necesidad, así como la remodelación de los servicios de hospitalización con el convenio peruano – alemán, estructura de cuatro pisos acondicionada para las pacientes hospitalizadas.

El sector de Hospitalización (Edificio Perú-Alemania) cuenta con los siguientes servicios:

- 1° Piso Obstetricia A: hospitalización de pacientes Adolescentes
- 2° Piso Obstetricia B: hospitalización de pacientes con patología de la primera mitad del embarazo, complicaciones por aborto y hemorragias de la primera mitad del embarazo
- 3° Piso Obstetricia C: hospitalización de pacientes con trastornos hipertensivos y riesgo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo
- 4° Piso Obstetricia D: hospitalización de gestantes con infecciones intercurrentes al embarazo

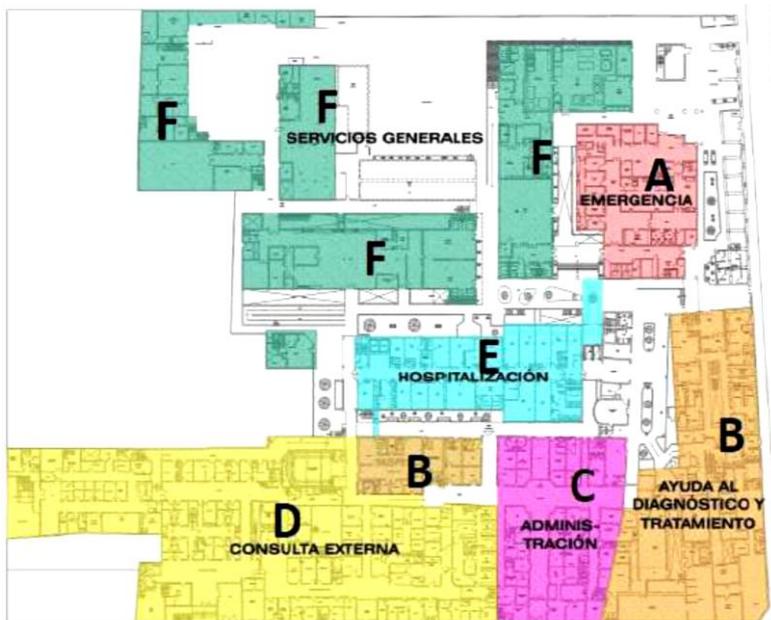
El edificio Perú Japón cuenta con los siguientes servicios:

- 1° Piso: Emergencia
- 2° Piso: Centro Obstétrico
- 3° Piso: Cuidados Intensivos Maternos, Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intermedios Neonatales

4° Piso: Sala de Operaciones, Recuperación y Esterilización.

En el 2° piso Ex Clínica: Medicina fetal, Ginecología, Cuidados Intermedios Materno

Gráfico 19: Áreas funcionales del INMP



A Perú Japón

- 1° Piso Emergencia
- 2° Piso Centro Obstétrico
- 3° Piso UCIM – UCIN – Int. Neonatal
- 4° Piso Centro Quirúrgico /Recuperación / Central de Esterilización
- 5° Piso Residencia Médica

B Dpto. Patología y Hospitalización

- 1° y 2° Piso Dpto. de Patología y Lab. Clínico
- 2 pisos, colinda con Perú Japón
- 1° Piso Banco de Sangre / Banco de Leche / Farmacia
- 1° Piso Diagnóstico por Imágenes
- 2° Piso Intermedios IV

C Administración

- 1° Piso Of. PIP / RENIEC / Vacunas / Administración / SIS
- 2° Piso Residencia SICAP

D Consulta Externa

- 1° Piso Consulta Externa
- 2° Piso Medicina Fetal / Ginecología / UCI Intermedios Materno / Ex Clínica

E Hospitalización

- 1° Piso Adolescencia
- 2° Piso Obstetricia B
- 3° Piso Obstetricia C
- 4° Piso Obstetricia D

F Servicios Generales

- Sótano Lavandería / Costura / Ropería
- 1° Piso Nutrición, Administración, Patrimonio, Mantenimiento, Logística, Economía, RR. HH.
- 2° Piso Dpto. Neo, Mantenimiento, Logística, Economía, RR. HH.

G Area Protegida

- 1° Piso y 2° Piso Declarado Patrimonio de la Nación

H Docencia e Investigación

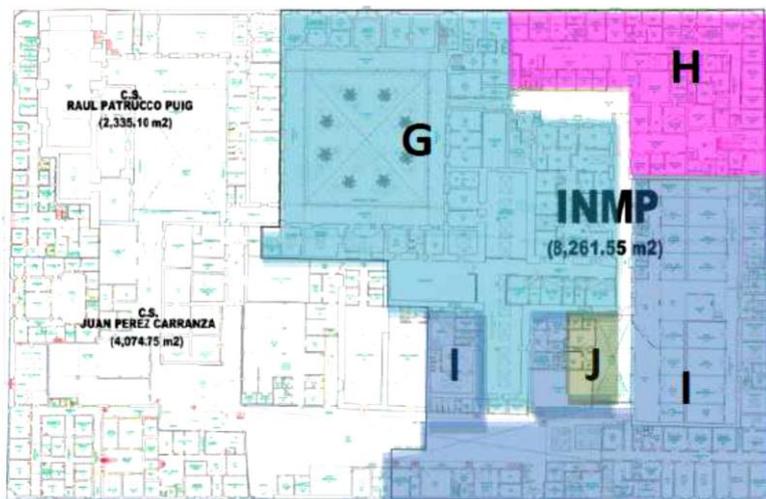
- 1° Piso Docencia Especializada
- 2° Piso Declarado Patrimonio de la Nación

I Área Libre

- 1° Piso Área Libre

J Jardín

- 1° Piso Jardín de Niños
- 2° Piso Jardín de Niños



En referencia al recurso cama hospitalaria, en Gineco – Obstetricia el número asignado de camas obstétricas cuenta con un total de 189 camas obstétricas, 20 camas ginecológicas, 14 en emergencia y 12 camas UCIM. Las camillas de sala de partos en total 16.

En el servicio de Neonatología, se cuenta 30 camas de UCIN, con 85 camas de intermedios neonatales y 2 camas de observación.

El INMP cuenta con 27 Consultorios de Salud físicos asignados para las atenciones médicas y no médicas a los que se les agregan 8 consultorios funcionales haciendo un total de 35 consultorios, que incluyen los Servicios de Dental, Consejería de Banco de Leche, Planificación Familiar y Psicoprofilaxis (Adulto/Adolescente).

Tabla 2. Camas de hospitalización. INMP 2024

SERVICIO	Gin-Obs	Neonatal	Varios	TOTAL
TOTAL	235	120	31	386
Servicio Obstetricia A	45			45
Servicio Obstetricia B	49			49
Servicio Obstetricia C	51			51
Servicio Obstetricia D	44			44
Servicio Ginecología	20			20
UCIM 1	6			6
UCIM 2	6			6
UCIN		30		30
Intermedios A (IA)		22		22
Intermedios A (IIB)		15		15
Intermedios A (II)		10		10
Intermedios B (III)		16		16
Intermedios B (IV)		20		20
Cirugia Neonatal		5		5
Emergencia - Trauma Shock			1	1
Emergencia GO - Sala de Observación	14			14
Emergencia Neo		2		2
Centro Obstétrico			16	16
Recuperación ^a			14	14

Nota: (a) Camas para observación (permanencia menos de 24 horas).

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

2.2.6 EQUIPAMIENTO

Para el 2024, se continuó con la adquisición de equipos especializados en las áreas neonatal y gineco obstétrica, muchos de ellos fueron adquiridos gracias a la cooperación internacional y de organizaciones humanitarias. Los Servicios de Neonatología, Medicina Fetal, Unidad de Oncología, fueron los mayores beneficiados con el nuevo equipamiento. En la tabla 03 se puede observar el número de equipamiento que posee cada UPSS y en la tabla 04 parte del equipamiento especializado en centro obstétrico, sala de operaciones, emergencia y las unidades de cuidados intensivos

Tabla 3. Número de Equipamiento especializado por UPSS. INMP 2024

UPSS	CANT EQUIPOS
Anatomía patológica	32
Central de esterilización	7
Centro de hemoterapia y banco de sangre	35
Centro obstétrico	157
Centro quirúrgico	116
Consulta externa	155
Cuidados intensivos	322
Diagnóstico por imágenes	6
Emergencia	113
Farmacia	8
Hospitalización	297
Patología clínica	118
Servicio de banco de leche	29
Uf. Tamizaje neonatal	1
Total general	1396

Fuente: Equipo Funcional de Ingeniería Biomédica del Instituto Nacional Materno Perinatal

Tabla 4. Tipo de Equipos especializados según UPSS. INMP 2024

UPSS SEGÚN NORMA	EQUIPO	CANTIDAD
CENTRO OBSTETRICO EMERGENCIA SALA DE OPERACIONES	Analizador de gases	1
	Aspirador de secreciones	12
	Bomba de infusión de doble canal	7
	Calentador de fluidos	2
	Cama camilla multipropósito	30
	Desfibrilador con monitor y paletas externas	5
	Detector de latidos fetales portátil	24
	Esterilizador de calor seco	5
	Incubadora de transporte con ventilador	2
	Incubadora neonatal avanzada	15
	Máquina de anestesia	13
	Mesa de operaciones mecánica/hidráulica	11
	Monitor multiparámetro de 06 parámetros	41
	Monitor fetal gemelar	17
	Torre de video cirugía laparoscópica	2
	Unidad de electrocirugía	17
	Ecógrafo Doppler color 3d	4
	Ventilador portátil	5
Bomba de infusión de doble canal	19	
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA	Cama camilla multipropósito	15
	Cuna de calor radiante	10
	Detector de latidos fetales portátil	5
	Ecógrafo ultrasonido	1
	Ecógrafo Doppler color 3D	1
	Electrocardiógrafo	7
	Electroencefalógrafo	1
	Equipo de alto flujo	4
Equipo de fototerapia led	4	

UPSS SEGÚN NORMA	EQUIPO	CANTIDAD
	Equipo de fototerapia halógena	3
	Equipo de hipotermia	1
	Incubadora neonatal de transporte	5
	Incubadora neonatal avanzada	13
	Incubadora neonatal estándar	13
	Monitores multiparámetros 6-8	57
	Sistema CPAP nasal	9
	Ventilador pulmonar de alta frecuencia neonatal	22
	Ventilador mecánico adulto pediátrico	11
	Ventilador de transporte	2

Fuente: Equipo Funcional de Ingeniería Biomédica del Instituto Nacional Materno Perinatal

La organización HospRank, en su evaluación del 2024, consideró al INMP como el Hospital mejor equipado para la atención neonatal, otorgándole el primer lugar en el país.

La adecuada operación del INMP y la prestación de los servicios en condiciones de calidad y seguridad, requieren la implementación de estrategias y actividades, para el mantenimiento y reposición oportuna del equipamiento, lo cual debe ser una prioridad en la institución.

El equipamiento especializado del INMP está relacionado a la visión institucional de incorporación y generación de nuevas tecnologías que respondan a las necesidades de la atención de la mujer en las diferentes etapas de la vida y del neonato de alto riesgo. Su uso continuo amerita contar con un buen sistema de mantenimiento y de reposición.

2.2.7 PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Dados los recursos limitados para el sector, resulta importante analizar el concepto de eficiencia en salud, el cual se refiere a la búsqueda del máximo nivel de productos y servicios brindados con un presupuesto determinado. La ejecución ineficiente del gasto significa que menos pacientes accedan efectivamente al servicio de salud y reciban un adecuado tratamiento. El INMP busca mantener, por lo tanto, una ejecución del gasto eficiente en beneficio de la salud de los usuarios que son atendidos en la institución.

El INMP se gestiona según los lineamientos del pliego bajo el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, por ello los recursos financieros están organizados en diez (10) programas presupuestales, además de APNOP y Acciones Centrales, siendo el principal del PP 0002: Salud Materno Neonatal.

Se concluyó el ejercicio 2024 con un Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de S/.213,384,897.00, provenientes de diversas fuentes de financiamiento, alcanzando una ejecución del 98.45 % del presupuesto asignado.

La **Tabla 05** consolida la información referida a los reportes PPR-G1, PPR-G2, PPR-G3, PPR-G4 y PPR-G5 para el año fiscal 2024.

Tabla 5. Ejecución según Categorías Presupuestales al 31 de diciembre del 2024
(Expresado en Soles)

CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PIM	EJECUCIÓN	AVANCE %
I programas presupuestales con enfoque resultados	82,938,957	82,290,544.62	99.22%
II acciones centrales	17,049,222.00	16,804,859.38	98.57%
III asignaciones presupuestales que no resultan en productos	113,396,718.00	110,978,921.17	97.87%
Total	213,384,897.00	210,074,325.17	98.45%

Fuente: PPR-G1, PPR-G2, PPR-G3, PPR-G4 y PPR-G5. Oficina de Economía – INMP

Elaborado por: UFPPTO.OEPE

La ejecución total alcanzó el 98.45%, valor que se encuentra dentro de lo esperado.

En la **Tabla 6** se aprecia la ejecución presupuestal desagregada por programas presupuestales.

Tabla 6. Ejecución presupuestal por Programa y Categoría Presupuestal al 31 de diciembre de 2024 (Expresado en Soles)

COD	PROGRAMA/CATEGORÍA PRESUPUESTARIA	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
0002	Salud Materno Neonatal	64,603,903.00	64,143,799.95	99.29%
0016	TBC-VIH/SIDA	864,396.00	854,595.72	98.87%
0018	Enfermedades no transmisibles	921,084.00	915,065.58	99.35%
0024	Prevención y control del cáncer	627,728.00	625,328.00	99.62%
0068	Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	287,993.00	280,834.55	97.51%
0104	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	14,008,580.00	13,846,147.82	98.84%
0129	Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	311,388.00	311,388.00	100.00%
0131	Control y prevención en salud mental	906,264.00	906,264.00	100.00%
1001	Productos específicos para desarrollo infantil temprano	397,496.00	396,996.00	99.87%
1002	Productos específicos para reducción de la violencia contra la mujer	10,125.00	10,125.00	100.00%
9001	Acciones centrales	17,049,222.00	16,804,859.38	98.57%
9002	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	113,396,718.00	110,978,921.17	97.87%
Total general		213,384,897.00	210,074,325.17	98.45%

Fuente: SIAF Modulo Presupuestario al 31/12/2024

Elaboración: UF. PRESUESTO-OEPE

En la **tabla 07** se aprecia que la ejecución de la Genérica 2 en los programas presupuestales es la que presenta menor ejecución para el periodo en evaluación.

Tabla 7. Ejecución presupuestal por Categoría Presupuestal y Genérica del Gasto al 31 de diciembre de 2024. (Expresado en Soles)

PROGRAMA /CATEGORÍA PRESUPUES TAL	GENÉRICA	PIM	DEVENGADO	% EJEC
1. PPR	1. Personal y obligaciones sociales	61,203,549.00	60,951,778.46	99.59%
	3. Bienes y servicios	21,239,276.00	20,849,584.70	98.17%
	6. Adquisición de activos no financieros	88,511.00	82,060.46	92.71%
TOTAL PP		82,531,336.00	81,883,423.62	99.21%
2. AC	1. Personal y obligaciones sociales	12,699,771.00	12,598,719.29	99.20%
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	158,241.00	38,462.18	24.31%
	3. Bienes y servicios	4,013,852.00	4,002,338.75	99.71%
	4. Donaciones y transferencias	94,549.00	94,549.00	100.00%
	5. Otros gastos	47,704.00	35,685.16	74.81%
	6. Adquisición de activos no financieros	35,105.00	35,105.00	100.00%
TOTAL AC		17,049,222.00	16,804,859.38	98.57%
3. APNOP	1. Personal y obligaciones sociales	66,805,211.00	65,528,240.03	98.09%
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	9,196,285.00	8,949,051.24	97.31%
	3. Bienes y servicios	36,412,508.00	35,527,663.25	97.57%
	6. Adquisición de activos no financieros	982,714.00	973,966.65	99.11%
TOTAL, APNOP		113,396,718.00	110,978,921.17	97.87%
TOTAL		212,977,276.00	209,667,204.17	98.45%

Fuente: SIAF Modulo Presupuestario al 31/12/2024

Elaboración: UF. PRESUESTO-OEPE

A pesar de todos los inconvenientes presupuestales suscitados en el Ejercicio Fiscal 2024, se logró alcanzar un nivel de devengado del 98.45%, en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios logró alcanzar un 98.82%, contando con sus obligaciones y gastos prioritarios debidamente certificados; cumpliendo incluso con el pago de sus recursos humanos de manera regular, en la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias alcanzó una ejecución de 96.20%, esto se debe que hubo procesos de selección que quedaron desiertos y no se pudo ejecutar dentro del ejercicio fiscal, sin embargo este saldo se solicita como saldo de balance para el siguiente ejercicio fiscal.

Problemas presentados y medidas correctivas

PROBLEMAS PRESENTADOS EN EL PERIODO	MEDIDAS CORRECTIVAS REALIZADAS EN EL PERIODO
Presupuesto inadecuado que se debe a la falta de Asignación de presupuesto, siendo muy deficitario, que no representan la real necesidad del INMP.	En el marco de la Ley N° 31953 Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2024 se procedió a reorganizar, recuperar, distribuir y modificar el marco presupuestal existente,

PROBLEMAS PRESENTADOS EN EL PERIODO	MEDIDAS CORRECTIVAS REALIZADAS EN EL PERIODO
<p>Una vez asignado el presupuesto, el PCA no es otorgado a tiempo, para poder realizar las certificaciones necesarias para el abastecimiento del instituto.</p> <p>El presupuesto correspondiente al SIS, es asignado después de dos meses que inicia el año fiscal, por lo que dificulta que las adquisiciones para las pacientes SIS, tanto material médico, medicamentos, alimentos entre otros, sean atendidos de manera oportuna.</p> <p>Se registraron 355 Notas Modificatorias que se utilizan para adecuar el presupuesto institucional, determinándose un promedio mensual de 32 notas modificatorias por mes, lo que determina 01-02 notas modificatorias por día hábil.</p> <p>Ministerio de Salud no atiende demanda adicional de manera integral, solicitada por nuestra Entidad para el pago de servicios básicos, materiales médicos, insumos de laboratorio, material de limpieza, servicio de limpieza y vigilancia, entre otros.</p>	<p>para orientar el gasto con calidad, al logro de los objetivos, metas y estrategias propuestas por la Entidad en el Ejercicio Fiscal 2024; determinando brechas o partidas deficitarias, generándose demanda adicional de recursos ante el Ministerio de Salud.</p> <p>Durante el ejercicio fiscal 2024 se realizaron acciones de financiamiento, los cuales permitieron cubrir necesidades de suma importancia para el instituto, mientras se esperaba la asignación de la demanda adicional.</p>

El presupuesto asignado al Instituto no refleja las reales necesidades como establecimiento de categoría III-2 y resulta especialmente insuficiente para cumplir con las acciones de desarrollo programadas. Sin embargo, el buen porcentaje de ejecución del gasto presupuestal asignado garantiza el esfuerzo del Instituto en proveer lo necesario para una atención de calidad a los pacientes.

PLAN MAESTRO INSTITUCIONAL

El INMP se fortaleció radicalmente en el año 2000 en la atención de madres gestantes, puérperas y neonatos en estado crítico, luego de la construcción del Hospital de la Amistad Perú-Japón, cambiando los procesos de atención de las gestantes y neonatos de alto riesgo y mejorando sustantivamente su atención, no solo de Lima Metropolitana, según el objetivo nominal del “Proyecto de Mejoramiento de la atención Materno Infantil en Lima Metropolitana”, realizándose complementariamente otras obras para la atención de esta población que requería hospitalización.

En cuanto a la atención ambulatoria, actualmente se cuenta con un área que ha resultado insuficiente para ubicar sub-especialidades que han tenido un alto desarrollo tecnológico en la última década y en las cuales el INMP constituye la principal entidad del MINSA para este tipo de atención, como Medicina Fetal, Infertilidad, Climaterio, Genética, Endocrinología Obstétrica.

Para resolver este problema, se cuenta con una infraestructura ubicada contigua al local institucional, antiguamente ocupada por el Instituto Nacional de Oftalmología-INO, la misma que ha sido autorizada para su empleo institucional por el Instituto Nacional de Cultura, por ser parte de ella considerada como patrimonio histórico cultural.

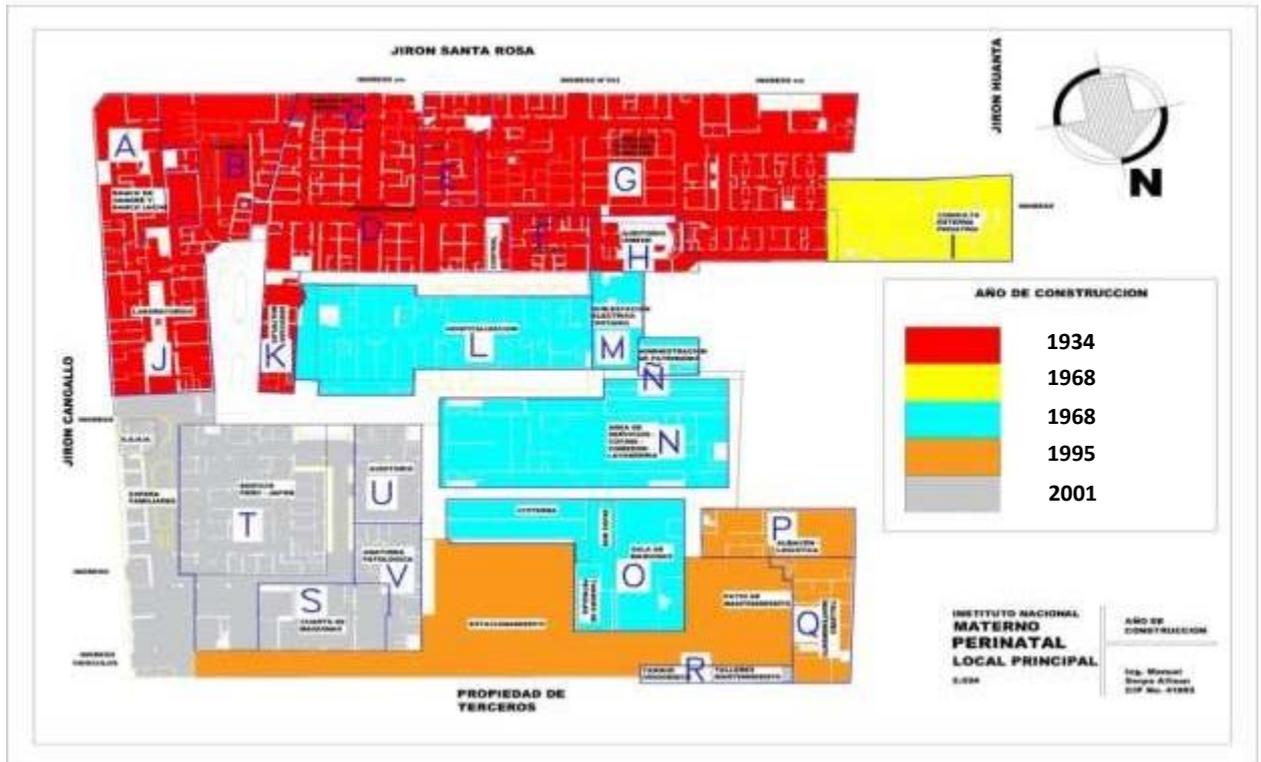
El siguiente es el perfil funcional de la propuesta presentada al MINSA y a la Cooperación Internacional, ubicado en el enfoque de unidades de negocios o unidades funcionales, con la finalidad de evaluar los criterios para aplicar a alguna de las intervenciones consideradas por la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios ARCC.

Perfil funcional del Plan Maestro Institucional. Anexo 1

- I. Establecimiento de Unidades de Negocios:
 - Local principal
 1. Atención quirúrgica y de manejo crítico adulto- pediátrico: Complejo Perú – Japón.
 - a. Cirugía: SOP y UPO.
 - b. Unidades de cuidados críticos e intermedios materna y neonatal.
 - c. Sala de partos y AIRN
 - d. Emergencia.
 2. Atención de hospitalización: Complejo Perú Alemán.
 - a. Hospitalización Adolescencia.
 - b. Hospitalización Obstetricia (piso 2, 3, 4).
 3. Atención ambulatoria: Consultorios externos actual.
 - a. Especialidades de apoyo
 - b. Disciplinas de apoyo
 - Local a reconstruir. Ex INO
 4. Atención ambulatoria altamente especializada: Área 1 Ex -INO
 - a. Medicina Fetal.
 - b. Infertilidad
 - c. Climaterio
 - d. Diagnóstico por imágenes: TAM; RMN; Mamógrafo.
 - e. Laboratorio Clínico Especializado.
 5. Investigación: Área 2 Ex -INO
 - a. Área de Obstetricia
 - b. Área de Ginecología
 - c. Área de Neonatología
 6. Docencia: Área 3 Ex –INO
 - a. Complejo de laboratorios de simulación.
 - b. Auditorio principal.
 - c. Complejo de aulas.
 - d. Telemedicina.
 7. Desarrollo Nacional de la Atención Especializada: Área 4 Ex –INO
 - a. DAE Lima Metropolitana
 - b. DAE Regiones
 8. Complejo administrativo de la Alta Dirección: Área 5 Ex –INO
 - a. Dirección General.
 - b. Direcciones Ejecutivas.
- II. Elaboración de catastro de áreas y procesos a redistribuir.
- III. Elaboración de Plan Médico Funcional
- IV. Elaboración de Plan Maestro Arquitectónico

2.2.8 ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA ESTRUCTURAL Y NO-ESTRUCTURAL

El Instituto cuenta con Edificios de diferentes épocas de construcción, como se aprecia en el cuadro siguiente:



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2024.

Como se aprecia en el gráfico anterior, ningún edificio cumple la normativa actual de diseño Sismo Resistente (E-030 de RNE) la cual data del año 2018. Sin embargo, en el caso del Bloque S-T-U-V (Edificio Perú Japón), ha sido construido en el 2001 en base a normas internacionales sísmos resistentes. En este Edificio funcionan las Áreas Críticas de Emergencia, centro Obstétrico, Neonatología y Centro Quirúrgico.

El Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) es un indicador cualitativo de la seguridad ante la ocurrencia de desastres, mide el grado de vulnerabilidad expresado de manera integral, como un todo y no por sectores. Sin embargo, se convierte en una herramienta estratégica importante para determinar si las instalaciones del INMP son seguras o no.

En agosto de 2024, la UFGRD gestionó la ejecución del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), que dio como resultado que el INMP se clasificaba en la Categoría B, el cual muestra un alto índice de vulnerabilidad reflejado con un indicador de 0.61, mientras que la seguridad ante cualquier evento adverso solo obtuvo un 0.39. Esto significa que el Instituto necesita intervenciones a corto plazo. Los niveles actuales de seguridad y gestión de emergencias y desastres ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y del personal del hospital, así como la capacidad de éste para funcionar durante y después de emergencias y desastres. Gráfico 9

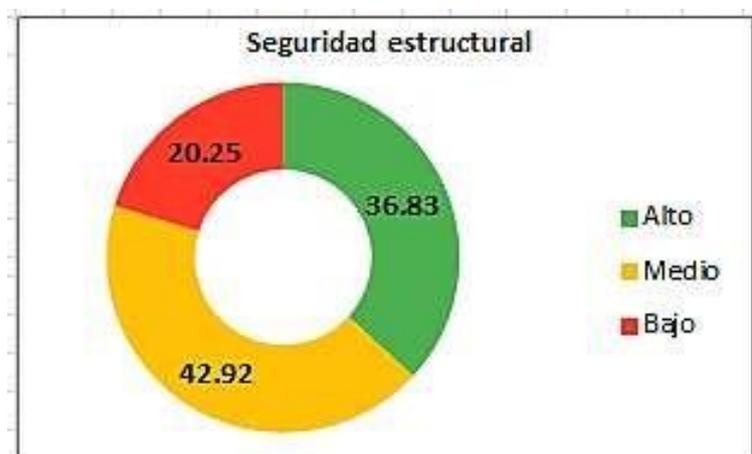
Gráfico 20. Índice de Seguridad y Vulnerabilidad del INMP 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2024.

En el aspecto relacionado con la seguridad ESTRUCTURAL, el análisis del modelo matemático para el ISH refleja que predomina el nivel BAJO de Seguridad con 20.25% y MEDIO con 42.92% contando solo con el 36.83% de seguridad alta, lo cual hace al Instituto VULNERABLE estructuralmente, lo que conlleva a analizar la problemática existente y poner en práctica las recomendaciones propuestas a fin de mejorar este indicador de seguridad y tratar de disminuir la vulnerabilidad frente a un evento adverso (Gráfico 21).

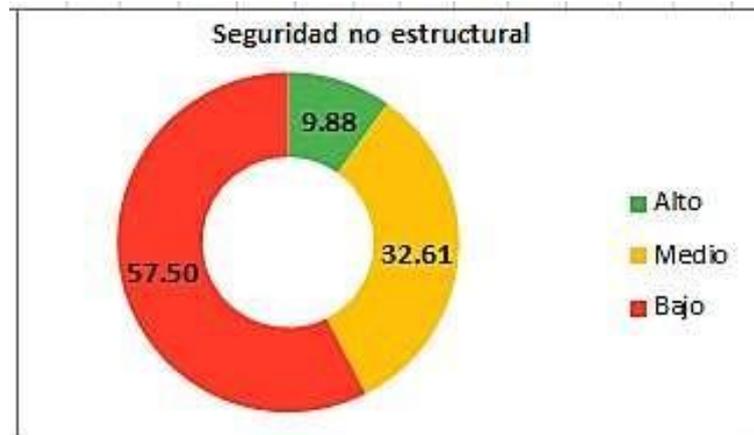
Gráfico 21. Representación por nivel de seguridad del Componente Estructural ISH 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2023.

En el aspecto relacionado con la seguridad NO ESTRUCTURAL, del INMP tiene un predominio del nivel BAJO de Seguridad con 57.50%, nivel MEDIO un 32.60% y el nivel ALTO de seguridad solo representa un 9.88%. Lo que significa que la vulnerabilidad en su componente NO ESTRUCTURAL ante un evento de desastres es insegura. Se requieren tomar medidas correctivas para mitigar los problemas encontrados en la evaluación (Gráfico 11).

Gráfico 22. Representación por nivel de seguridad del Componente No Estructural ISH 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2023.

La capacidad operativa del INMP durante y después de un desastre se estima también en función de la organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones adversas que se puedan presentar. Esto refleja que, en la evaluación del componente funcional, la seguridad del establecimiento de salud se encuentra en un nivel MEDIO reflejado en un 69.61% si bien se tiene planes y se encuentra relativamente preparada para afrontar un evento de desastres, se requiere tomar medidas correctivas a procedimientos e infraestructura para poder tener una capacidad de respuesta óptima frente a emergencias y desastres (Gráfico 12).

Según el análisis podemos determinar que el Instituto Nacional Materno Perinatal tiene una **Vulnerabilidad Alta**.

Gráfico 23. Representación por nivel de seguridad del Componente Funcional ISH 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2023.

El INMP tiene ALTA VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL E INSEGURIDAD NO ESTRUCTURAL para hacer frente a desastres o eventos adversos

CAPÍTULO III ANÁLISIS DE SALUD DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE SERVICIOS

III.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA

3.1.1 PERFIL DE LAS PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EL INMP

Para identificar el perfil de la paciente que se atiende en el INMP tomamos como base aquellas egresadas de hospitalización. En esta observamos características generales, que incluyen grupo etario, estado civil, grado de instrucción, y la procedencia, esta última para identificar corredores de atención a nivel de Lima Metropolitana y del resto del país.



Características Generales

Respecto a las características generales de las pacientes egresadas del INMP durante el 2024, las adolescentes se han incrementado de 8.9 % a 9.1% y las mayores de 35 años de 26.7 a 26.8% en comparación al 2023; en cuanto al estado civil continúa siendo mayoritaria la convivencia con el 75.4%, y con secundaria completa el 76.4%, incrementándose el porcentaje de universitarias. Un 8% de las pacientes fueron de procedencia extranjera, principalmente de nacionalidad venezolana superando en un punto porcentual al indicador del 2023

Tabla 8. Perfil de la paciente atendida en el INMP. Comparativo 2023-2024

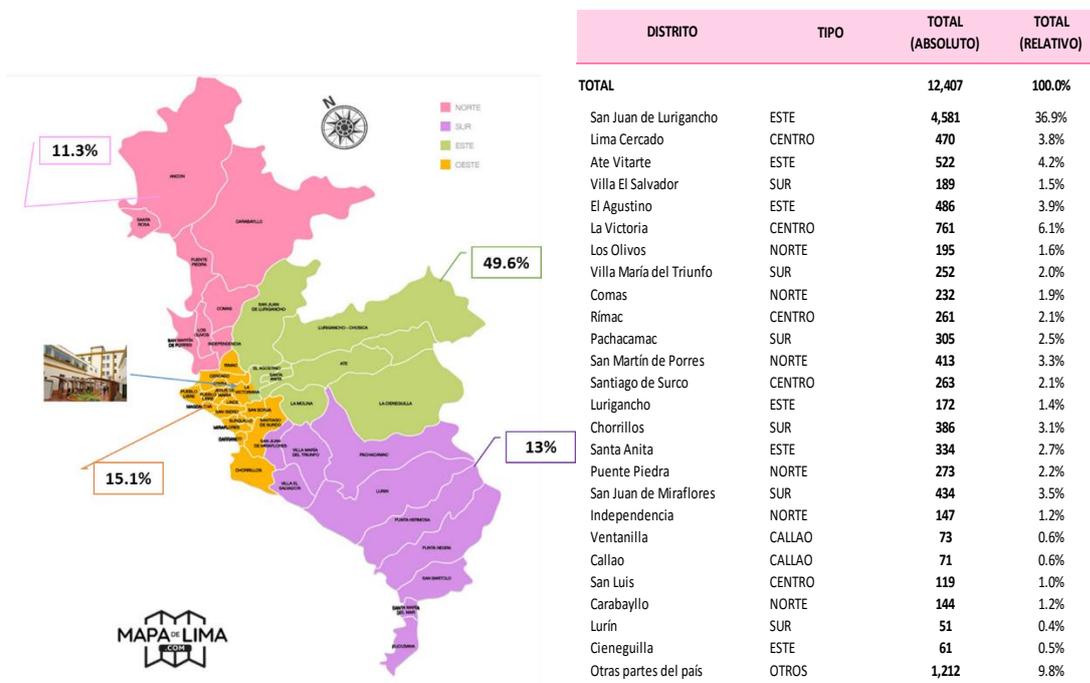
ATRIBUTO		2023		2024	
		(ABSOLUTO)	(PORCENTAJE)	(ABSOLUTO)	(PORCENTAJE)
TOTAL		15,655	100.00%	16,243	100.00%
Grupo etario	< 20 años	1,391	8.9	1,476	9.1
	De 20 a 34 años	10,086	64.4	10,408	64.1
	≥ 35 años	4,178	26.7	4,359	26.8
Estado civil	Casada	2,511	10.58	1,705	10.5
	Conviviente	15,553	74.03	12,248	75.4
	Divorciada	33	0.24	41	0.3
	Soltera	2,704	14.38	2,190	13.5
	Viuda	26	0.24	36	0.2
	No definido	11	0.53	23	0.1
Grado de Instrucción	Primaria	675	4.31	594	3.7
	Secundaria	1,912	76.09	12403	76.4
	Técnico	1,559	9.96	1644	10.1
	Universidad	1,276	8.15	1384	8.5
	Sin Instrucción	233	1.49	218	1.3
Procedencia	Peruana	14,429	92.2	14,872	91.6
	Venezolana	1,140	7.3	1,299	8.0
	Otro país	86	0.5	72	0.4

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal

Procedencia

El 2024 egresaron 12, 407 pacientes, el mayor porcentaje de ellas procedió de Lima Metropolitana (89.1%), y de los distritos de San Juan de Lurigancho (36.9%), La Victoria (6.1%) y Ate Vitarte (4.2%). Los distritos de Lima Este son los que mayor aporte de pacientes tienen con un 45%, Lima Centro con 26%, Lima Sur con 11% y Lima Norte con 9%.

Grafico 24. Distritos de procedencia de pacientes atendidas en el INMP. 2024



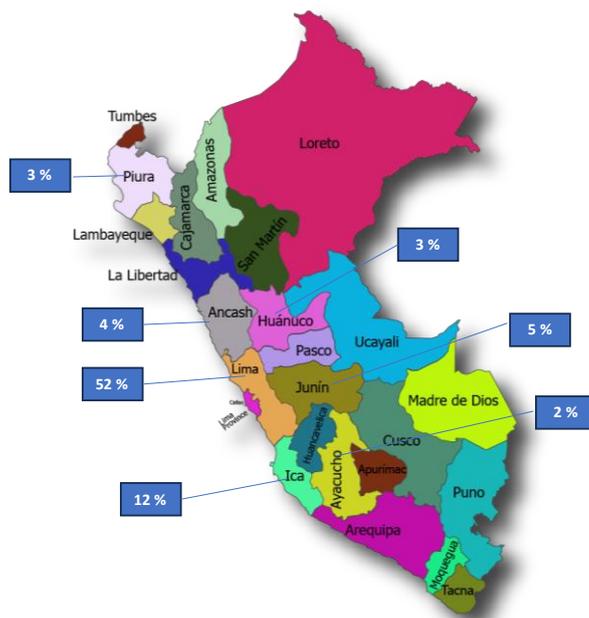
Como los años anteriores el mayor porcentaje de la población que acude al INMP para la atención del parto procede de Lima Este, en primer lugar, San Juan de Lurigancho, Ate-Vitarte, La Victoria y El Agustino, quienes conforman un corredor vial natural hacia el INMP.

En el 9.8% (1,212) de pacientes que proceden del resto del Perú, predominan los distritos de Lima Provincias con el 52.3%, Ica con 12.4%, Junín con 5.1 %, y Ancash con 4.3%

El gráfico 25 muestra las regiones de donde proceden la mayor parte de pacientes que llegan de fuera de Lima Metropolitana, como es de esperar Lima Provincias, por la cercanía y la facilidad de los corredores viales que llegan al INMP, ocupa el primer lugar, el resto proceden de diferentes Regiones que no necesariamente responden a un corredor vial ya que tenemos con mayor porcentaje de procedencia por el Sur (Ica), Centro (Junín) y el norte (Ancash)

Gráfico 25. Procedencia de pacientes atendidas en el INMP. Nivel Nacional 2024.

Region	Total	%
Lima Provincia	625	52.3
Ica	148	12.4
Junin	61	5.1
Ancash	51	4.3
Piura	44	3.7
Huanuco	38	3.2
Ayacucho	32	2.7
Cajamarca	26	2.2
Tumbes	18	1.5
San Martin	17	1.4
Loreto	15	1.3
Ucayali	15	1.3
Cusco	15	1.3
Lambayeque	14	1.2
La Libertad	12	1.0
Tacna	9	0.8
Pasco	9	0.8
Apurimac	9	0.8
Amazonas	8	0.7
Huancavelica	8	0.7
Puno	7	0.6
Abancay	4	0.3
Moquegua	4	0.3
Arequipa	4	0.3
Madre de dios	2	0.2
TOTAL	1195	100



El perfil del usuario que acudió al INMP durante el 2024, ha tenido leves variaciones a comparación del año anterior, observándose un importante porcentaje de mayores de 35 años; la mayoría procedía de Lima Metropolitana de los distritos del Cono Este, y a nivel nacional de Lima Provincias, Ica y Junín. Esto plantea la necesidad del trabajo conjunto con las Regiones de donde proceden el mayor porcentaje de usuarios para garantizar una adecuada y coordinada atención de salud materna y neonatal, y el desarrollo de la atención de las necesidades de las mujeres de mayor edad (gestación tardía, menopausia, cáncer etc).

3.1.2 ATENCIÓN POR LAS UPSS DE CONSULTORIOS EXTERNOS

En el 2024 existieron 31, 132 pacientes atendidas en consultorios del Instituto lo que representa un incremento del 6% respecto al 2023. En las características de las pacientes se observa un incremento del porcentaje en las menores de 20 años, y una constancia de las mayores de 35 años, de igual manera el incremento del riesgo social. Otro parámetro que llama la atención es la disminución del porcentaje de pacientes con secundaria completa.



Tabla 9. Características de la población que se atiende por consulta externa. Porcentaje de presentación del atributo. INMP 2021-2024

ATRIBUTO	CALIFICACIÓN	2022	2023	2024
Total de atendidas		27,584	29,341	31,132
Edad	20 – 34	37	37	38.8
	< 20	27	23.5	21.8
	> 35 a	36	39.5	39.4
Nivel de Instrucción	Secundaria	65.5	58.7	56.8
Estado Civil	Conviviente	77.5	73.4	77.5
Riesgo Social	Alto y mediano Riesgo	89.3	87.8	90.5
Distrito de Procedencia	San Juan de Lurigancho	32.2	31.7	37.0
Paridad	Nulípara	34.1	30.3	34.6
Atención pre-natal	CPN ≥ 6	43.7	45.8	58.1

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

Las pacientes atendidas por primera vez en consultorios del INMP en el 2024 se incrementó en 7% respecto al 2023, dependiente de las consultas de ginecología que se elevaron 11.5% y de obstetricia que aumentó un 10%. Disminuyeron las consultas de pediatría en 23%, esto último posiblemente al cumplimiento de la atención solo a los niños calificados de Alto Riesgo.

Tabla 10. Atendidos en consultorios del INMP. Totales 2021-2024

CONSULTORIOS	2021	2022	2023	2024
Consultorio Atendidos total	19,890	27,226	28,998	31,132
. Atendidas Obstetricia	8,721	11,145	10,285	11,316
. Atendidas Ginecología	5,250	6,189	7,003	7,820
. Atendidos Pediatría	2,253	3,456	3,553	2,726
. Atendidos Especialidades Médicas	3,666	6,436	8,157	9,270

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En **consultorios de obstetricia** se observa un incremento de las consultas prenatales y de atenciones en puérperas en comparación del 2023.

Tabla 11. Atendidos en consultorios de obstetricia. INMP 2021-2024

CONSULTA EXTERNA OBSTETRICIA		2021	2022	2023	2024
Prenatal	Atendidas	8,002	10,825	9,238	11,226
Puérperas	Atendidas	703	611	1,042	1,132

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

La población adolescente es de suma importancia en la atención obstétrica especializada debido al alto riesgo materno y neonatal que por su condición etaria existen, en la tabla 11 se puede observar un incremento de las adolescentes que acudieron al INMP comparado con los últimos 3 años, habiéndose elevado 12% más que el 2023, con relación al resto de la población que acudió al INMP el porcentaje se incrementó en 14.7%.

Tabla 12. Atención en adolescentes en consultorios obstetricia. INMP 2021-2024

ATENCIÓN PRENATAL		2021	2022	2023	2024
Adolescentes	Atendidas	666	798	759	855
	Atenciones	1250	1738	2207	3224
	Concentración	1.9	2.2	2.9	3.8
Población General	Atendidas	8018	10848	9114	10461
	Atenciones	15369	19624	22571	25403
	Concentración	1.9	1.8	2.4	2.5

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En **consultorios de ginecología**, existió un incremento del 10.5% del total de consultas, encontrándose el mayor incremento en Climaterio (109%), Medicina Reproductiva (18.4%) y Oncología (16.8%) respecto al 2023.

Tabla 13: Atendidos en consultorios de ginecología. INMP 2021-2024

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	2021	2022	2023	2024
Ginecología general				
Atendidas	3,887	4,384	3,922	3964
Atenciones	5,971	8,162	7,813	8180
Climaterio				
Atendidas	-	-	177	370
Atenciones	-	-	333	733
Medicina Reproductiva				
Atendidas	834	1,307	1,930	2286
Atenciones	1,863	3,373	5,193	6090
Oncología				
Atendidas	300	498	696	813
Atenciones	873	1,577	2,354	2513

En **consultorios de Especialidades Médicas** se observa un incremento en el número de consultas en Medicina Interna, Cardiología e Infectología.

Tabla 14: Atendidos en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2021-2024

OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		2021	2022	2023	2024
Oftalmología	Atendidas	393	574	847	770
	Atenciones	745	1,301	1,479	1,361
Endocrinología	Atendidas	616	838	884	756
	Atenciones	1,851	2,994	2,478	2,315
Medicina Interna	Atendidas	78	256	443	590
	Atenciones	202	484	982	977
Cardiología	Atendidas	1,307	1,977	2,646	3,183

OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		2021	2022	2023	2024
	Atenciones	1,501	2,254	3,190	3,643
Infectología	Atendidas	130	119	209	272
	Atenciones	316	353	528	673

En los **Consultorios de pediatría** se existe una disminución de los porcentajes de atención al paciente en todas las especialidades en comparación al 2023, esta reducción del 24% puede explicarse a la aplicación de la norma de solo atender al Niño de Alto Riesgo (NAR), aquellos se limitan a los nacidos con muy bajo peso al nacer, prematuridad, necesidad de ventilación asistida, sepsis, asfixia, choque, malformaciones congénitas, enfermedades genéticas o quienes tuvieron intervenciones quirúrgicas, que requieren un seguimiento integral hasta los 5 años

Tabla 15. Atenciones en consultorios de pediatría. INMP 2021-2024

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA		2021	2022	2023	2024
Pediatría	Atendidas	1,701	2,445	2,369	1,795
	Atenciones	5,327	7,707	6,265	5,555
Cirugía Pediátrica	Atendidas	46	169	228	172
	Atenciones	77	358	589	499
Neuro Pediatría	Atendidas	485	461	471	448
	Atenciones	1,058	1,644	1,950	2,146
Otorrino Pediatría	Atendidas	21	70	113	88
	Atenciones	32	105	159	101
Cardiología Pediatría	Atendidas	128	311	372	235
	Atenciones	139	420	600	388

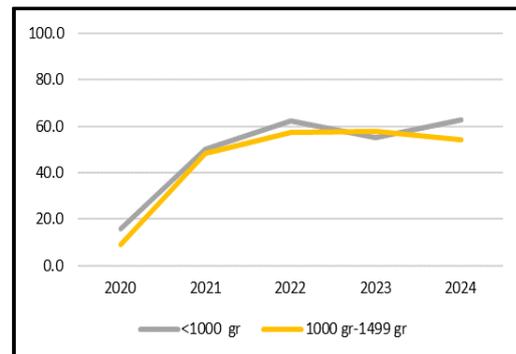
Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En la tabla 14 se detalla los pacientes atendidos y atenciones brindadas según peso al nacer, así se puede observar que los menores de 1000 gr reciben por lo menos 9 atenciones al año, los de 1000-1500 gr 8 atenciones y los de 1500 a 2,500 gr reciben 5 atenciones al año. La atención es integral y se complementa con las atenciones en otras especialidades como neurología, terapia física, cardiología, etc.

El porcentaje de **seguimiento de prematuros** de alto riesgo se incrementó en el 2024 en los menores de 1000 gr alcanzando el 63%, y de 1000 gr a 1500 gr en 54.9%. La tendencia es creciente y la meta es alcanzar al 90% de ellos.

Tabla 16. Atendidos y porcentaje de cobertura de ambulatoria en menores de 1,500 gr. INMP 2020-2024

PESO AL NACER	2020	2021	2022	2023	2024
< 1000 gr					
Atendidos C.Ext.	6	20	28	22	27
Nacidos Vivos	105	113	132	162	118
Egresos Vivos	38	40	45	40	43
Cobertura	15.8	50.0	62.2	55.0	62.8
1000 gr - 1499 gr					
Atendidos C.Ext.	14	80	79	90	79
Nacidos Vivos	185	194	195	182	147
Egresos	156	165	138	156	146
Cobertura	9.0	48.5	57.2	57.7	54.1



Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En consultorios externos se han incrementado las atenciones respecto a los dos años anteriores, este aumento es más visible en aquellas dirigidas a la atención ginecológica y de especialidades médicas. El seguimiento por consulta externa de los niños de alto riesgo ha superado el 62 % de los egresados, aunque la meta es lograr que por lo menos al 90% de ellos continúe seguimiento especializado hasta los 5 años de edad.

3.1.3 ATENCIÓN POR LAS UPSS DE HOSPITALIZACIÓN GINECO OBSTÉTRICA

La UPSS de Hospitalización de Ginecoobstetricia cuenta con 189 camas para pacientes obstétrica y 20 camas para pacientes ginecológicas. Además, cuentan con 12 camas de Cuidados Intensivos maternos. En los egresos por UPSS de ginecología y obstetricia en el 2024 se observa un incremento de 3.7% con respecto al 2023, alcanzando cifras similares al 2021 pero menores a la etapa prepandemia. Se mantiene la tendencia al incremento sostenido desde el 2021 de los egresos ginecológicos



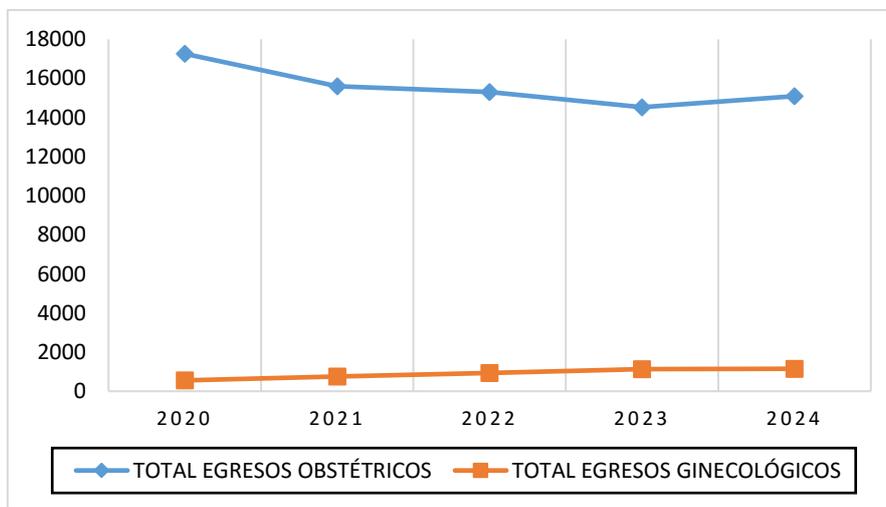
De igual manera, se observa un incremento sostenido de egresos por complicaciones gestacionales y puerperales en un 1.26% y 0.2% respectivamente en comparación al año anterior.

Tabla 17. Egresos hospitalarios ginecobstetricia. INMP 2021-2024

TIPO DE EGRESO	2020		2021		2022		2023		2024	
	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)								
Partos vaginales	9,321	59.80%	7,343	54.53%	7,003	53.45%	6,127	50.42%	6,077	49.12%
Partos por cesárea	6,266	40.20%	6,122	45.47%	6,100	46.55%	6,024	49.58%	6,294	50.88%
TOTAL EGRESOS PARTO	15,587		13,465		13,103		12,151		12,371	
Aborto	405	2.35%	419	2.69%	413	2.70%	409	2.82%	459	3.04%
Complicación Gestacional	1,124	6.51%	1,573	10.09%	1,645	10.75%	1,824	12.56%	2,086	13.82%
Complicación Puerperal	143	0.83%	137	0.88%	143	0.93%	143	0.98%	177	1.17%
TOTAL EGRESOS OBSTÉTRICOS	17,259		15,594		15,304		14,527		15,093	
TOTAL EGRESOS GINECOLÓGICOS	556		760		938		1,127		1,150	
TOTAL EGRESOS GINECO OBSTÉTRICOS	17,815		16,354		16,242		15,654		16,243	

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Gráfico 26. Tipos de egresos de Hospitalización de Gineco obstetricia. 2020-2024



Los indicadores de producción están relacionados no solo a la gestión de los servicios si no a parámetros de eficiencia en la atención de los pacientes hospitalizados. Los indicadores de hospitalización de obstetricia se encuentran en lo sugerido para instituciones de tercer nivel, en el caso de ginecología el porcentaje de ocupación de cama se mantiene por debajo del 80%.

Tabla 18. Principales indicadores de Ginec Obstetricia. INMP 2021-2024

INDICADORES	2021	2022	2023	2024
INDICADORES OBSTÉTRICOS				
Estancia post parto vaginal	2.5	2.5	2.6	2.4
Estancia post parto vag. sin patología	1.9	2.0	2.0	2.1
Estancia post parto vag. con patología	3.0	3.0	3.2	2.8
Estancia post cesárea	3.0	3.5	3.4	3.6
Estancia aborto	2.5	2.5	3.0	2.3
Estancia gestante	3.4	3.8	4.0	3.5
Estancia puérpera	4	4.3	4.1	4.0
% Ocupación cama Obstétrica	87.2%	87.6%	85.7%	84.1%
Intervalo de sustitución Obstétrica	0.8	1.0	1.2	1.0
Rendimiento cama Obstétrica x mes	5.9	6.2	6.0	6.6
INDICADORES GINECOLÓGICOS				
Estancia ginecológica	3.2	3.8	3.9	3.9
% Ocupación cama Ginecológica	70.1%	72.1%	79.1%	75.4%
Intervalo de sustitución ginecológica	5.3	4.3	3.7	1.5
Rendimiento cama ginecológica x mes	3.0	3.4	5.2	4.8

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Considerando el incremento de pacientes ginecológicas observados en consultorios externos, no se refleja en el porcentaje de ocupación de cama hospitalaria, mientras que el de pacientes obstétricas se mantiene, es necesario plantear estrategias para fortalecer el acceso a las necesidades hospitalarias de las gestantes de alto riesgo, de medicina reproductiva y diagnóstico de cáncer

3.1.4 ATENCIÓN DE LA UPSS DE HOSPITALIZACIÓN DE NEONATOLOGÍA

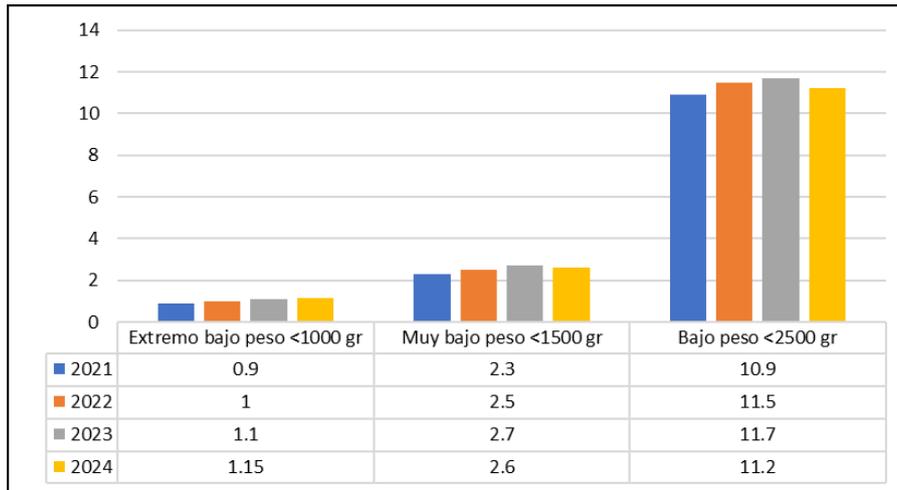
La presencia de morbilidades y la necesidad de hospitalización en neonatología dependen del estado del recién nacido al momento del nacimiento y de las patologías que puede presentar, siendo las más importantes la dificultad respiratoria, el grado de prematuridad y el peso al nacer.



Al respecto, la sobrevivencia de los prematuros, los neonatos de bajo peso al nacer (menores de 2,500 gr) -entre ellos los de muy bajo peso al nacer (menores de 1,500 gr) y los extremadamente bajo peso al nacer- va a requerir de cuidados especiales, incluyendo ventilación mecánica, CPAP, nutrición parenteral etc. Esto dependerá de la capacidad estructural instalada, las competencias del personal de salud y el desarrollo tecnológico de los servicios de neonatología.

Desde el 2021 se observa un incremento constante del porcentaje de niños de alto riesgo, que se estabiliza en el 2024, fenómeno que puede estar influido por los determinantes socio económicos de la población.

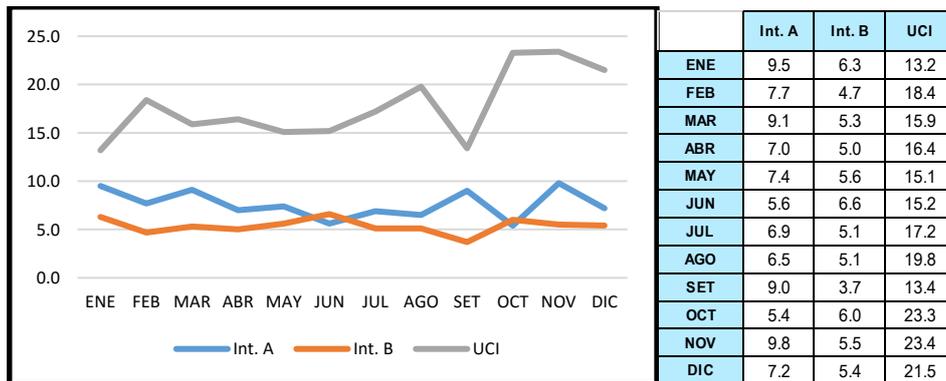
Gráfico 27. Porcentaje de recién nacidos de bajo peso. 2021 – 2024



Fuente: Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

El promedio de permanencia de los recién nacidos hospitalizados es de 17.5 días en Cuidados intensivos, 7.6 días en intermedios A y de 5.4 días en intermedios B. Estos índices varían mensualmente observándose en la tabla el incremento de la permanencia en UCI en el último trimestre del 2024

Gráfico 28. Tiempo de permanencia por servicios de hospitalización. Neonatología 2024



Fuente: Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

El alto porcentaje de nacimiento de niños con muy bajo peso al nacer que requieren cuidados de UCI ha sobrepasado la capacidad instalada de la Institución, sobre todo en la UCI neonatal y eso se ve reflejado en los indicadores de ocupación cama, intervalo de sustitución y el rendimiento de las mismas durante el 2024. Tabla 19

Tabla 19. Indicadores de Producción. Departamento de Neonatología 2024

SERVICIOS NEONATALES	% OCUPACIÓN CAMA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	RENDIMIENTO CAMA
UCI NEONATAL	99.5	0.15	1.7
CUIDADOS INTERMEDIOS A	85.5	1.0	4.1
CUIDADOS INTERMEDIOS B	73.5	1.65	5.0

Fuente: Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

Esta situación es constante en los últimos años, lo cual se considera crítica para la atención de calidad para los nacidos de muy alto riesgo. Tabla 18

Tabla 20. Indicadores de Producción UCI Neonatal. INMP 2019 – 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
% OCUPACIÓN CAMA	101.4	101.7	102.3	103.0	99.5
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	-0.3	-0.3	-0.3	-0.4	0.15

Fuente: Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

El alto porcentaje de nacimientos de niños con alto riesgo en el INMP y las solicitudes de atención de estos niños por los centros de menor complejidad ha hecho que la capacidad instalada en las unidades de cuidados intensivos e Intermedios A resulte insuficiente para su atención

3.1.5 ATENCIÓN LAS UPSS DE CENTRO QUIRÚRGICO

El número de atenciones en Centro Quirúrgico continúa incrementándose en referencia a los cuatro últimos años, debido al aumento sostenido en las cirugías ginecológicas de emergencia (62.5% de incremento comparado al 2021) y programadas (5 veces de incremento en comparación al 2021). La atención quirúrgica neonatal ha disminuido.



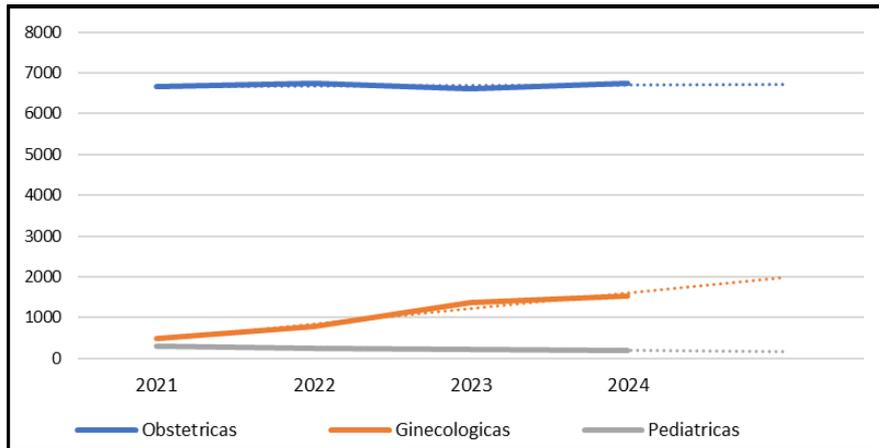
Tabla 21. Atenciones en Centro quirúrgico. INMP 2021-2024

CENTRO QUIRÚRGICO	2021	2022	2023	2024
Cirugías Total	7450	7756	8208	8505
Cirugías de emergencia	6853	6283	6164	6120
. Intervenciones Obstétricas	6284	5842	5510	5475
. Intervenciones Ginecológicas	313	265	499	515
. Intervenciones Qx Neonatal	256	176	155	130
Cirugías Programadas	597	1473	2044	2385
. Intervenciones Obstétricas	389	898	1094	1286
. Intervenciones Ginecológicas	163	508	882	1029
. Intervenciones Qx Neonatal	45	67	68	70

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En el total de intervenciones quirúrgicas por cada una de las principales UPSS podemos observar tendencia poco variable de las cirugías obstétricas y disminución de las pediátricas, en comparación a la tendencia de incremento de las cirugías ginecológicas.

Gráfico 29. Número de intervenciones quirúrgicas por tipo y tendencia. INMP 2021-2024



El incremento persistente de las cirugías ginecológicas debe ser considerado en la programación de necesidades de centro quirúrgico para los siguientes años. La tendencia a la disminución de cirugía pediátrica requiere elaborar estrategias para su mejora u otra opción para resolver los problemas quirúrgicos en niños.

3.1.6 ATENCIÓN POR LA UPSS DE CENTRAL DE PARTOS

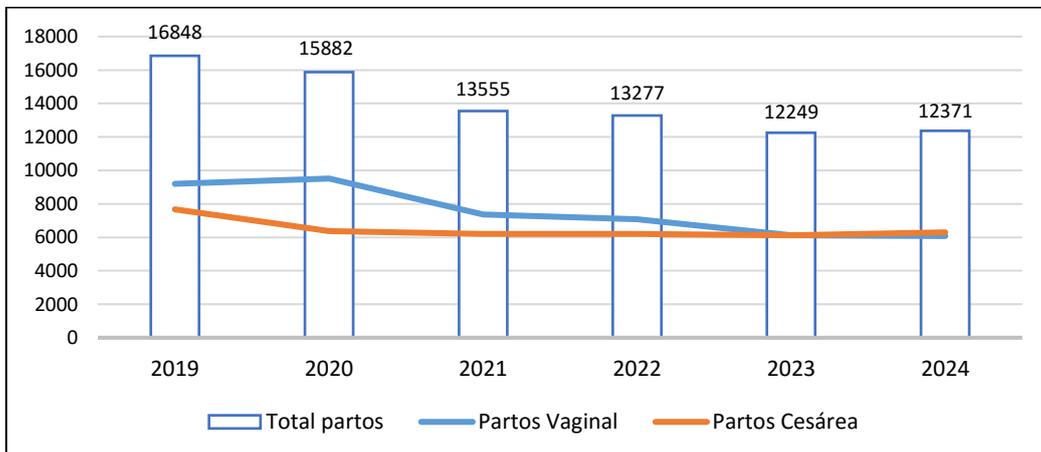
En referencia a la atención de partos, el número atendido de partos en el 2024 es similar al 2023, lo que le da estabilidad a la curva de descenso de los años anteriores. De igual manera el porcentaje de cesáreas supera el 50% de las formas de culminación del embarazo, esto puede explicarse con el tipo de riesgo de las pacientes que son derivadas a la institución.



Gráfico 30. Nacimientos según la culminación del embarazo. INMP 2019-2024

PARTOS Y NACIMIENTOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Partos Vaginal	9192	9516	7361	7082	6128	6077
Partos Cesárea	7672	6366	6194	6195	6121	6294
Total	16848	15882	13555	13277	12249	12371

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal



Como evidencia de los pacientes de alto riesgo atendidos en el INMP, tenemos que en Lima metropolitana nacieron 99,137 niños, de los cuales 1,190 fueron menores a 1,500 gr; si consideramos estas cifras y teniendo en cuenta que las pacientes que acuden al INMP proceden mayoritariamente de Lima Metropolitana, el 22% de la población de menores de 1,500 gr está siendo atendida en el Instituto, población con altos índices de morbilidad y mortalidad, y que tienen prolongada estancia en los servicios de alto riesgo de neonatología.

Tabla 22. Recién nacidos de muy bajo peso comparativo, Lima Metropolitana e INMP. 2024

	Nacimientos	Menores de 1500 gr
Lima Metropolitana	99,137	1,190
INMP	12,371	265

La atención de partos en general ha estabilizado la tendencia de descenso evidenciado en la última década, habiéndose aumentado los nacimientos por cesáreas. Las características de riesgo de las pacientes atendidas y sus recién nacidos también se ha incrementado por lo que las funciones del personal deben estar bien dirigidos a la atención de la gestante con riesgo y partos prematuros o inmaduros

3.1.7 ATENCIÓN EN LA UPSS DE EMERGENCIA

En la UPSS de emergencia ginecoobstétrica las prioridades tipo I (Gravedad extrema súbita) representó el 0.17% de las atenciones mientras las de tipo II (Urgencia mayor) el 5.2%, la patología común (prioridad IV) representa el 60.3% del total pacientes ginecoobstétricas atendidas por emergencia. En el área de emergencia pediátrica la prioridad I representó el 0.50% y la prioridad II el 5.16%, mientras que la prioridad IV 65.6% del total de niños atendidos por emergencia.

Tabla 23. Atenciones según prioridades en servicio de emergencia. INMP 2024

MES	GÍNECO-OBSTETRICIA				PEDIATRÍA			
	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV
Enero	8	99	1,030	3,760	2	1	53	158
Febrero	0	183	886	3,510	0	15	25	125
Marzo	14	261	1,607	3,085	0	21	29	109
Abril	8	224	1,220	3,350	0	7	37	142
Mayo	12	215	2,056	2,345	1	9	72	116
Junio	8	230	1,498	2,832	0	16	35	134
Julio	7	148	1,604	3,246	1	7	72	161
Agosto	11	179	2,092	2,432	1	8	61	114
Septiembre	6	456	1,808	2,320	1	3	66	115
Octubre	9	349	2,067	2,100	0	14	84	83
Noviembre	1	239	2,103	2,030	5	5	61	82
Diciembre	9	343	1,342	2,970	0	8	39	111
TOTAL AÑO	93	2,926	19,313	33,980	11	114	634	1,450
PORCENTAJE	0.17%	5.20%	34.30%	60.34%	0.50%	5.16%	28.70%	65.64%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

La calificación de prioridades en el Servicio de Emergencia y las acciones subsiguientes deben ser analizadas y adecuadas a la población obstétrica, involucrando la calificación del alto riesgo obstétrico dentro de las condiciones a evaluar para el manejo dentro del Instituto. Los hallazgos pueden estar relacionados a un inadecuado sistema de referencia y contrareferencia.

3.1.7 ATENCIÓN POR LAS UPSS DE APOYO

BANCO DE LECHE HUMANA

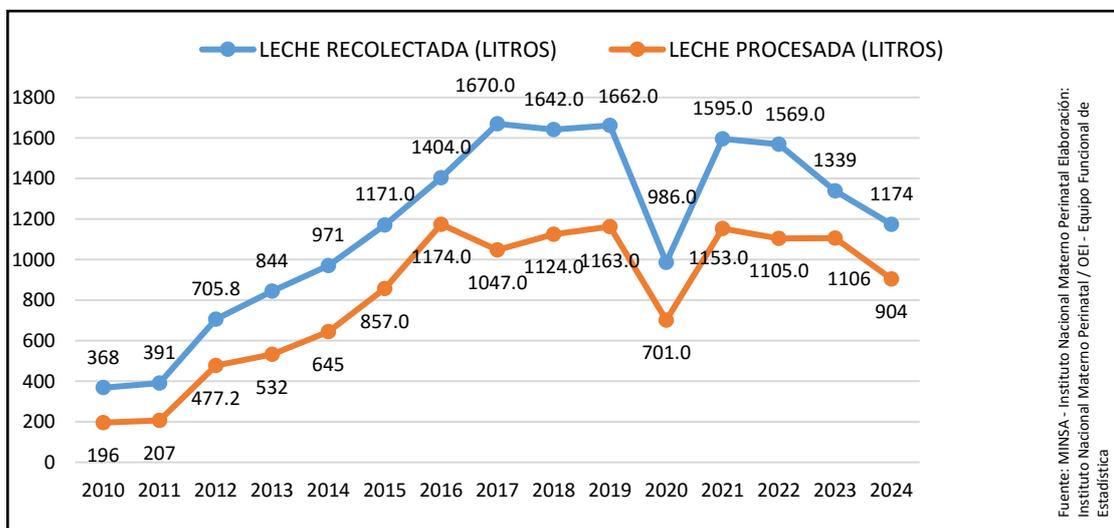
El Banco de Leche Humana BLH del Instituto Nacional Materno Perinatal, es el BLH Referencial en el País, catorce años al servicio de los pacientes, desde su implementación el 10 de octubre del 2010, ha beneficiado con leche humana pasteurizada segura a miles de bebés prematuros, bebés post operados y críticamente enfermos gracias a la donación del excedente de leche humana de madres que dan de amamantar.



El BLH, tiene tres grandes procesos, desde la Procura con el acopio y la captación de donantes sigue un estricto protocolo, así como el Procesamiento y Pasteurización de la leche donada, finalizando con el Fraccionamiento y Distribución de la leche pasteurizada, a los servicios de Hospitalización para su administración al bebé que por prescripción médica requiere leche humana donada pasteurizada. Hasta el 2024, el BLH ha logrado recolectar 17,491.8 litros de leche humana donada para luego pasteurizarla y suministrarla de manera segura a los bebés que nacieron pesando menos de 1,500 gramos, así como aquellos recién nacidos con patología quirúrgica gastrointestinal, o niños críticamente enfermos.

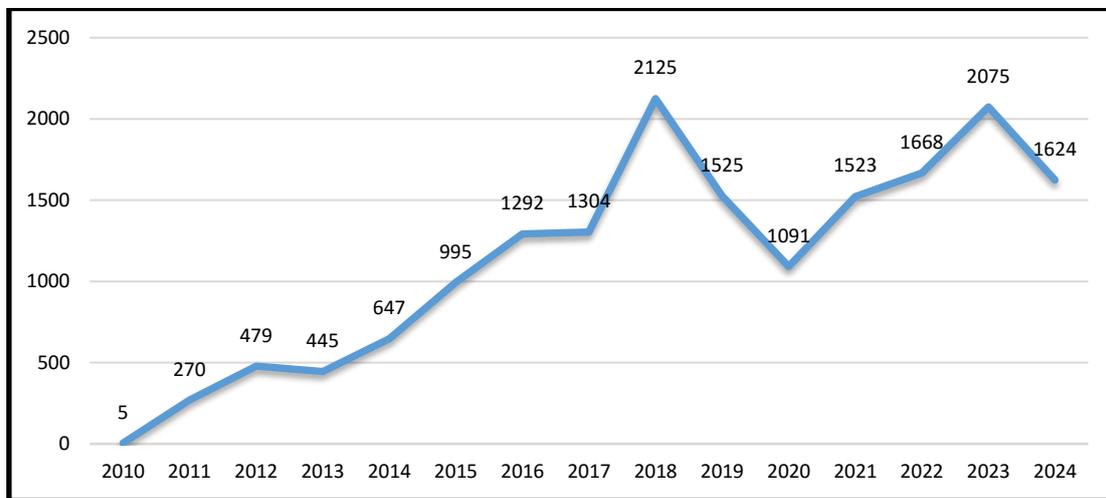
Desde el 2010 la cantidad de leche recolectada ha ido en ascenso pasando de 368 litros en el 2010 a 1,662 para el año 2019, sin embargo, para el año 2020 hubo una disminución a 986 litros debido a la pandemia por COVID-19. Así mismo, esto ha repercutido en el aumento de la leche procesada de 196 litros a 1,123 litros en el 2019, y en el 2020, 701 litros. Sin embargo, para el año 2024 la cifra aumento a 1174 litros de leche recolectada y a 904 litros de leche procesada.

Gráfico 31. Producción del Servicio de Banco de Leche Humana. INMP 2010 - 2024



Durante el tiempo de funcionamiento del BLH del INMP, se han beneficiado 17068 recién nacidos, sobre todo los niños prematuros de bajo peso, niños con patología quirúrgica gastrointestinal, independiente de su peso, entre otros; estamos en proceso de recuperación post pandemia tanto en recolección como en número de beneficiarios.

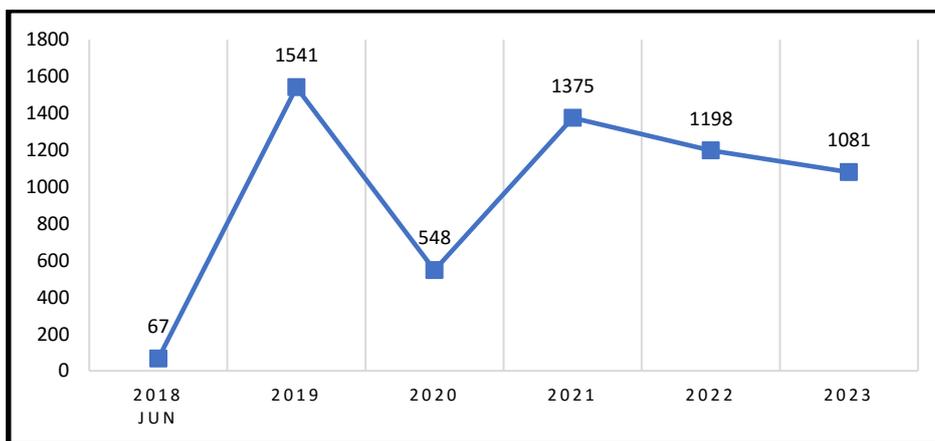
Gráfico 32. Beneficiarios del Banco de Leche Humana. 2010-2024



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal / OEI - Equipo Funcional de Estadística

Aspectos importantes de la labor en el área de Procura del BLH del INMP, son el trabajo que se realiza para la extracción de leche autóloga, que es la leche de la propia madre para su bebe hospitalizado dirigido a menores de 1,500 gr. pacientes quirúrgicos o prematuros; y la “calostroterapia” la que consiste en extraer el calostro de la madre en las primeras horas después del nacimiento y entregarla al prematuro como parte de su “terapia inmunológica” por las propiedades que tiene.

Gráfico 33. Pacientes atendidos con calostroterapia en el INMP. 2018-2024



El Banco de Leche Humana es un referente nacional y latinoamericano, se constituye como una fortaleza en el manejo de los prematuros y recién nacidos post quirúrgicos

TAMIZAJE NEONATAL

Tamizaje Neonatal es un Programa de Salud Pública orientado a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades congénitas tanto hormonales, metabólicas, infecciosas y de diferente etiología. En octubre de 2003, el INMP crea su Programa de Tamizaje Neonatal, constituyéndose en el primer centro estatal en realizar el servicio de tamizaje neonatal.



Hasta la fecha (año 2024) hemos tamizado 820,625 de los cuales son: 319,120 pacientes tamizados en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y 501,505 de diferentes regiones.

Dentro de los pacientes tamizados en el INMP se han logrado identificar 165 pacientes positivos para alguna de las enfermedades que son estudiadas en el paquete de tamizaje neonatal.

Dentro de los pacientes tamizados en el INMP se han logrado identificar 170 pacientes positivos para alguna de las enfermedades que son estudiadas en el paquete de tamizaje neonatal.

Tabla 24. Frecuencia de neonatos tamizados. INMP. 2018-2024

Año	Muestras
2018	16,972
2019	16,220
2020	12,967
2021	12,561
2022	12,466
2023	11,706
2024	11,671
Total	94,563

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

Desde el 2018 al 2024, se han tamizado a 94,563 neonatos en el Instituto, detectándose en este periodo 37 casos de hipotiroidismo congénito, 7 casos de hiperplasia suprarrenal congénita, 1 caso de fenilcetonuria y 7 casos fibrosis quística

Tabla 25. Casos detectados con enfermedades metabólicas. Tamizaje neonatal INMP 2018-2024

TIPO DE PATOLOGIA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hipotiroidismo Congénito (TSH+)	3	8	3	6	6	7	4
Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17 OHP+)	2	2	1	1	0	0	1
Fenilcetonuria (PKU+)	0	1	0	0	0	0	0
Fibrosis Quística (IRT)	1	5	0	0	0	1	0

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

Hasta el año 2024 en el INMP, la detección de Hiperplasia Suprarrenal Congénita fue irregular durante los años de tamizaje neonatal obteniendo una incidencia de 1/21274 rnv; para el caso de fenilcetonuria el marcador se analizó regularmente durante los años 2003 a 2009 y del 2016 a 2024 presentando una incidencia de 1/76087 rnv. Se han identificado a 131 casos positivos de alteraciones metabólicas congénitas procedentes de las diferentes regiones que remiten sus muestras al INMP desde 2003 al 2023. La Fibrosis Quística fue incorporada al tamizaje institucional en el 2017, mostrando aún una incidencia de 1/13891 rnv. En el caso de Hipotiroidismo Congénito presento una incidencia de 1/2216 rnv.

Hasta diciembre 2024, 915 instituciones del país remitieron sus muestras de tamizaje neonatal para ser procesadas en nuestra institución y poder realizar un diagnóstico oportuno.

Las regiones que tuvieron pacientes positivos detectados por el tamizaje neonatal recibieron asistencia técnica en conjunto con el MINSA, en las regiones de norte y centro del país

Tabla 26. Pacientes positivos detectados por Tamizaje Neonatal nivel nacional 2018 – 2024

LUGAR/AÑO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
LIMA	6	16	4	7	6	8	5
OTRAS REGIONES	10	14	11	28	13	25	64

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En el INMP, realizamos tamizaje de hipoacusia neurosensorial en cumplimiento de la Ley N° 29885. Además del Tamizaje Cardíaco. Desde el año 2018, hemos logrado implementar el tamizaje auditivo y tamizaje cardíaco, sin embargo, debemos seguir mejorando la cobertura; así como del Tamizaje de Catarata Congénita iniciado en el año 2022.

Tabla N° 27. Pacientes tamizados por tipo de tamizaje. INMP 2018 – 2024

TAMIZAJE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
AUDITIVO	584	5142	4218	3105	4872	3196	5869
CARDIACO	1441	8902	8149	8946	3612	8075	8297
CATARATA					2991	5018	6349

El Programa de Tamizaje Neonatal tiene el encargo ministerial de procesar las pruebas realizadas en diferentes Regiones del país, por lo tanto, para cumplir con este compromiso requiere ser fortalecido. Mientras tanto se encuentra en desarrollo lo relacionado a tamizaje auditivo, cardíaco y de catarata congénita

MEDICINA REPRODUCTIVA

La infertilidad es considerada un problema de Salud Pública y una enfermedad que altera el equilibrio biopsicosocial que afecta entre el 15% y 20% de las parejas en edad reproductiva, por este motivo la UPSS de Medicina Reproductiva, brinda diferentes tratamientos de baja y alta complejidad para solucionar este problema, para lo cual cuenta con laboratorio especializado de andrología y de gametos y embriones. En el laboratorio de andrología se observa un incremento constante desde el 2022, del número de espermogramas realizados y la capacitación de FIV-ICSI; igualmente en el laboratorio para embriones para el 2024 se incrementó la fecundación in vitro, la transferencia embrionaria diferida, la vitrificación y desvitrificación de embriones.

Tabla 28. Producción de laboratorio especializado Medicina Reproductiva 2021-2024

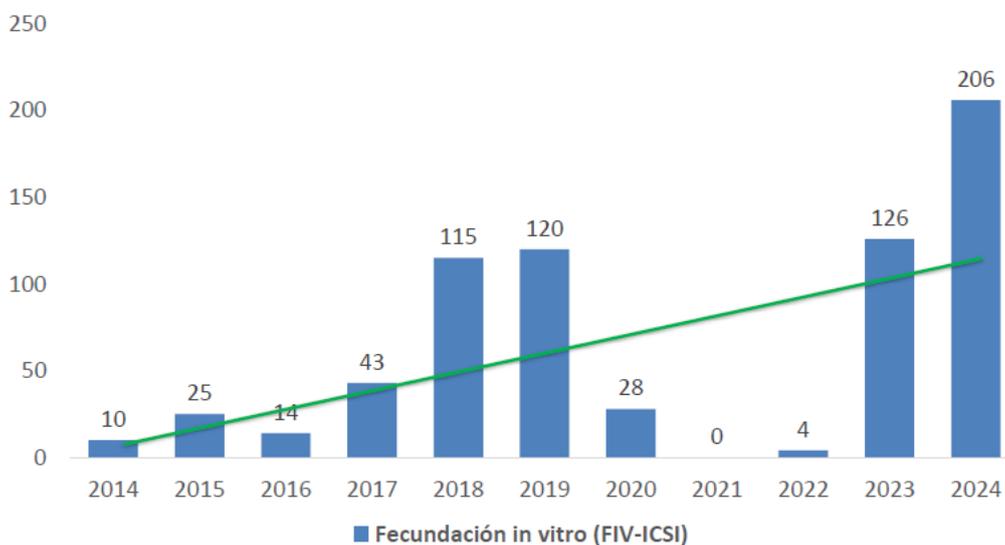
PROCEDIMIENTOS	2021	2022	2023	2024
TOTAL	403	732	1,367	1,762
Laboratorio de andrología				
Espermatograma	319	443	618	702
Capacitación IIU	84	227	199	190
Capacitación FIV- ICSI	-	4	126	204
Laboratorio de gametos y embriones				
Fecundación in vitro-inyección esperm. intr.	-	4	126	206
Transferencia embrionaria fresco	-	-	20	30
Transferencia embrionaria difererida	-	26	92	135
Vitrificación ovocitos	-	-	2	-
Vitrificación de embriones	-	2	91	149
Desvitrificación de embriones	-	26	93	146

Fuente: Servicio de Medicina Reproductiva del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

La producción de este trabajo podemos observar un incremento de la producción de la fertilización in vitro mediante inyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV-ICSI) en un 63% con respecto al año anterior con una tendencia al incremento.

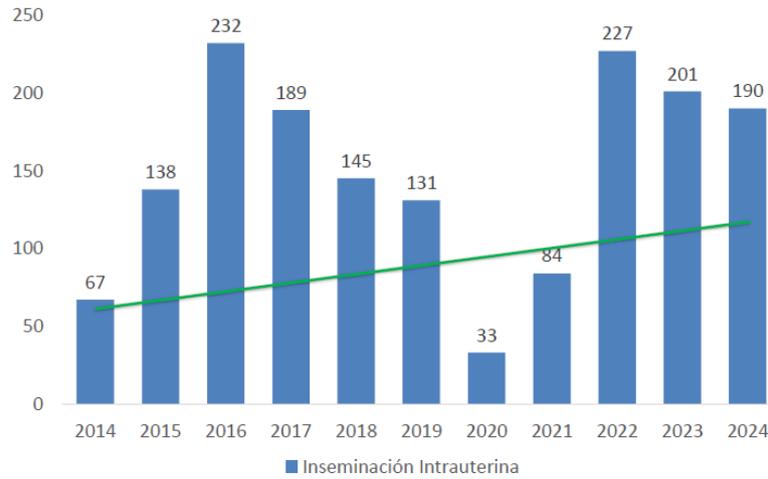
Gráfico 34. Producción de fertilización in vitro 2014-2024. INMP



Fuente: Servicio de Medicina reproductiva

Mientras que la inseminación intrauterina tiene una tendencia a la disminución en los últimos 2 años

Gráfico 35. Producción de inseminación intrauterina 2014-2024. INMP



Fuente: Servicio de Medicina reproductiva

Los resultados esperados de los tratamientos empleados se traducen en la tasa de embarazos encontrados, así tenemos que los embarazos por transferencias embrionarias (en fresco y diferidas) superan el 40% entre las pacientes menores de 40 años, indicador similar a los encontrados en la experiencia de Centros de Infertilidad Europeos

Tabla 29. Tasa de embarazo por transferencias embrionaria TED-TEF. INMP 2024

Grupo Etario	Número total Transfer	Embarazos Totales	Tasa de embarazos
<35	56	23	41.1%
35-39	75	34	45.3%
≥40	34	6	17.6%
TOTAL	165	63	38.2%

Fuente: Servicio de Medicina reproductiva

Mientras que las tasas de embarazo por inseminación intrauterina en menores de 40 años se encuentran alrededor de 20%

Tabla 30. Tasa de embarazo por inseminación intrauterina. INMP 2024

Grupo Etario	Numero de Procedimientos	Embarazos	Tasa de embarazo
<35	52	12	23%
35-39	97	16	16%
≥40	35	4	11%
TOTAL	184	32	17%

Fuente: Servicio de Medicina reproductiva

La producción del servicio especializado de medicina reproductiva permite visualizar el ascenso del requerimiento de la población de esta subespecialidad por lo que debe continuarse con su fortalecimiento, considerando que el INMP es el único hospital del estado que brinda este servicio a la población.

BANCO DE SANGRE

El Banco de Sangre institucional provee las necesidades de sangre y sus derivados a las UPSS de neonatología, para aquellas patologías relacionadas a trastornos de la coagulación o incompatibilidades sanguíneas, y de ginecoobstetricia donde uno de los principales problemas es el manejo de la morbilidad materna extrema cuya principal causa es la hemorragia

Tabla 31. Producción de Banco de Sangre. INMP 2020 - 2024

INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024
PROCEDIMIENTOS					
Grupo en placa de donantes	4,658	4,672	6,558	6611	6146
Hematocrito de donantes	4,634	4,664	6,513	6516	6034
Pruebas inmunoserológicas coombs directo (gest, donan, ne)	715	522	748	706	681
Pruebas inmunoserológicas coombs indirecto (gest, donan, ne)	374	1,088	1,406	478	219
Tamizaje serológico (07 pruebas donantes)	3,356	3,458	4,454	4202	4179
Grupo celular y sérico en tubo	3,356	3,458	4,454	4202	4169
Pruebas pre-transfusionales: grupos sanguíneos en tubo de pacientes	1,592	1,506	1,690	1588	1518
Pruebas pre-transfusionales: pruebas cruzadas	6,925	8,088	10,429	9971	9913
Producción de unidades de paquete globular	3,306	3,423	4,431	4172	4131
Producción de otros paquetes (PPC, plaquetas, crioprecipitado)	6,366	6,811	8,752	8229	8620
Transfusión de paquete globular (PG)	2,979	2,900	3,290	2802	2672
Transfusión de otros paquetes (PPC, plaquetas, crioprecipitado)	3,184	2,400	2,896	2535	1882
Verificación de RH y fenotipo	423	465	431	384	372
Sangre reconstituída para exanguin-transfusión	8	16	10	14	12
Transfusión autóloga (depósito previo)	0	0	0	0	0
Plaquetaféresis	16	0	0	0	0
TRANSFUSIONES REALIZADAS					
Atenciones					
Tranfusiones de recién nacidos	1,879	1,661	1,990	2,188	2,068
Tranfusiones de adultos	4,062	3,668	4,034	2,679	2,852
Atendidas					
Tranfusiones de recién nacidos	664	664	722	836	687
Tranfusiones de adultos	874	833	971	1,028	835

Fuente: Base de Datos de Laboratorio - Banco de Sangre del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

El complemento del banco de sangre en la atención especializada en neonatología y en el manejo de morbilidad materna extrema, conforme lo muestran los indicadores respecto, es muy importante en el Instituto, por lo que debe buscarse su desarrollo con la implementación y mantenimiento de su equipamiento .

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ESPECIALIZADA

La Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada cuenta funcionalmente con 2 subunidades: Desarrollo de Investigación y Docencia Especializada

Desarrollo de la Investigación

En el área de investigación, como parte de la misión del Instituto, las publicaciones en la revista Institucional reflejan los esfuerzos para su promoción dentro de los profesionales de la salud que trabajan en el campo de la gineco-obstetricia y neonatología, para el 2024 se observa un incremento de los artículos publicados, 2 de ellos internacionales.

Tabla 32. Publicaciones Revista Peruana de Investigación, 2019 – 2024

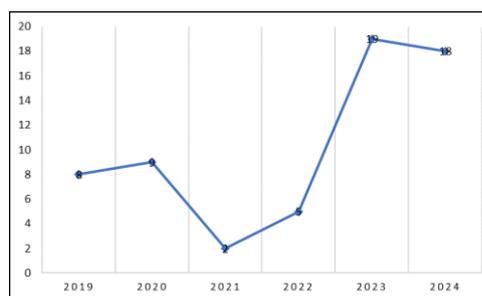
AÑO	PROYECTOS PREGRADO	PROYECTOS POST GRADO	PROYECTOS INSTITUCIONALES	PROYECTOS COLABORATIVOS	INTERNACIONAL	TOTAL
2019	38	19	16	0	0	73
2020	14	13	20	0	0	47
2021	26	9	17	3	0	55
2022	27	16	19	6	0	68
2023	37	9	26	1	2	75
2024	47	7	23	1	0	78

Fuente: Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Docencia e Investigación Especializada

De igual manera se observa que para el 2024 existe un incremento de las investigaciones institucionales que son publicadas en otras revistas indexadas.

Gráfico 36. Publicaciones de investigaciones institucionales en revistas indexadas, 2019 – 2024

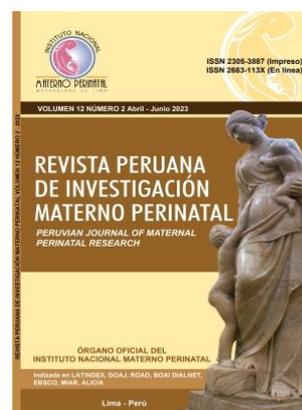
AÑO	Nº DE PUBLICACIONES
2019	8
2020	9
2021	2
2022	5
2023	19
2024	18



Fuente: Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Docencia e Investigación Especializada

La Revista Peruana de investigación Materno Perinatal (Rev. Peru. Investig. Matern. Perinat. ISSN 2663-113X) es el órgano oficial de difusión científica del Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual tiene como objetivo difundir la producción científica de la especialidad Materno Perinatal /Neonatal y de salud sexual y reproductiva entre sus integrantes, profesionales interesados y otras especialidades afines. La Revista se encuentra indexada en LATINDEX, DOAJ, DIALNET, ALICIA entre otras.

Para el 2024 se publicaron 4 números con un total de 18 artículos originales.



Docencia Especializada

El INMP realiza actividades de docencia para profesionales de la salud en las diferentes especialidades médicas a nivel inter e intra institucional. Además, fomenta el desarrollo académico entre el instituto y las universidades mediante la suscripción de convenios docente

asistenciales para lograr la formación de profesionales de las ciencias de la salud. En el año 2024 se desarrollaron eventos académicos dirigidos a profesionales de la Institución y de otros establecimientos de salud con temas relacionados a la salud neonatal que contó con la participación de 803 profesionales. Tabla 29

Tabla 37. Cursos dirigidos a profesionales. INMP 2024

N°	N° de participantes	Tema
1	157	Atención inmediata complicado.
2	188	Emergencias obstétricas
3	458	Jornada internacional Materno Perinatal
TOTAL	803	

El modelo del Sistema de Capacitación Personalizada en Salud Materno Neonatal (SICAP), es un sistema con más de 20 años de experiencia en la capacitación académica a nivel nacional, cuya característica principal es entregar una capacitación altamente personalizada partiendo de las necesidades reales del establecimiento de salud en cuanto a la mejora del desempeño por parte de los participantes que busca la formación de profesionales de la salud líderes en el campo de la Salud Reproductiva y Perinatal.

Como sede docente el INMP tiene residentes propios y residentes rotantes, para el 2024 ingresaron como residentes propios: 15 de ginecoobstetricia, 12 de neonatología y 8 de anestesiología

La investigación y la docencia son dos funciones misionales que el INMP viene cumpliendo en el marco de la Misión y Visión al Bicentenario. La generación de herramientas innovadoras en el campo de la capacitación o atención, son parte de las acciones centrales de un Instituto Especializado como el INMP, por lo que se debe impulsar la promoción de las investigaciones institucionales y colaborativas en el campo de la salud de la mujer, perinatología y neonatología, fortaleciendo las herramientas de capacitación nacional como el SICAP.

TELESALUD

La Telesalud es una estrategia de prestación de servicios de salud, cuya finalidad es mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación en el sistema nacional de salud. Sus componentes son la Telemedicina, Telecapacitación, Telegestión y TeleIEC, amplía su ámbito no solo a la de atención médica a distancia sino a la capacitación del personal, gestión y educación a la población.



El INMP cuenta con la Unidad Funcional de Telesalud desde el 2007 cuando inicia con la incorporación de capacitaciones a distancia (Telecapacitación), a través de la implementación de su Sistema de Capacitación Virtual; y desde noviembre de 2009, inicia la implementación del proyecto de Telemedicina Asistencia Técnica Virtual en cuidados Críticos Neonatales. Para el 2024 la Unidad Funcional de Telesalud realizó 558 teleconsultas, 9 capacitaciones con 564 profesionales capacitados y 3 actividades de teleeducación.

Tabla 34. Producción de Telesalud. INMP 2024

Nº	EJE DE DESARROLLO DE TELESALUD	ACTIVIDAD OPERATIVA	RESULTADO
1	Telemedicina	Teleinterconsultas	558
3	Telecapacitación	Telecapacitaciones	4
4		Elaboración y ejecución de cursos Virtuales al personal asistencial externo e interno	9
5		Capacitación de Personal asistencial de cursos virtuales	564
6	Tele gestión	Convenios específicos de Telesalud	1
8	Tele Información, Educación y Comunicación	Tele IEC	3

Fuente: Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Docencia e Investigación Especializada

La Telesalud es un importante servicio para la atención de pacientes y capacitación del personal de salud que tuvo su mayor desarrollo durante la epidemia del COVID-19 en diversas regiones. El Instituto debe fortalecer sus acciones ya que por este medio se pueden disminuir las referencias inadecuadas, el manejo inicial de morbilidades que pongan en peligro la vida de los pacientes, el adecuado traslado, entre otras cosas.

III.2 ANÁLISIS FINANCIAMIENTO

El Seguro Integral de Salud (SIS) se encarga, de proteger financieramente todo el proceso de gestación, el parto y el puerperio respectivo, garantizando que el embarazo se desarrolle de forma normal, sin complicaciones, para que la gestante llegue en condiciones óptimas al momento del parto.

Toda gestante que no tenga un seguro de salud, por norma expresa, es afiliada automáticamente al SIS. Lo puede hacer en cualquier etapa de la gestación, incluso al momento del parto. No tiene ninguna restricción ni período de carencia.

El SIS cubre todas las ecografías, exámenes hematológicos, controles periódicos, la atención, exámenes médicos, medicamentos y procedimientos que requieren las mujeres durante su embarazo, además del parto y posibles complicaciones que se pueda dar durante el alumbramiento. También financia las atenciones durante el puerperio.

Los Recursos Directamente Recaudados, que servían para gestionar algunas debilidades en la atención de los pacientes, actualmente son enviados a nivel central y por lo tanto los Servicios de Salud no disponen de dichos montos.

En el 2024 el 99.9% de las pacientes hospitalizadas fueron financiadas por el SIS, y el 0.1% cubrieron sus costos mediante gasto de bolsillo. Para esto, el SIS realizó la transferencia de S/. 29, 008, 629.00 y por FISSAL S/.291, 619.00 aunado al saldo del balance anterior de S/.897, 566.00, de lo cual se ejecutó S/. 29,050,932.00 que equivalen a 96.20%.

Tabla 35. Fuente de financiamiento de pacientes hospitalizadas. INMP 2023

FINANCIAMIENTO HOSPITALIZACIÓN	TOTAL ABSOLUTO	TOTAL PORCENTAJE
TOTAL	15330	100%
Particular y otros	11	0.1%
SIS	15319	99.9%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del INMP.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del INMP.

Los aspectos financieros referentes a la atención de la gestante y del recién nacido están cubiertos por el SIS. La escasez y la limitación en la gestión de los recursos directamente recaudados no permite invertir en aspectos dirigidos a la mejora de la calidad de atención de nuestros pacientes

III.3 REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

La Gestión de Referencias y contrareferencias, está a cargo de la Unidad del Sistema de Referencias y Contrareferencias del INMP, la Referencia es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

El INMP durante el 2024 recibió 2,418 solicitudes de referencias, el 78% de Establecimientos de Salud II-2 y II-1. Tabla 36

Tabla 36. Referencias solicitadas según establecimiento de procedencia. INMP 2024

Categoría de Establecimiento	N°	%
I-1	0	0.00%
I-2	1	0.04%
I-3	15	0.62%
I-4	51	2.11%
II-1	753	31.14%
II-2	1129	46.69%
II-E	0	0.00%
III-1	427	17.66%
III-2	17	0.70%
III-E	9	0.37%
PH	2	0.08%
S/C	14	0.58%
TOTAL	2418	100.00%

Fuente: Base de datos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del INMP

El mayor porcentaje de referencias solicitadas se trataron de gestantes con riesgo de parto prematuro, gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo y neonatos que requerían atención especializada.

Tabla 37. Referencias solicitadas según grupo de patologías. INMP 2024

DEMANDA SEGÚN PATOLOGIA	N°	%
Amenaza de Parto Pretérmino	489	20.22%
Otras Patologías	413	17.08%
Preeclampsia severa/ Eclampsia/Sind. HELLP	395	16.34%
Síndrome Distrés Respiratorio del RN	357	14.76%
Ruptura Prematura Membranas	262	10.84%
Embarazo Múltiple	132	5.46%
Placenta Previa	93	3.85%
Oligohidramnios	89	3.68%
Trabajo de Parto Pretérmino	43	1.78%
Sepsis Neonatal	35	1.45%
Shock Hipovolémico /Séptico/ Cardiogénico	31	1.28%
Polhidramnios	24	0.99%
Aborto	18	0.74%
Malformaciones Congénitas	12	0.50%
Trabajo de Parto a término	7	0.29%
Desproporción Céfalo Pélvica	7	0.29%
Sepsis Puerperal	7	0.29%
Amenaza de Aborto	4	0.17%
TOTAL	2418	100

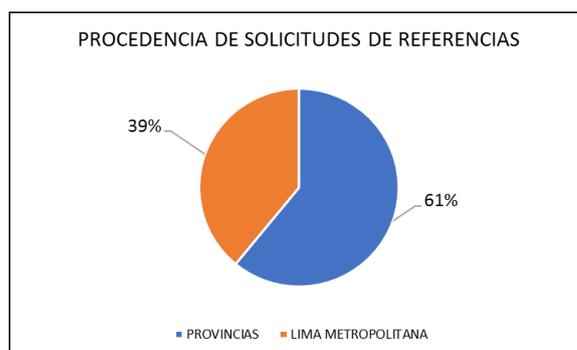
Fuente: Base de datos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del INMP

La procedencia de las solicitudes el 61% fue de provincias (1,474), la mayoría de Ica, Lima Provincias, Ancash y Huánuco, y 39% de Lima, la mayoría procedente de la DIRIS Lima Ciudad.

El número total de referencias aceptadas durante el 2024 fueron 212 de las 2,418 solicitadas lo que representó el 8.8% de ellas, el mismo porcentaje fue diferenciando provincias con Lima metropolitana. El rechazo de las referencias se debió a la falta de capacidad hospitalaria y por solicitudes que no correspondían al nivel de atención.

Gráfico 38. Porcentaje de solicitudes de transferencias recibidas. INMP 2024

PROCEDENCIA	RECIBIDA	ACEPTADA	%
DIRESA AMAZONAS	98	3	3.1
DIRESA ANCASH	162	32	19.8
DIRESA APURIMAC	25	0	0.0
DIRESA AYACUCHO	19	1	5.3
DIRESA CAJAMARCA	6	0	0.0
DIRESA CALLAO	70	2	2.9
DIRESA CUSCO	4	3	75.0
DIRESA HUANCAMELICA	36	3	8.3
DIRESA HUANUCO	133	5	3.8
DIRESA ICA	192	24	12.5
DIRESA JUNIN	160	14	8.8
DIRESA LA LIBERTAD	1	1	100.0
DIRESA LAMBAYEQUE	30	0	0.0
DIRESA LIMA PROVINCIA	184	21	11.4
DIRESA LORETO	20	1	5.0
DIRESA MOQUEGUA	5	0	0.0
DIRESA PASCO	55	2	3.6
DIRESA PIURA	135	4	3.0
DIRESA PUNO	11	0	0.0
DIRESA SAN MARTIN	48	7	14.6
DIRESA TACNA	1	1	100.0
DIRESA TUMBES	49	4	8.2
DIRESA UCAYALI	30	1	3.3
DISA LIMA CIUDAD	349	46	13.2
DISA LIMA ESTE	365	30	8.2
DISA LIMA SUR	230	7	3.0
TOTAL	2418	212	8.8



Fuente: Base de datos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del INMP

La demanda de referencias al Instituto a nivel nacional es alta y el porcentaje de aceptación es muy baja por lo que es necesario replantear el sistema de referencias nacional de tal manera que mejore su gestión en beneficio de la atención materna y neonatal

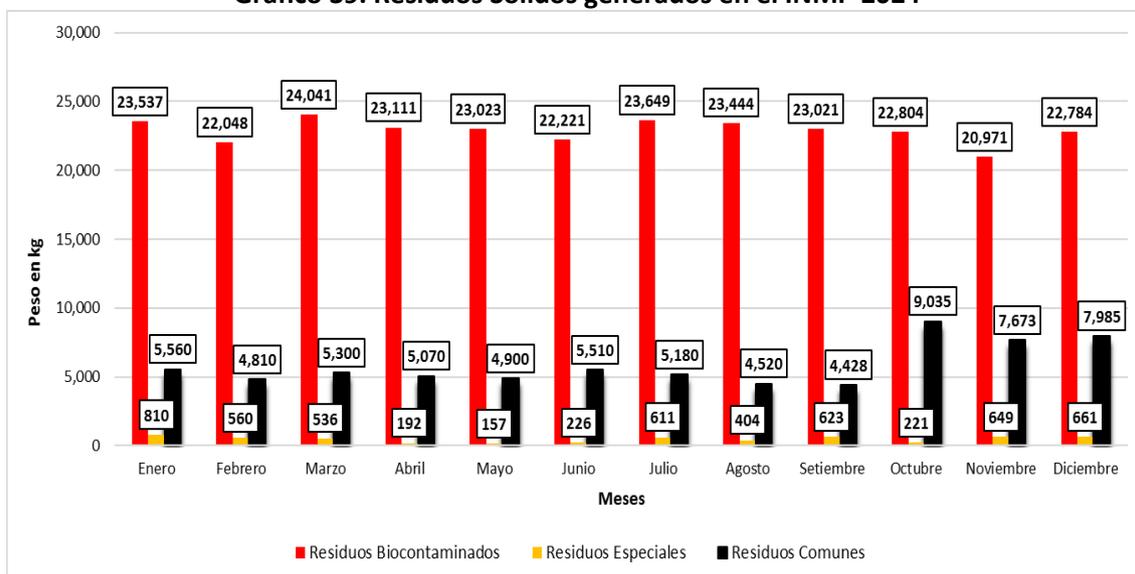
III.4 SANEAMIENTO AMBIENTAL

Las funciones de limpieza y manejo de residuos sólidos están a cargo del Consorcio: Aseo-Negliaf, y el traslado de residuos por la empresa Global SIMED. Las acciones de vigilancia de la gestión de residuos sólidos son realizadas por el área de Salud Ambiental de la Oficina de Epidemiología quienes además se encargan de la vigilancia del Control de calidad del agua para consumo humano, control de calidad de aire, control de vectores, desinfección ambiental y control de alimentos.

3.4.1 Vigilancia del Manejo de Residuos Sólidos:

Con respecto a los residuos peligrosos, de enero a diciembre del año 2024, se ha registrado un total de 274,653.00 kg entre residuos sólidos biocontaminados y punzocortantes y 5,650.00 kg de residuos especiales. En el caso de los residuos comunes, la cantidad registrada fue un total de 69,971.00 kg (Gráfico 39).

Gráfico 39. Residuos Sólidos generados en el INMP 2024



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

El 78 % de los residuos corresponde a biocontaminados, seguido por un 20% de residuos comunes y 2% de residuos especiales.

3.4.2 Vigilancia de la calidad de agua:

COLOR RESIDUAL

Este parámetro determina la eficacia en la desinfección realizada en el agua, porque es el remanente de cloro que ha quedado disponible en el agua, después de su desinfección.

Se debe cumplir con el límite permitido, donde la concentración no debe ser menor de 0.5 mg/L, pero tampoco mayor de 5 mg/L, según lo indica el D.S. N°031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

La tabla 38, nos muestra la cantidad promedio de cloro residual de enero a diciembre de 2024.

Tabla 38. Promedio de cloro residual en el agua mensualizado. INMP 2024

N°	Abastecimiento:	Servicio/Área	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Promedio anual
			LMiP: >0.5												
1	Reservorio	Reserv. Patio de Comidas	0.66	0.76	0.80	0.67	0.76	0.81	0.86	0.99	0.63	0.64	0.73	0.62	0.74
2	Salida de reservorio	Of. Servicios Generales	0.33	0.46	0.38	0.49	0.57	0.55	0.58	0.58	0.39	0.38	0.51	0.32	0.46
3	Reservorio	Reserv. Perú Japón	0.86	0.80	0.77	0.88	0.81	0.87	0.92	1.15	0.64	0.73	0.81	0.55	0.82
4	Servicio de atención/ Salida de reservorio	Centro Obstétrico	0.74	0.77	0.75	0.79	0.77	0.80	0.88	0.86	0.75	0.80	0.89	0.70	0.79
5	Reservorio	Reserv. Residencia Médica	0.26	0.29	0.34	0.53	0.50	0.46	0.55	0.55	0.35	0.39	0.49	0.22	0.41
6	Salida de reservorio	Residencia Médica	0.04	0.23	0.15	0.32	0.20	0.30	0.48	0.57	0.04	0.16	0.08	0.08	0.22
7	Reservorio	Reserv. Laboratorio	0.16	0.33	0.25	0.23	0.14	0.38	0.49	0.54	0.16	0.39	0.42	0.13	0.30
8	Salida de reservorio	Laboratorio	0.09	0.14	0.24	0.09	0.07	0.27	0.39	0.51	0.19	0.35	0.38	0.08	0.23
9	Reservorio	Reserv. Monoblock	0.54	0.63	0.59	0.63	0.58	0.77	0.74	0.73	0.53	0.53	0.56	0.42	0.60
10	Salida de reservorio	Hospitalización C	0.52	0.58	0.55	0.59	0.55	0.70	0.68	0.63	0.59	0.67	0.69	0.58	0.61
11	Red pública	Consultorios de Pediatría	0.97	0.98	0.88	1.01	0.88	1.04	0.99	0.95	0.91	1.08	0.91	0.78	0.95
12	Red pública	Consultorios Externos	0.88	0.90	0.83	0.92	0.89	0.87	0.97	1.00	0.93	0.98	0.91	0.87	0.91
13	Red pública	Farmacia Central	0.93	0.89	0.84	0.96	0.93	1.07	1.02	0.99	0.97	0.92	0.78	0.80	0.93
14	Red pública	Control de Ingreso Vehicular	0.73	0.75	0.64	0.74	0.72	0.75	0.70	0.75	0.75	0.83	0.73	0.66	0.73
15	Servicio de atención	Central de Esterilización	0.79	0.88	0.77	0.83	0.80	0.85	0.69	0.87	0.87	0.86	0.76	0.68	0.80
16	Servicio de atención	Centro Quirúrgico	0.80	0.83	0.84	0.80	0.80	0.82	0.92	0.85	0.74	0.72	0.77	0.66	0.80
17	Servicio de atención	Nutrición (Comedor)	0.42	0.56	0.55	0.61	0.56	0.66	0.62	0.66	0.57	0.50	0.56	0.46	0.56
18	Servicio de atención	Nutrición (Cocina)	0.41	0.52	0.54	0.59	0.57	0.57	0.61	0.63	0.36	0.28	0.33	0.26	0.47
19	Red pública	EX INO	0.90	0.94	0.85	0.82	0.86	0.95	0.98	0.98	0.86	0.90	0.82	0.77	0.88

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

De los 19 puntos evaluados, 6 se encuentran por debajo del límite mínimo permitido, lo que quiere decir que, en el 32% de los puntos de agua no se puede asegurar que haya una desinfección eficaz de las redes de distribución, por lo tanto, el agua podría sufrir de una posible contaminación microbiológica en la distribución.

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

Debido a los bajos valores de cloro residual, durante el año se realizan análisis microbiológicos de coliformes totales, coliformes fecales, E. coli, virus, bacterias heterotróficas, y parásitos, en los puntos de agua que tienen poca presencia de cloro residual. Se midieron estos parámetros, ya que son indicadores de la eficacia de los procesos de tratamiento, desinfección y descontaminación del agua, según el D.S. N°031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

La tabla 16 muestra que, todos los servicios evaluados tienen resultados adecuados para el consumo de agua potable, en especial de coliformes totales, fecales y E. coli, los cuales están por debajo del LMP. Esto quiere decir que, en los meses de abril, agosto y noviembre no se presentó contaminación y el agua se encontró apta para el consumo humano.

Tabla 39. Análisis microbiológico en agua para consumo humano - INMP 2024

Fecha	Servicio	Límite Máximo Permisible (LMP)							
		< 1.8 UFC/100 mL			0 UFC/mL	0 N° org/L		500 UFC/ml	0.5 - 5 mg/L
		Col. Totales	Col. Fecales	E. coli	Virus	Parásitos	Org. de Vida Libre	Bact. Heterotróficas	Cloro residual
11/04/2024	Reserv. Residencia Medica	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Residencia Medica - SSHH	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Servicios Generales (caño)	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Reserv. Laboratorio	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Laboratorio (SSHH)	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Nutrición (Cocina) - Limpieza de frutas	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Nutrición (Comedor) - Lavado de manos	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Reserv. Monoblock lado A	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	Hospitalización C	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	UCIM 2	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
11/04/2024	UCIN	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	-
01/08/2024	UCIM 2	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.6
01/08/2024	Banco de Sangre	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	<0.1
01/08/2024	Laboratorio (SSHH)	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.3
01/08/2024	Nutrición (Cocina) - Limpieza de frutas	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.6
01/08/2024	Oficina de Calidad	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.8
01/08/2024	Oficina de Servicios Generales	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.6
01/08/2024	Lavandería	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.7
01/08/2024	Reserv. Laboratorio	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.4
01/08/2024	Reserv. Residencia Medica	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.6
01/08/2024	Residencia Medica - SSHH	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.5
01/08/2024	Banco de Leche	<1.1	<1.1	<1.1	<1	<1	-	<1	0.8
08/11/2024	Banco de Sangre	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	21	0.01
08/11/2024	Laboratorio (SSHH)	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.33
08/11/2024	Nutrición (Cocina) - Limpieza de frutas	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.64
08/11/2024	Nutrición (Comedor) - Lavado de manos	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.53
08/11/2024	Oficina de Calidad	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.91
08/11/2024	Oficina de Servicios Generales	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.48
08/11/2024	Reserv. Monoblock lado A	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.51
08/11/2024	Reserv. Laboratorio	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.53
08/11/2024	Reserv. Residencia Medica	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	21	0.50
08/11/2024	Residencia Medica - SSHH	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	86	0.22
08/11/2024	Banco de Leche	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.87

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD O RESULTADOS SANITARIOS

IV.1 MORBILIDAD

UPSS CONSULTORIOS EXTERNOS

Los principales diagnósticos de las pacientes que acuden a **consultorios externos de obstetricia** están relacionadas a las post operadas con un 21.34% para el 2024, se observa igualmente un incremento, en comparación de los años 2021 al 2023, de los casos de anemia en el embarazo, obesidad y diabetes en el embarazo, esta última se ha incrementado 3 veces más en comparación del 2021.

Tabla 40. Principales morbilidades por consultorios externos de obstetricia 2021-2024

DENOMINACIÓN	2021		2022		2023		2024	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Morbilidad								
Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	4,429	24.98%	6,008	24.64%	5,946	22.89%	6,109	21.34%
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	577	3.25%	906	3.72%	1,235	4.75%	1,197	4.18%
Infección genital en el embarazo	268	1.51%	324	1.33%	372	1.43%	335	1.17%
Vaginitis aguda	482	2.72%	708	2.90%	692	2.66%	576	2.01%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	367	2.07%	433	1.78%	296	1.14%	544	1.90%
Embarazo doble	725	4.09%	1,080	4.43%	749	2.88%	816	2.85%
Aumento excesivo de peso en el embarazo	131	0.74%	195	0.80%	453	1.74%	494	1.73%
Diabetes mellitus no especificada en el embarazo	142	0.80%	261	1.07%	316	1.22%	616	2.15%
Atención materna por anomalía congénita del útero	12	0.07%	12	0.05%	4	0.02%	5	0.02%
Atención materna por presentación de nalgas	218	1.23%	301	1.23%	363	1.40%	459	1.60%

En **consultorio de ginecología** las principales patologías atendidas en el 2024 fueron los estados menopáusicos que se incrementó un 97% más que el 2023 (de 177 a 349 casos), los problemas de infertilidad que incrementó en 24% (de 3,738 a 4,645 pacientes) y las patologías mamarias se incrementaron el 98% con respecto al 2023.

Tabla 41. Principales morbilidades por consultorios externos de ginecología 2021-2024

MORBILIDAD		2021		2022		2023		2024	
CODIGO CIE10	DENOMINACIÓN	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)						
Consultorio de Ginecología General									
D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	100	1.68%	284	3.56%	353	4.52%	469	5.73%
N76.0-N76.2	Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	114	1.92%	325	4.08%	294	3.76%	288	3.52%
N72.X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	48	0.81%	57	0.72%	57	0.73%	94	1.15%
N73.9	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada	35	0.59%	59	0.74%	59	0.76%	79	0.97%
N95.1	Estados menopausicos y climatericos femeninos	78	1.31%	142	1.78%	143	1.83%	266	3.25%
Consultorio de Medicina Climaterio									
N95.1	Estados menopausicos y climatericos femeninos	0	0.00%	0	0.00%	177	1.35%	226	30.83%
N95.8	Otros trastornos menopausicos y perimenopausicos especificados	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	9	1.23%
N95.3	Estados asociados con menopausia artificial	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	0.41%
N95.2	Vaginitis atrofica postmenopausica	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	104	14.19%
D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	7	0.95%
Consultorio de Medicina Reproductiva									
N97.0	Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	629	33.76%	1,235	36.61%	1,907	36.72%	2,458	40.36%
N97.1	Infertilidad femenina de origen tubarico	371	19.91%	739	21.91%	997	19.20%	914	15.01%
N97.2	Infertilidad femenina de origen uterino	77	4.13%	167	4.95%	215	4.14%	304	4.99%
N97.4	Infertilidad femenina asociada con factores masculinos	135	7.25%	279	8.27%	619	11.92%	969	15.91%
Consultorio de Oncología									
N87.0	Displasia cervical leve	44	5.04%	71	4.50%	69	2.93%	142	6.03%
N60.1	Mastopatía quística difusa	25	2.86%	57	3.61%	65	2.76%	91	3.87%
N61.X	Trastornos inflamatorios de la mama	147	16.84%	218	1.66%	217	9.22%	469	3.57%
D39.1	Tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario	20	2.29%	62	3.93%	79	3.36%	104	4.42%
D48.6	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama	18	2.06%	29	1.84%	42	1.78%	92	3.91%
N96.X	Abortadora habitual	69	3.70%	175	5.19%	299	5.76%	270	4.43%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Las principales morbilidades atendidas en **consultorios externos de pediatría** fueron los niños con bajo y extremadamente bajo peso al nacer, quienes son seguidos hasta los 5 años para atender y descartar problemas en el desarrollo neurológico.

Tabla 42. Principales morbilidades atendidas en consultorios de pediatría 2021-2024

MORBILIDAD		2021		2022		2023		2024	
CÓDIGO CIE10	DENOMINACIÓN	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)						
D50.9	Anemia por deficiencia de hierro sin otra	879	16.94%	1,118	14.33%	375	5.94%	401	7.22%
P07.1	Otro peso bajo al nacer	435	8.38%	833	10.68%	1,070	16.96%	966	17.39%
J00.X	Rinofaringitis aguda (resfrío común)	182	3.51%	521	6.68%	427	6.77%	399	7.18%
P05.1	Pequeño para edad gestacional	250	4.82%	1,152	14.76%	1,458	23.11%	1,266	22.79%
Q90.9	Síndrome de down, no especificado	231	4.45%	423	5.42%	462	7.32%	375	6.75%
P94.9	Trastorno no especificado del tono muscular	20	0.39%	1	0.01%	3	0.05%	4	0.07%
P07.0	Peso extremadamente bajo al nacer	280	5.40%	492	6.31%	403	6.39%	422	7.60%
D53.9	Anemia nutricional, no especificada	41	0.79%	8	0.10%	0	0.00%	7	0.13%
P27.1	Displasia broncopulmonar originada en e	16	0.31%	11	0.14%	15	0.24%	12	0.22%
Q03.9	Hidrocefalo congénito, no especificado	67	1.29%	107	1.37%	182	2.88%	157	2.83%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Las patologías atendidas por consultorios externos determinan el grado de especialidad de la Institución, las gestantes con embarazo de alto riesgo en obstetricia, los problemas afines a la infertilidad y cáncer en ginecología y la atención de aquellos relacionados con la prematuridad y bajo peso al nacer, definen los principales motivos de necesidades para consulta ambulatoria del INMP de la población.

UPSS HOSPITALIZACIÓN

El total de egresos de **Hospitalización de Obstetricia** en el 2024 fueron 12,371 pacientes por partos, 469 por abortos, 2,086 por complicaciones gestacionales, 177 por complicación puerperal y 1,150 egresos ginecológicos.

Las principales morbilidades obstétricas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias obstétricas. La pre eclampsia disminuyó con respecto al 2023, igualmente disminuyeron las pacientes con síndrome de HELLP. En referencia a las hemorragias obstétricas el desprendimiento prematuro de placenta presenta un incremento sostenido desde el 2021 habiendo casi duplicado los casos del 2023.

Tabla 43. Diagnósticos Obstétricos. INMP 2021 a 2024

DIAGNÓSTICO	2021		2022		2023		2024	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL ^a (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL ^b (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL ^b (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL ^b (PORCENTAJE)
Trastornos Hipertensivos del embarazo	1,573	11.68%	1,730	13.20%	1,406	11.57%	1,360	10.99%
Pre eclampsia	1,533	11.39%	1,692	12.91%	1,367	11.25%	1,333	10.78%
Pre eclampsia leve	935	6.94%	1,064	8.12%	912	7.50%	899	7.27%
Pre eclampsia severa	598	4.44%	628	4.79%	455	3.74%	434	3.51%
Eclampsia	7	0.05%	10	0.08%	6	0.05%	4	0.03%
Síndrome de Hellp	33	0.25%	28	0.21%	33	0.27%	23	0.19%
Hemorragia Obstétrica	580	4.31%	673	5.14%	624	5.13%	1,201	9.71%
Desprendimiento prematuro de placenta	104	0.77%	139	1.06%	144	1.18%	595	4.81%
Placenta previa	214	1.59%	229	1.75%	201	1.65%	123	0.99%
Ruptura uterina	14	0.10%	10	0.08%	7	0.06%	210	1.70%
Hemorragia post parto	231	1.72%	261	1.99%	244	2.01%	250	2.02%
Shock hipovolémico	17	0.13%	34	0.26%	28	0.23%	23	0.19%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Otros diagnósticos son aborto, embarazo ectópico e infecciones maternas siendo la más frecuente la RPM-corioamnionitis.

Tabla 44. Diagnósticos de egreso de la UPSS de Obstetricia. INMP 2021 al 2024

DIAGNÓSTICO	2021		2022		2023		2024	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL ^b (PORCENTAJE)						
Aborto	419	3.11%	404	3.08%	417	3.43%	378	3.06%
Aborto Incompleto	280	2.08%	300	2.29%	276	2.27%	260	2.10%
Aborto Frustrado	46	0.34%	37	0.28%	63	0.52%	55	0.44%
Aborto Incompleto Infect.	55	0.41%	37	0.28%	29	0.24%	30	0.24%
Otros tipos de aborto	38	0.28%	30	0.23%	49	0.40%	33	0.27%
Embarazo Ectópico^a	188	1.40%	167	1.27%	145	1.19%	155	1.25%
Infecciones Maternas	3,612	26.83%	2,980	22.74%	2,924	24.06%	2,864	23.15%
RPM - Corioamnionitis	2,294	17.04%	1,711	13.06%	1,963	16.15%	1,899	15.35%
ITU	989	7.34%	968	7.39%	703	5.78%	687	5.55%
Endometritis	40	0.30%	40	0.31%	33	0.27%	49	0.40%
TBC	14	0.10%	5	0.04%	3	0.02%	4	0.03%
Infecciones respiratorias	75	0.56%	23	0.18%	33	0.27%	29	0.23%
Infección herida operatoria	66	0.49%	92	0.70%	71	0.58%	66	0.53%
VIH	40	0.30%	52	0.40%	43	0.35%	50	0.40%
ITS	94	0.70%	89	0.68%	75	0.62%	80	0.65%

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En la UPSS de **Hospitalización de Ginecología** la miomatosis uterina y la hemorragia vaginal y uterina anormal fueron la morbilidad más frecuente encontrada, seguida por los pólipos uterinos. Además, se observa un incremento de casos con quiste de ovario e hiperplasia endometrial.

Tabla N° 45. Diagnósticos de egreso en UPSS de ginecología. INMP. 2021-2024

CÓDIGO CIE10	DIAGNÓSTICOS	2021		2022		2023		2024	
		TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
D25.0	Miomatosis uterina	115	15.13%	199	21.22%	210	18.63%	226	19.65%
N93.9	Hemorragia vaginal y uterina anormal	121	15.92%	99	10.55%	156	13.84%	168	14.61%
N97.1	Infertilidad de origen tubárico	11	1.45%	21	2.24%	17	1.51%	13	1.13%
N83.0	Quiiste ovario	18	2.37%	29	3.09%	25	2.22%	45	3.91%
N81.9	Prolapso genital	22	2.89%	22	2.35%	26	2.31%	20	1.74%
N73.6	Adherencias peritoneales pélvicas	45	5.92%	69	7.36%	59	5.24%	49	4.26%
N84.0	Pólipo del cuerpo del útero	55	7.24%	84	8.96%	91	8.07%	110	9.57%
N85.0	Hiperplasia endometrial	24	3.16%	20	2.13%	37	3.28%	41	3.57%
N87.0	Displasia cervical	1	0.13%	2	0.21%	3	0.27%	2	0.17%
C53	Tumor maligno del cuello uterino	6	0.79%	5	0.53%	4	0.35%	7	0.61%

Finalmente, los indicadores de producción de ginecoobstetricia, no muestran mayor variación con respecto a los años anteriores, con excepción del incremento del rendimiento cama de ginecología y la disminución de la razón de mortalidad materna

Tabla N° 46. Indicadores obstétricos y ginecológicos. INMP. 2021 al 2024

INDICADORES	2021	2022	2023	2024
Indicadores obstétricos				
Estancia post parto vaginal	2.5	2.5	2.6	2.4
Estancia post parto vag. sin patología	1.9	2.0	2.0	2.1
Estancia post parto vag. con patología	3.0	3.0	3.2	2.8
Estancia post cesárea	3.0	3.5	3.4	3.6
Estancia aborto	2.5	2.5	3.0	2.3
Estancia gestante	3.4	3.8	4.0	3.5
Estancia puérpera	4	4.3	4.1	4.0
% Ocupación cama Obstétrica	87.2%	87.6%	85.7%	84.1%
Intervalo de sustitución Obstétrica	0.8	1.0	1.2	1.0
Rendimiento cama Obstétrica x mes	5.9	6.2	6.0	6.6
Indicadores ginecológicos				
Estancia ginecológica	3.2	3.8	3.9	3.8
% Ocupación cama Ginecológica	70.1%	72.1%	72.3%	75.40%
Intervalo de sustitución ginecológica	2.1	2.0	1.9	1.8
Rendimiento cama ginecológica x mes	4.3	4.1	4.5	4.8
Indicadores relacionados				
Relación partos / Abortos (Ameu)	12.9	13.4	15.8	15.5
Relación partos / Abortos (Egreso)	3.1	3.1	3.4	3.7
Razón de mortalidad materna	29.3	22.3	16.2	15.9
Tasa de Infección Intrahospitalaria G-O	1.1	1.3	0.9	0.33
Razón aborto institucional (x100 rn) ^a	16.0	15.0	18.8	17.0
Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal.				
Elaboración: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal.				

Las morbilidades en la **UPSS de Hospitalización de Neonatología** son variables, la ictericia neonatal no especificada que requiere hospitalización es la más frecuente con el 55.6%, seguida de la taquipnea transitoria del recién nacido con el 18.5%, estas patología requieren un periodo de hospitalización corto a diferencia de otras morbilidades que se presentan en menor porcentaje pero que requieren tratamiento altamente especializado y con mayor periodo de hospitalización y relacionados a la prematuridad (2.9%) como la sepsis neonatal (8.8%), insuficiencia respiratoria (2.4%) trastornos metabólicos (7.9%) entre otros

El periodo de estancia hospitalaria en un recién nacido menor de 1,000 gr. fue de 80 días y de los de 1000 gr. a 1500 gr fue de 45 días.

Tabla N° 47. Morbilidades de las UPSS de Neonatología. INMP 2024

DIAGNÓSTICO	2024	
	CASOS	%
P599 Ictericia neonatal, no especificada	1524	55.2
P073 Otros recién nacidos pretérmino	777	28.1
P221 Taquipnea transitoria del recién nacido	742	26.9
P050 Bajo peso para la edad gestacional	687	24.9
P741 Deshidratación del recién nacido	250	9.1
P220 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	243	8.8
P369 Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	237	8.6
P749 Trastorno metabólico transitorio del recién nacido, no especificado	209	7.6
P551 Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido	205	7.4
P081 Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional	193	7.0
P614 Otras anemias congénitas, no clasificadas en otra parte	175	6.3
Q250 Conducto arterioso permeable	152	5.5
P914 Depresión cerebral neonatal	135	4.9
P616 Otros trastornos neonatales transitorios de la coagulación	118	4.3
P120 Cefalohematoma debido a traumatismo del nacimiento	115	4.2
Q868 Otros síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas desconocidas	108	3.9
P121 Caput succedaneum debido a traumatismo del nacimiento	97	3.5
P704 Otras hipoglicemias neonatales	91	3.3
P239 Neumonía congénita, organismo no especificado	78	2.8
P610 Trombocitopenia neonatal transitoria	67	2.4
Z762 Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	67	2.4
P015 Feto y recién nacido afectados por embarazo múltiple	66	2.4
Q02X Microcefalia	61	2.2
P059 Retardo del crecimiento fetal, no especificado	56	2.0
P782 Hematemesis y melena neonatales debidas a la deglución de sangre materna	56	2.0
P611 Policitemia neonatal	50	1.8
Q210 Defecto del tabique ventricular	50	1.8
P545 Hemorragia cutánea neonatal	49	1.8
P235 Neumonía congénita debida a pseudomonas	48	1.7
Q909 Síndrome de Down, no especificado	35	1.3
P285 Insuficiencia respiratoria del recién nacido	33	1.2
I519 Enfermedad cardiaca, no especificada	31	1.1
A509 sífilis congénita, sin otra especificación	30	1.1
Q039 Hidrocéfalo congénito, no especificado	23	0.8
G931 lesión cerebral anóxica, no clasificada en otra parte	16	0.6
P550 Incompatibilidad Rh del feto y del recién nacido	16	0.6
Q793 Gastrosquisis	15	0.5
Z202 Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual	14	0.5
Q532 Testículo no descendido, bilateral	10	0.4
Q079 Malformación congénita del sistema nervioso, no especificada	8	0.3
P281 Otras atelectasias del recién nacido y las no especificadas	2	0.1

Las principales causas de hospitalización en obstetricia están relacionadas a trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias obstétricas. El aborto infectado ha disminuido su frecuencia. Por otro lado, las hospitalizaciones en ginecología se relacionan a sangrados uterinos o vaginales y tumoraciones uterinas tipo miomatosis y pólipos. Es importante observar la tendencia a la baja del grado de uso de las camas obstétricas y el incremento de las camas obstétricas. En neonatología las hospitalizaciones prolongadas se deben a condiciones que llevan a la insuficiencia respiratoria como la prematuridad o inmadurez al nacer.

IV.2 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

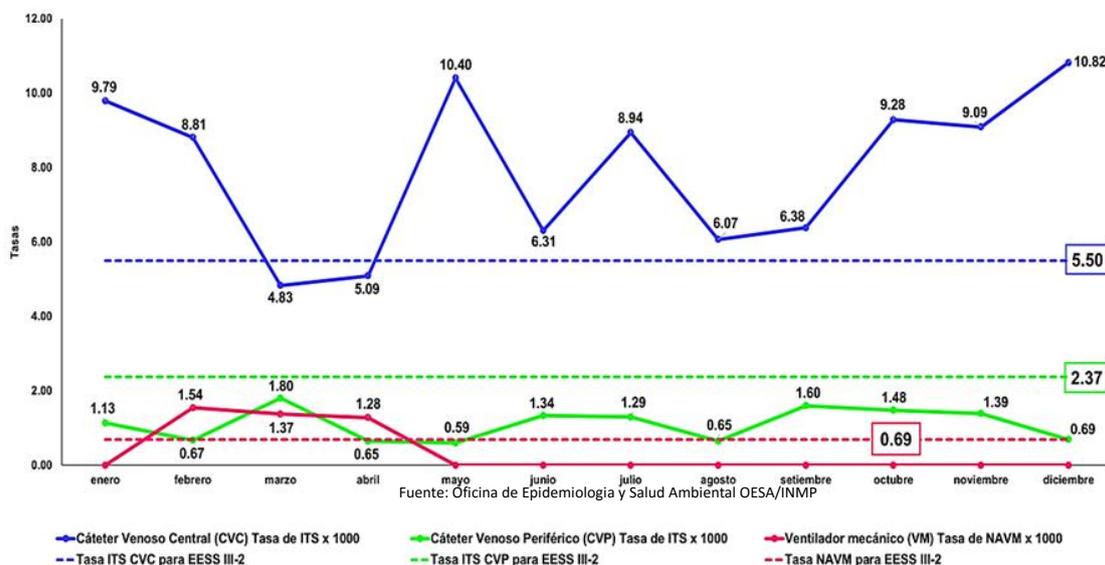
El INMP al ser un centro de referencia nacional cuenta con la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales más grande del país, con alta densidad de prematuros y con la única unidad de Cuidados Intensivos Maternos a nivel nacional. Este hecho, asociado a los adelantos tecnológicos en estas áreas, que permiten una mayor esperanza de sobrevivencia de bebés prematuros y, entre otros factores como las condiciones intrínsecas de los pacientes, los medicamentos que se utilizan, la necesidad de tratamientos invasivos y la estadía prolongada; propician el desarrollo de infecciones nosocomiales.

Las IAAS que se han presentado durante el 2024 en el INMP han sido la infección de torrente sanguíneo (ITS) asociada a catéter venoso central y catéter venoso periférico (CVC y CVP) y la neumonía asociada a ventilador mecánico (NAVM) en el área de Neonatología, la infección de tracto urinario (ITU) y la neumonía asociada a ventilador mecánico (NAVM) en el área de UCIM y la endometritis post parto vaginal/cesárea (END PV y END PC) e infección de sitio quirúrgico (ISQ) en las áreas de Hospitalización de Obstetricia; sumando un total de 159 casos.

En Neonatología se identificaron 101 IAAS, de las cuales: 78 casos corresponden a ITS asociadas a CVC, 20 casos a ITS asociadas a CVP y 3 casos a neumonías asociadas a VM.

Las tasas de incidencia de IAAS promedio para este periodo, según el dispositivo al que está expuesto el paciente, fueron las siguientes: Tasa de ITS asociada a CVC: 7.87 x cada 1000 días de exposición al catéter; Tasa de ITS asociada a CVP: 1.10 x cada 1000 días de exposición al catéter; Tasa de Neumonía asociada a VM: 0.35 x cada 1000 días de exposición al ventilador. Las tasas de incidencia de ITS asociadas a CVC sobrepasan el valor máximo de 5.50 x 1000 días de exposición al catéter (tasa para EESS III-2).

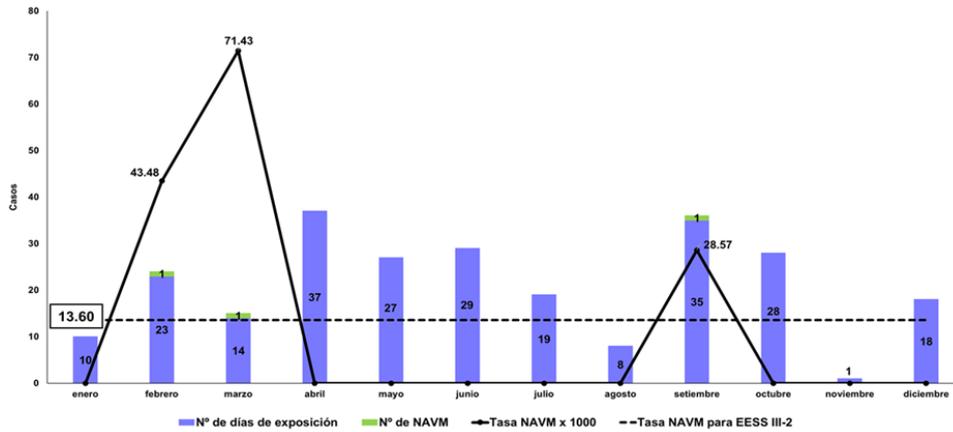
Gráfico 40. Tasas de ITS asociada a CVC, CVP y NAVM en Cuidados Neonatales INMP 2024.



En las UCI Materna se presentaron 4 casos de IAAS, de las cuales: 3 fueron casos de NAVM y 1 caso fue de ITU. Cabe mencionar que, en todos los casos, los cuadros infecciosos fueron ocasionados por el germen *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos y que también, todos fueron captados en UCIM 1.

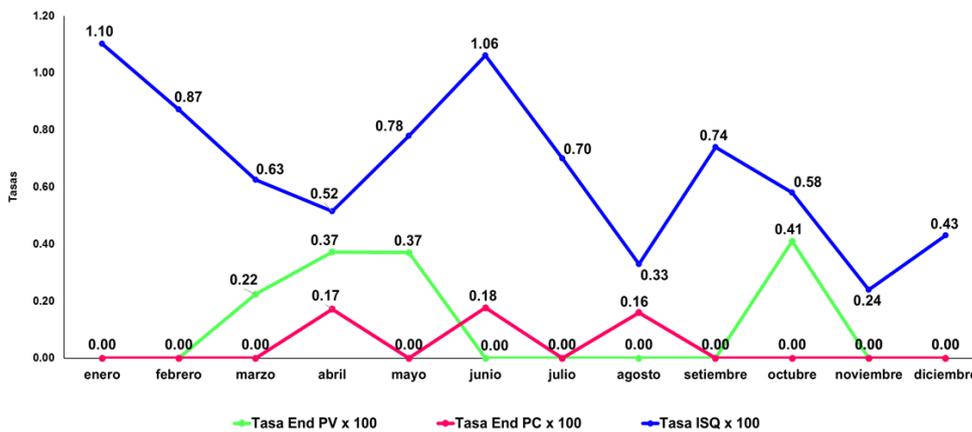
Las tasas de incidencia de IAAS en UCIM para el año 2024, según el dispositivo al que está expuesto la paciente, fueron las siguientes: Tasa de ITU asociada a CUP: 0.67 x cada 1000 días de exposición al catéter; Tasa de Neumonía asociada a VM: 12.05 x cada 1000 días de exposición al ventilador; No hubo casos de ITS asociadas a CVC.

Gráfico 41. Tasas de NAVM en Cuidados Intensivos Materna INMP INMP



En los servicios de obstetricia, se identificaron 54 IAAS en estas áreas, de las cuales: 44 casos corresponden a ISQ post PC, 7 casos a END post PV y 3 casos END post PC. Las incidencias acumuladas de IAAS en los servicios de Hospitalización de Obstetricia para el año 2024, según el procedimiento al que fue sometido la paciente, fueron las siguientes: END post PV: 0.12 x cada 100 partos vaginales; END post PC: 0.05 x cada 100 partos por cesárea, ISQ post PC: 0.68 x cada 100 partos por cesárea.

Gráfico 42. Incidencias Acumuladas Mensuales de IAAS según Procedimiento en los Servicios de Hospitalización de Obstetricia. INMP 2024



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

El alto riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud IAAS en el INMP se observa sobre todo en los servicios de neonatología, por la alta densidad de prematuros que atienden quienes, por sus características intrínsecas, debido a su inmadurez, requieren de tratamientos invasivos y larga estancia.

IV.3 INCIDENCIA TBC, VIH y CANCER RESPECTO A LA POBLACIÓN ATENDIDA

4.3.1 INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS

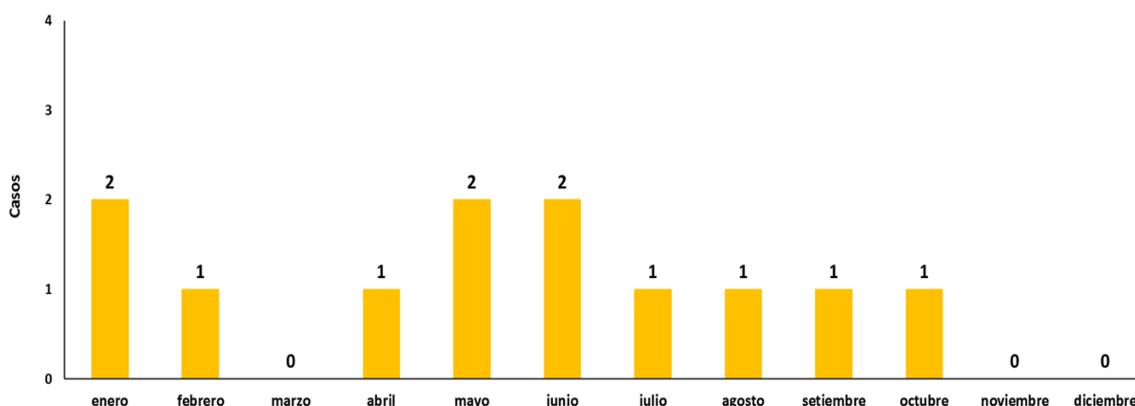
La captación de sintomáticos respiratorios (SR) está a cargo del personal que labora en la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis de la institución.

La captación de sintomáticos respiratorios es baja a comparación de la meta sindicada por el Ministerio de Salud. Para el 2024 la captación solo llegó a 2,635 casos mientras que en 2022 superó los 5,000 casos.

En relación con los resultados positivos a TBC identificados durante el año 2024, se obtuvieron un total de 12 casos, de los cuales 8 casos de TBC pulmonar, 2 casos de TBC extrapulmonar y 2 casos de TBC MDR.

Para fines del 2024, el Instituto recibió del Programa Nacional Contra la Tuberculosis un equipo de diagnóstico molecular GeneXpert la cual es capaz de detectar simultáneamente la TBC y la resistencia a fármacos como la Rifampicina en una única prueba y cuyo resultado se lo obtiene en 2 horas, esto facilitará el diagnóstico precoz en nuestras pacientes

Gráfico 43. Casos Mensuales de TBC INMP 2024



Total: 12 casos

4.3.2 INCIDENCIA DE VIH

Desde el inicio de la lucha contra el VIH en el Perú, el INMP ha sido considerado modelo nacional en lo referente a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En la Institución se iniciaron las pruebas diagnósticas rápidas y el tratamiento antirretroviral en gestantes para disminuir el nacimiento de niños infectados por el virus, constituyéndose como un gran colaborador para el éxito de esta estrategia. Actualmente se brinda atención integral a la gestante VIH, que implica estado serológico, consejería pre y post test, inicio de Tratamiento Antirretroviral con esquema triple en los controles prenatales, manejo del parto y control del recién nacido expuesto.

En el 2024, han sido tamizadas 20,169 gestantes con prueba rápida dual en nuestra institución; de las cuales 55 pacientes resultaron Reactivas, 14 casos diagnosticados por primera vez y 41 llegaron con diagnóstico previo de otra institución. Según el momento del diagnóstico 37 pacientes fueron realizadas durante la gestación representando un 67%; 5 en el puerperio/trabajo de parto (9%); 12 post aborto (22%) y una paciente ginecológica (2%).

Cuando nos referimos a la vía de culminación del embarazo, observamos que el 58% terminaron en Cesárea, el 9% en parto vaginal, 31% en aborto y el 2% en óbito fetal.

En referencia a los indicadores para la meta de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, durante el 2024 tuvimos una prevalencia de 0.7% casos de VIH en base a las gestantes tamizadas; una tasa de casos de TMI del VIH de 0.3 x 1000 NV, en este periodo. El alto porcentaje de TMI (12.9%) es dependiente de gestantes que llegaron al momento del parto y no fueron controlados en el INMP, aquellas que si lo fueron no tuvieron niños con VIH.

De todos los Niños expuestos a VIH nacidos en nuestra institución, el 100% recibió el protocolo de ARV y Sucedáneos de Leche Materna, según lo establecido en la normatividad vigente. A la fecha el 58% de niños cuentan con 2 PCR tomados a los niños expuestos.

Tabla 48. Indicadores para la prevención de la TMI del VIH. INMP 2024

INDICADOR	FORMULA	TASA
Prevalencia de casos de VIH: Evalúa el número de casos VIH que llegan a nuestra institución	$\frac{N^{\circ} \text{ gestantes Reactivas a VIH} \times 1000}{\text{Total de gestantes tamizadas}}$	0.7
Tasa de casos de TMI del VIH: Evalúa las intervenciones sanitarias dirigidas a la eliminación de la TMI de VIH (Meta $\leq 0.3 \times 1000 \text{ nv}$)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de TMI de VIH} \times 1000}{\text{Total de nacidos vivos}}$	0.3
Transmisión Materno Infantil de VIH (Meta $< 2\%$)	$\frac{N^{\circ} \text{ Recién Nacidos con VIH} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de RN Expuestos}}$	12.9
RN expuestos al VIH reciben protocolo de ARV + SLM (Meta $\geq 95\%$)	$\frac{N^{\circ} \text{ RNE que reciben ARV} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de RNE}}$	100%
RN expuestos al VIH menores a 6m con 2PCR (Meta 100%)	$\frac{N^{\circ} \text{ RNE con 2 PCR} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de RNE}}$	58%

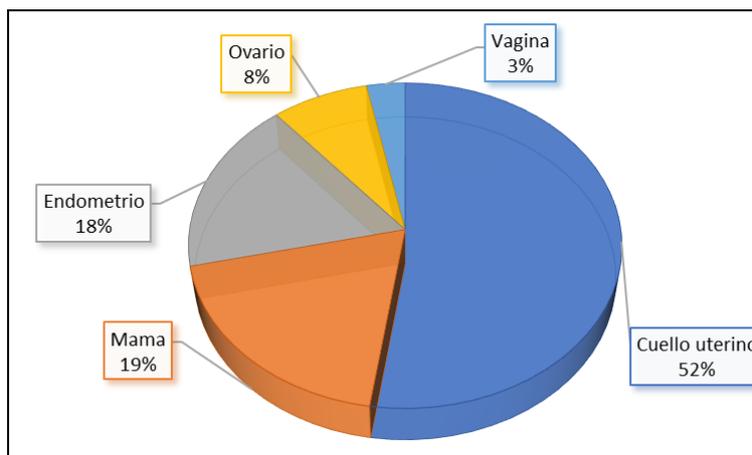
Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

4.3.2 INCIDENCIA DE CANCER

A nivel nacional las pacientes con diagnóstico de cáncer han aumentado de forma rápida, desbordando los sistemas sanitarios, por ello el Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), está fortaleciendo la vigilancia epidemiológica de cáncer creando los GRRHC, grupo responsable de registro hospitalario de cáncer con la finalidad de disponer de una información real y contrastable que contribuya a gestionar servicios eficientes para atención de pacientes oncológicos.

La vigilancia epidemiológica de cáncer en el INMP sigue avanzando mejorando la calidad de los registros y recojo de datos. Para el 2024 tuvimos 63 casos nuevos, el grupo de mayor prevalencia es el de mujeres mayores de 35 años de edad, 52 (83%) casos, seguido del grupo de edad de 20 -34 años con 11 casos (8 %) pacientes y no contamos con pacientes menores de 19 años.

El tipo de cáncer diagnosticado más frecuente es el cáncer de cuello uterino con una incidencia de 33 casos, sigue el cáncer de mama con 12 casos, endometrio con 11 casos, ovario con 5 y finalmente vagina con 2 casos Gráfico

Gráfico 44. Tipo de Cáncer – INMP 2024

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

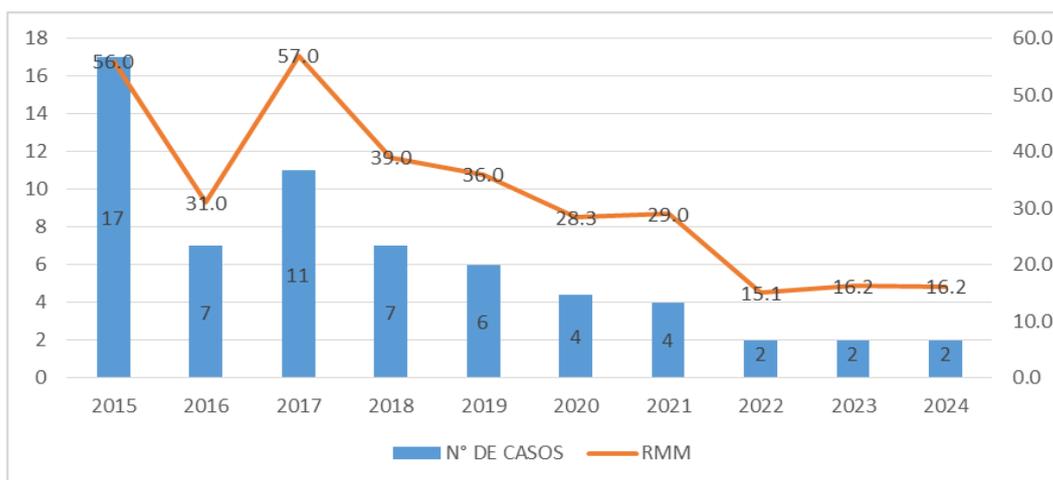
La incidencia de Tuberculosis en las pacientes que se atienden en el INMP no es alta y puede estar relacionado a la baja captación de sintomáticos respiratorios. En el caso de mujeres con VIH el manejo adecuado para la prevención de la transmisión del virus, de acuerdo a normas nacionales, tanto de la madre y el niño ha disminuido dramáticamente la transmisión vertical del virus, los valores altos que se presentan en el Instituto se basan en mujeres diagnosticadas durante el parto o diagnosticadas en otros centros de salud que no cumplieron el tratamiento antirretroviral. Respecto al cáncer, el del cuello uterino continúa siendo el de mayor prevalencia en mujeres mayores de 35 años, patología que es necesario diagnosticar oportunamente y promover la vacunación contra el VPH en adolescentes.

IV.4 MORTALIDAD

4.4.1 MORTALIDAD MATERNA

Desde el año 2015 la razón de la mortalidad materna (RMM) ha ido en descenso, sin embargo, para el año 2021 este establecimiento también afrontó las consecuencias de la pandemia que estancó el descenso de muertes maternas. Desde el año 2022 a la actualidad hemos mantenido una cifra de muerte materna de 2 eventos por año haciendo una RMM para el 2024 de 16.2 por 100,000 NV.

Ambas pacientes fueron derivadas de provincias y la causa básica de muerte fueron aborto séptico y preeclampsia severa con rotura hepática. Ambas son de causas básicas directas relacionadas con la prevención, es decir 100% evitables. Esto nos da a entender la existencia de una debilidad en el reconocimiento de los riesgos y necesidades de atención oportuna desde todos los niveles de atención inclusive la comunidad.

Gráfico 45. Número y Razón de Muerte Materna INMP 2015-2024

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

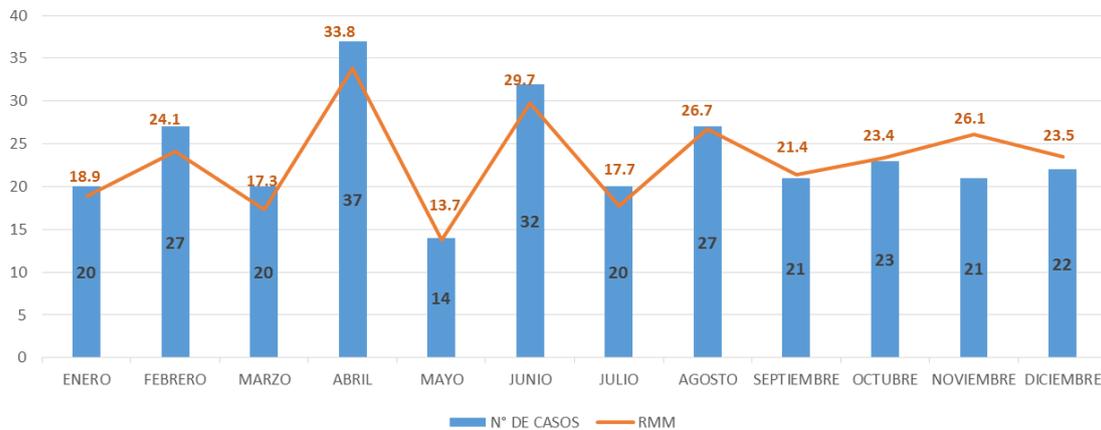
La importante caída de casos de muerte materna observada en los dos últimos años se relaciona a la identificación y manejo oportuno de las pacientes consideradas con morbilidad materna extrema que llegan al Instituto; la evolución tórpida de las pacientes procedentes en mal estado de otras regiones puede prevenirse fortaleciendo el sistema de telemedicina para el manejo coordinado previa a la referencia.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La implementación en el Perú de la Norma Técnica N° 174-MINSA/2021/CDC aportó un importante esfuerzo para la búsqueda efectiva y sistemática de los casos de Morbilidad materna extrema con la finalidad de caracterizar e identificar intervenciones eficaces frente a eventos de salud graves que podrían terminar en una muerte Materna. Esta sistematización del recojo de datos que se obtiene con el llenado de la ficha epidemiológica nos permite tener elementos de análisis para encontrar asociación en los factores de riesgo, diagnósticos precisos y proporciona información para el desarrollo de planes de acción efectivos para la resolución del daño. En el periodo de la semana o a 52 del 2024 se pudieron identificar en total 284 casos los mismos que fueron notificados al CDC.

La razón de MME se ha presentado oscilante a lo largo del año manteniendo cierto estancamiento en los tres últimos meses.

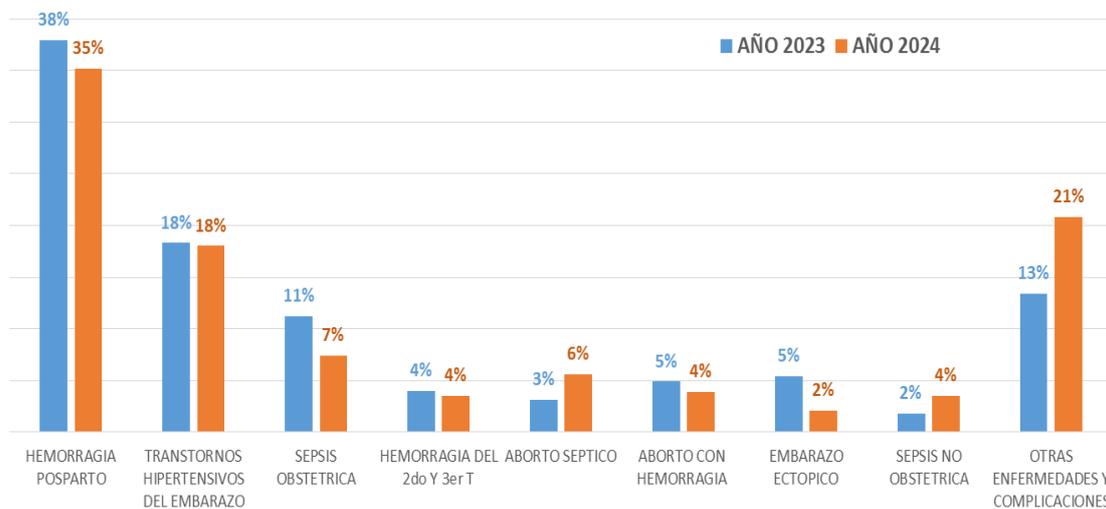
Gráfico 46. Número de Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2024



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

Comparando la prevalencia de las complicaciones presentadas en el 2023 y 2024 observamos que la hemorragia postparto sigue siendo la primera causa de MME, seguida de los trastornos hipertensivos y en tercer lugar las infecciones, manteniendo esa tendencia en ambos períodos, salvo el ítem de otras enfermedades y complicaciones que para el presente año tuvo un incremento considerable debido a las insuficiencias respiratorias por Dengue.

Gráfico 47. Causa agrupada de pacientes de MME del INMP 2023-2024



Un criterio Hematológico importante para calificar MME son las mujeres politransfundidas, consistente en aquellas pacientes que recibieron de tres a más paquetes de hemoderivados, y tal como se comentó anteriormente es de gran importancia dada su alta prevalencia en los 2 periodos observados consolidándose el banco de sangre como una fortaleza en la calidad de atención a las pacientes críticas que requieren transfusiones masivas.

Tabla 49. Criterios Hematológicos de MME “Politransfundidas”. INMP 2023-2024

	2023	2024
Pacientes politransfundidas	138	132
N° de hemoderivados transfundidos	1722 (12.5 x pac)	1203 (9.1 x pac)
Casos de MME	224	284
Relación porcentual casos/politransfundidas	61.80%	47.50%

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

En el INMP la razón de MME para el 2023 es 22.9 casos por cada 1000 nacidos vivos. Este indicador refleja, el riesgo de la mujer de tener una complicación extremadamente grave durante su gestación, parto o puerperio.

El índice de Mortalidad Materna refleja la letalidad de la MME y evalúa la calidad de la atención; en el INMP este indicador fue 0.69 para el año 2024, valor muy bajo lo que traduce el manejo oportuno y adecuado de estas pacientes.

Otros indicadores se mantuvieron en metas adecuadas según parámetros del Ministerio de salud.

Tabla 50. Indicadores de Resultados MME. INMP 2023-2024

INDICADOR	FORMULA	AÑO 2023	AÑO 2024
Razón de MME (Prevalencia): Evalúa calidad de atención en los servicios de salud (Meta < 8 x 1000 nv)	$\frac{N^\circ \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total de nacidos vivos}}$	$\frac{224 \times 1000}{12314} = 18.1$	$\frac{284 \times 1000}{12377} = 22.9$
Índice de Mortalidad: Letalidad en mujeres con MME - Calidad de atención (Meta < 4%)	$\frac{N^\circ \text{ MM} \times 100}{N^\circ \text{ MM} + N^\circ \text{ MME}}$	$\frac{2 \times 100}{2+224} = 0.88$	$\frac{2 \times 100}{2+284} = 0.69$
Relación MME/MM: Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM - Calidad de atención (Meta > 35)	$\frac{N^\circ \text{ MME}}{N^\circ \text{ MM}}$	$\frac{224}{2} = 112$	$\frac{284}{2} = 142$
Relación Criterio / Caso: Severidad de la salud materna (Meta < 5)	$\frac{N^\circ \text{ total de crit. de inclus.}}{N^\circ \text{ MME}}$	$\frac{494}{224} = 2.20$	$\frac{589}{284} = 2.07$

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

La identificación e intervención oportuna en los casos de morbilidad materna extrema han permitido reducir la tasa de mortalidad materna. En el INMP los casos de MME han estado ligados a problemas hemorrágicos y politransfusiones, por lo que se debe garantizar el adecuado trabajo del Banco de Sangre

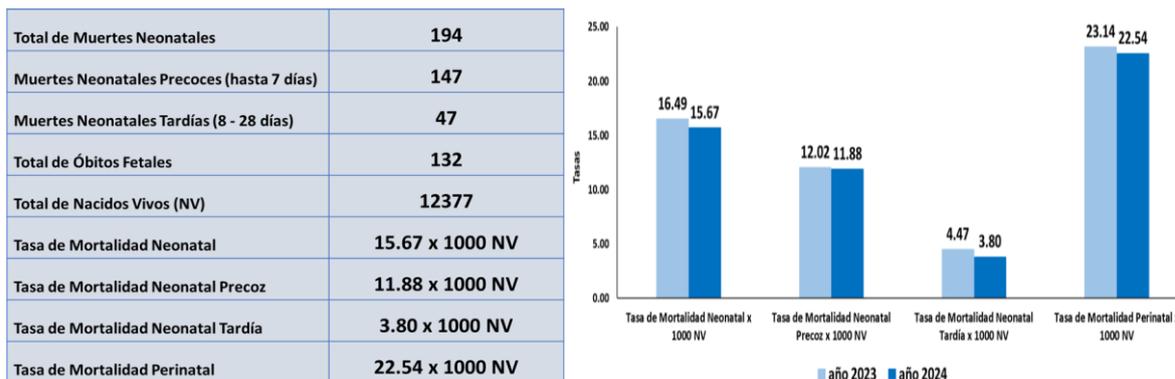
4.4.2 MORTALIDAD NEONATAL

El INMP, al ser un hospital de referencia, atiende a un porcentaje elevado de gestantes con amenaza de partos prematuros menores a 1500 gr, durante el año 2004 de los 12, 377 nacimientos el 2.6% fueron de menores de 1, 500 gr. lo que representa un elevado porcentaje en comparación a otros hospitales nacionales y de Latinoamérica. Este escenario va

acompañado de cifras elevadas de mortalidad neonatal precoz conforme se observa en el siguiente análisis.

En el INMP se han presentado 326 casos muerte perinatal en total durante el año 2024, de los cuales 132 fueron muertes fetales (óbitos) y 194 fueron muertes neonatales. Los índices de Mortalidad neonatal fuero 15.67 x 1000 rnv, Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz de 11.88 x 1000 rnv y la Tasa de mortalidad perinatal de 22.54 x 1000 rnv. Comparado con el 2023, estos índices tienen una disminución

Gráfico 48. Muerte Perinatal INMP 2024 y tasas comparativas con 2023



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

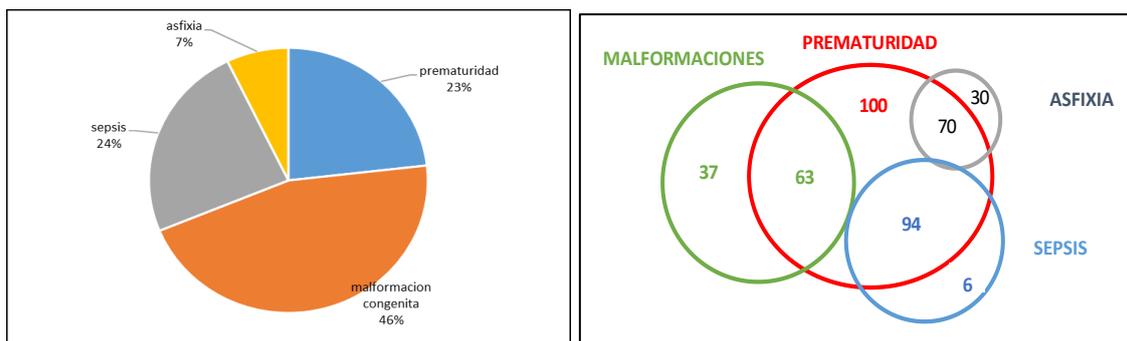
Considerando el peso de nacimiento, la mayor cantidad de defunciones se ha presentado en el grupo de neonatos de peso en menores de 1,500 gr con el 53.5% del total de fallecidos.

Las muertes neonatales precoces, acontecidas dentro de los primeros 7 días de vida, representan el mayor porcentaje de muertes neonatales con 75.7%. Ello se debe, entre otros factores, a que durante los primeros días de vida neonatal se pueden presentar problemas derivados de la etapa gestacional, así como del mismo parto.

Al hacer un análisis del 80% de fallecidos, las causas básicas de mortalidad encontradas son malformaciones congénitas en 46%, infección 24%, prematuridad 23% y asfixia 7%.

Al establecer la relación entre las causas básicas de muerte y la edad gestacional del fallecido, se encuentra que el 63% con malformaciones congénitas fueron prematuros, también el 94% de los que fallecieron por infección y 70% de los que murieron por asfixia, esto permite dimensionar el impacto de la prematuridad en la mortalidad neonatal.

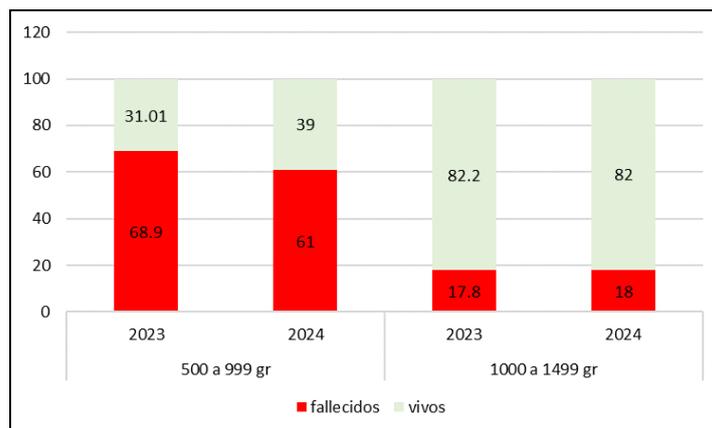
Gráfico 49. Porcentaje de causa básica de mortalidad neonatal y relación de las causas básicas con la prematuridad. INMP 2024



SUPERVIVENCIA NEONATAL

El porcentaje de supervivencia en el grupo de mayor vulnerabilidad se incrementa conforme lo hace el peso, mientras en los menores de 1000 gr la supervivencia en el 2024 fue de 39%, 8% más que el 2023, y entre los 1000 a 1500 gr la supervivencia se elevó al 82% similar a lo encontrado en el 2023; estos porcentajes están dentro del promedio esperado en Latinoamérica en instituciones con características como la del INMP

Gráfico 50. Supervivencia de menores de 1,500 gr comparativo 2023-2024



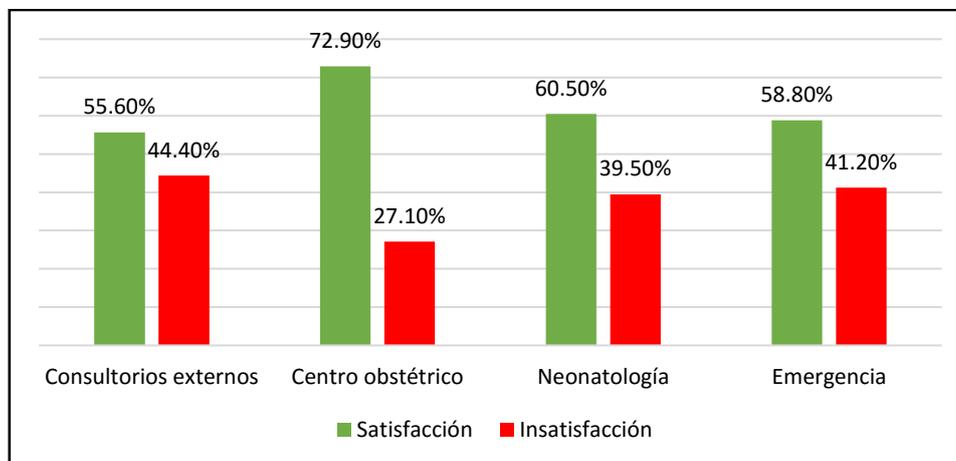
La alta tasa mortalidad neonatal en el INMP se relaciona en el elevado porcentaje de nacidos menores de 1500 gr que incrementa el riesgo de muerte por las condiciones en que nace y por la estancia prolongada que por su condición requieren.

IV.5 SATISFACCIÓN AL USUARIO

La Oficina de Gestión de la Calidad aplicó la encuesta SERVQUAL Modificada, con fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos, midiendo la calidad de atención de los servicios para así implementar estrategias de mejora continua. Las encuestas se realizaron en Consulta externa (233 encuestas); Centro Obstétrico (359 encuestas); Neonatología (336 encuestas); Emergencia (375 encuestas).

Los resultados obtenidos para los estudios que siguieron el modelo SERVQUAL muestran una mayor satisfacción del paciente en Centro Obstétrico y mayor insatisfacción en Consulta Externa y en Emergencia. Gráfica

Gráfico 51. Proporciones de satisfacción e insatisfacción totales para los estudios según el modelo SERVQUAL realizados el 2024



El grado de satisfacción del usuario en el INMP es variable, según el servicio evaluado, y las causas son diferentes por lo que se debe trabajar para la optimización de estos indicadores de calidad

IV.6 EVENTOS ADVERSOS

La disminución de los riesgos de la atención es una de las principales preocupaciones a nivel mundial en los sistemas de salud. Toda intervención en salud se considera que entraña un riesgo y se considera que debe haber un balance entre riesgos y beneficios que tiene que continuamente trabajarse para disminuir el riesgo. Para ello se realiza la vigilancia de eventos adversos a través del sistema de manejo, registro y manejo de eventos adversos, donde se detecta este tipo de eventos y se los analiza para identificar las causas y proponer las mejoras necesarias. En el 2024 el mayor porcentaje de eventos adversos se dieron en Centro obstétrico, Hospitalización obstétrica y Centro quirúrgico.

Tabla 51. Número de eventos adversos por lugar de ocurrencia. INMP 2024

EVENTOS ADVERSOS	N°	%
Centro obstétrico	113	36.2
Hospitalización obstétrica	77	24.7
Centro quirúrgico	68	21.9
UCI neonatal	20	6.3
Servicio de emergencia	10	3.2
UCI materna	6	1.9
Intermedios neonatal	5	1.6
Otros	5	1.8
Consulta externa	4	1.3
Hospitalización ginecología	2	0.6
Cirugía neonatal	2	0.6
TOTAL	312	100

Elaborado a partir de la BD eventos adversos INMP

Si analizamos la ocurrencia de eventos adversos por Grupo de Clasificación del evento adverso observamos que los tres primeros lugares de ocurrencia suman el 65% del total de eventos por lo que debe dársele una atención especial en relación a la prevención de los mismos. Tabla:

Tabla 52. Grupo de clasificación del evento adverso. INMP 2024

GRUPO DE CLASIFICACIÓN	CANTIDAD	%
Relacionado a procedimientos	69	22.1
Trauma obstétrico neonatal	67	21.5
Infecciones intrahospitalarias	67	21.5
Trauma obstétrico materno	18	5.8
Relacionado a medicamentos	11	3.5
Mortalidad	7	2.2
Relacionado a equipamiento	5	1.6
Otros	68	21.8
	312	

Elaborado a partir de la BD eventos adversos INMP

A pesar de que entre los eventos adversos más frecuentes están relacionados a la atención del parto (Trauma obstétrico neonatal y materno) representan el 0.7% del total de las atenciones brindadas, indica la necesidad de continuar con la preparación del personal de salud para que se reduzca los eventos que pongan en riesgo a los pacientes.

La mayoría de los eventos adversos en el Instituto están relacionados a la atención del parto, los cuales deben ser considerados en las acciones planificadas para mejorar la calidad de atención

CAPÍTULO V. ANÁLISIS INTEGRADO Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS SANITARIOS

V. 1 PROBLEMÁTICA

DIMENSIÓN AMBIENTES FÍSICOS

- La ubicación geográfica y su acceso se constituyen en problema para el crecimiento y desarrollo estructural del Instituto
- El INMP tiene ALTA VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL E INSEGURIDAD NO ESTRUCTURAL para hacer frente a desastres o eventos adversos
- La capacidad instalada en las unidades de cuidados intensivos neonatales e Intermedios A resulta insuficiente para su atención debido al incremento de nacimientos de niños con alto riesgo en el INMP y las solicitudes de atención de estos niños por los centros de menor complejidad.

DIMENSIÓN EQUIPAMIENTO E INSUMOS

- El nuevo equipamiento especializado del INMP está relacionado a la visión institucional de incorporación y generación de nuevas tecnologías que respondan a las necesidades de la atención de la mujer en las diferentes etapas de la vida y del neonato de alto riesgo. Su uso continuo amerita contar con un buen sistema de mantenimiento y de reposición
- El buen porcentaje de ejecución del gasto presupuestal asignado, garantiza el esfuerzo del Instituto en proveer lo necesario para una atención de calidad a los pacientes. El presupuesto asignado al Instituto todavía resulta insuficiente para cumplir con las acciones de desarrollo en infraestructura programadas y reposición de equipamiento.

DIMENSIÓN RECURSOS HUMANOS

- La brecha de recursos humanos en el INMP está cubierta temporalmente por contratos de personal en la modalidad de terceros, esto no asegura la sostenibilidad y continuidad del servicio, sobre todo en el área asistencial, lo que se constituye en un riesgo en la atención integral de los pacientes.

DIMENSIÓN INSTITUCIONAL

ATENCIÓN EN SALUD

- El perfil del usuario que acudió al INMP tanto en consultorios o por hospitalización está cambiando, manteniéndose un incremento de pacientes mayores de 35 años en los dos últimos años; procedentes la mayoría de Lima Metropolitana de los distritos del Cono Este, y a nivel nacional de Lima Provincias, Ica y Junín.
- Las morbilidades más frecuentes atendidas en obstetricia continúan siendo la atención de embarazos de alto riesgo, complicados por trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias, en ginecología se observa un incremento del requerimiento de consultas de medicina reproductiva por problemas de infertilidad y tratamiento de tumoraciones uterinas.
- Existe un incremento constante de las cirugías ginecológicas y una tendencia a la disminución de cirugía pediátrica.
- La atención en sala de partos se encuentra en franca disminución habiéndose incrementado los nacimientos por cesáreas.
- La atención de las patologías de prioridad I en Emergencia es predominante, estas deberían ser solucionadas en centros de salud de menor nivel de atención.

- La producción del servicio especializado de medicina reproductiva se encuentra en marcado ascenso.
- La atención de niños prematuros y de muy bajo peso (menores de 1,500 gr) se sigue incrementado en neonatología generando hacinamiento en las unidades de cuidados críticos neonatales lo que limita la aceptación de gestantes con riesgo de parto prematuro. En control ambulatorio no se logra el 90% de seguimiento a los niños de alto riesgo.
- El alto riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud IAAS en el INMP descansa en la población de las unidades neonatales, por la alta densidad de prematuros que atienden quienes, por sus características intrínsecas, debido a su inmadurez, requieren de tratamientos invasivos y larga estancia.
- La tasa elevada de mortalidad neonatal se basa en el alto porcentaje de recién nacidos muy bajo peso, lo que incrementa el riesgo de mortalidad por las condiciones en que nace y por la estancia prolongada que requieren.
- Respecto al cáncer, el del cuello uterino continúa siendo el de mayor prevalencia en mujeres mayores de 35 años, patología que es necesaria diagnosticar oportunamente y promover la vacunación contra el VPH en adolescentes.

GESTION

- La investigación y la generación de herramientas innovadoras en el campo de la capacitación o atención deben incrementar su producción para continuar siendo considerados como Instituto Nacional.
- La Telesalud es un importante servicio para la atención de pacientes y capacitación del personal de salud que se desarrolló mucho durante la epidemia del COVID-19 en diversas regiones. El Instituto debe fortalecer sus acciones ya que por este medio se pueden disminuir las referencias inadecuadas, el manejo inicial de morbilidades que pongan en peligro la vida de los pacientes, el adecuado traslado, entre otras cosas.
- Los aspectos financieros referentes a la atención de la gestante y del recién nacido están cubiertos por el SIS. La escasez y la limitación en la gestión de los recursos directamente recaudados no permite invertir en aspectos que también se invierten en la mejora de la calidad de atención de nuestros pacientes
- La demanda de referencias al Instituto a nivel nacional es alta y el porcentaje de aceptación es muy baja por lo que es necesario replantear el sistema de referencias nacional de tal manera que mejore su gestión en beneficio de la atención materna y neonatal
- El grado de satisfacción del usuario en el INMP es variable, según el servicio evaluado, y las causas son diferentes por lo que se debe trabajar para la optimización de estos indicadores de calidad
- La mayoría de eventos adversos en el Instituto están relacionados a la atención del parto, los cuales deben ser considerados en las acciones planificadas para mejorar la calidad de atención

DIMENSIÓN FACTORES EXTERNOS

- El estrechamiento de la pirámide poblacional indica el “envejecimiento” de la población y la necesidad de enfocar las acciones de salud del Instituto hacia las necesidades de una población con mayor edad

- El control prenatal a pesar de su buena cobertura no logra controlar las principales morbilidades del embarazo. El alto porcentaje de adolescentes embarazadas y la baja cobertura en el control posnatal incrementan el riesgo de la presentación de morbilidades relacionadas a la gestación.
- A pesar de que el 2024 muestra las cifras más bajas de muerte materna en el Perú y los índices están por debajo de las metas de los Objetivos del desarrollo Sostenible todavía se encuentran altos en comparación a países vecinos.
- La violencia sexual en la mujer determina embarazos no deseados que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
- La reducción de la fecundidad y la tendencia a la disminución de sus índices para los próximos años, aunado al inicio tardío del embarazo, determina un nuevo enfoque de los establecimientos encargados de la atención materno neonatal entre ellos el INMP.
- El número de nacimientos en el Perú tiene una tendencia a la baja en los últimos años, pero con un incremento del porcentaje de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer lo que aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel nacional
- La alta tasa de mortalidad neonatal que predomina en las regiones de la sierra y selva del país, así como la alta tasa de mortalidad en prematuros, determina un enfoque más crítico a las políticas dirigidas para su disminución.
- El incremento de la pobreza en los dos últimos años, y los altos niveles de deserción escolar, inciden en el acceso a la salud y el nivel de complejidad de la morbilidad con que se presenta el usuario a los establecimientos de salud.

Alternativas de solución según la dimensión de la problemática

Dimensión	Alternativa de solución
AMBIENTES FISICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del Plan Maestro Institucional
EQUIPAMIENTOS E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de IOARR presentados al MINSA
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Política de RRHH del MINSA nombramiento y contratos a plazo indefinido
INSTITUCIONAL: ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las unidades de atención del paciente en condición crítica • Fortalecer la atención y el manejo del prematuro y prevención de discapacidades • Fortalecer la vigilancia de la morbilidad materna extrema • Fortalecer el desarrollo de la Medicina materno Fetal • Fortalecer el desarrollo de la Medicina Reproductiva
INSTITUCIONAL: GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los procesos de investigación y creación de herramientas para la atención y docencia • Fortalecer la telesalud en sus diferentes componentes • Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia para mejorar la atención de la gestante y el neonato de alto riesgo. • Impulsar las políticas de calidad de la atención y satisfacción del usuario del INMP
FACTORES EXTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> • El planeamiento estratégico institucional reconoce el dinamismo de los factores externos mediante estudios de investigación de las ciencias sociales y epidemiológicas en la salud de la mujer y el recién

	nacido, para plantear líneas estratégicas de acción interna y externa.
--	--

V.2 ANÁLISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • INMP es considerada de Referencia nacional en salud materno perinatal • Infraestructura moderna y funcional • Alta cobertura de afiliadas al SIS • Considerado como de mejor equipamiento y tecnología del país para la atención materno perinatal • Tiene la mayor cantidad de subespecialistas en ramas de la pediatría y la gineco-obstetricia, lo que garantiza la calidad en la atención • Desarrollo de nuevas tecnologías como cirugía fetal y reproducción asistida de alta complejidad • Creación del Banco de leche humana y organización de la red Nacional de Bancos de Leche Humana • Programa de Tamizaje neonatal con cobertura institucional y de Regiones del país. • Organización de actividades docentes y de capacitación con participación de expertos extranjeros • Desarrollo de telemedicina 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 31856. Que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro • Ley 31633. Que implementa y desarrolla los Bancos de Leche Humana • Ley 31975 que modifica la Ley 29885. Que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Alta vulnerabilidad estructural e inseguridad no estructural para hacer frente a desastres o eventos adversos • Capacidad instalada de UCI neonatal insuficiente para la demanda • Falta reposición de equipos biomédicos de última generación • Insatisfacción del usuario • Recursos humanos insuficientes motivo por el cual existe alta contratación de terceros. • Los niveles de investigación se mantienen bajos en comparación de otros Institutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la tasa de fecundidad • Incremento de la prematuridad por factores relacionados a los determinantes socio económicos y el acceso a los servicios de salud.

Acciones que se derivan del análisis FODA:

1. Corregir debilidades:

- Mejorar la vulnerabilidad estructural e inseguridad no estructural mediante la ejecución del Plan Maestro 2024-2026
- Mejorar la capacidad instalada para UCI neonatal y coordinar con el MINSA la modulación de la demanda de gestantes con riesgo de parto prematuro
- Ejecutar el Plan de reposición de equipos biomédicos para la atención especializada materna y neonatal, mediante la ejecución del Plan de mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de Salud 2024-2026
- Mejorar la calidad de la atención para disminuir el grado de insatisfacción del usuario
- Realizar las acciones administrativas correspondientes con el MINSA para disminuir los contratos por servicios de terceros incrementando los nombramientos y el servicio de personal por contrato por tiempo indeterminado
- Incentivar la investigación operativa institucional así como la publicación de evidencias en la revista institucional u otras de revistas de reconocimiento internacional

2. Afrontar amenazas:

- Frente a la disminución de la tasa de fecundidad a nivel nacional que se traduce en la disminución de la atención de la embarazada, el Instituto debe ampliar las acciones a otras necesidades de la mujer, atención del embarazo tardío, medicina reproductiva, climaterio y cáncer
- Frente al incremento de la prematuridad, el Instituto debe fortalecer la atención de prematuros extremos, menores de 1,500 gr y diminutos menores de 1000 gr, y establecer normas nacionales para su atención y seguimiento integral

3. Mantener y optimizar fortalezas

- Mantener liderazgo en la atención materna y neonatal en el país, generando normas y políticas en beneficio de la mujer y el recién nacido.
- Mantener y optimizar la infraestructura, equipamiento y desarrollar tecnología para la atención especializada en el campo de la perinatología y en la atención de la salud de la mujer, mediante la ejecución del Plan Maestro Institucional
- Mantener y ampliar la atención por personal de salud subespecializados en neonatología, medicina y cirugía fetal, medicina reproductiva e infertilidad entre otras
- Desarrollar las nuevas tecnologías en cirugía fetal y reproducción asistida de alta complejidad
- Mantener el liderazgo de la red nacional de bancos de leche humana y dirigir la ampliación de la red a otras regiones del país
- Optimizar el Programa de Tamizaje que brinda servicio a nivel nacional
- Mantener y mejorar la capacitación de recursos humanos en la atención de la mujer y el recién nacido de las diferentes regiones del país mediante la reactivación del SICAP
- Optimizar las funciones de Telesalud en sus diferentes áreas: Telemedicina, telecapacitación, teleeducación y telegestión

4. Explotar Oportunidades:

- Ley N° 31856. Que garantiza la atención de la salud de acuerdo a las necesidades individuales del recién nacido prematuro, que implican el desarrollo de las acciones para la prevención del parto prematuro, para la atención diferenciada del parto prematuro, para la atención hospitalaria, priorizada y personalizada del recién nacido prematuro, y para el seguimiento de la prematuridad, así como el financiamiento de las prestaciones.

- Ley 31633. Que implementa y desarrolla los Bancos de Leche Humana, la que dispone que el INMP es responsable de la Secretaría Técnica del Comité Nacional de Bancos de Leche Humana encargado de impulsar la mejora y calidad de los servicios públicos que se prestan a las personas mediante los bancos de leche humana y garantizar el desarrollo de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana
- Ley 31975 que modifica la Ley 29885. Que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal, la que dispone el desarrollo institucional para la implementación en forma progresiva y financiada para realizar las pruebas de hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia, catarata y cardiopatía congénitas.

CAPÍTULO VI VINCULACION DEL ASIS Y PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL

El ASISHO del INMP se vincula al Plan Estratégico Institucional 2022-2026 en el análisis de la problemática para determinar metas institucionales y definir estrategias y políticas para el logro de estas metas. Los objetivos estratégicos están ligados a una serie de acciones destinadas a solucionar los problemas encontrados y los planes de desarrollo. Los objetivos estratégicos institucionales son los siguientes:

OEI 1. Afianzar el liderazgo en investigación, docencia y atención integral altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer en todas sus etapas de vida, y del neonato de alto riesgo, en conmemoración al bicentenario institucional.

OEI 2. Alcanzar la acreditación considerando el desarrollo de su potencial humano e infraestructura, la incorporación y generación de nuevas tecnologías, contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive del sistema nacional de salud

Las acciones relacionadas a la problemática identificada en el ASISHO se vinculan con los objetivos específicos correspondientes:

Dimensión	Alternativa de solución	Plan Estratégico Institucional
AMBIENTES FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de Plan Maestro actualizado 	<ul style="list-style-type: none"> OE 2.3. Fortalecer la capacidad resolutive institucional ejecutando el Plan Maestro
EQUIPAMIENTOS E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de Plan Maestro actualizado 	<ul style="list-style-type: none"> OE 2.3. Fortalecer la capacidad resolutive institucional ejecutando el Plan Maestro
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> Política de RRHH del MINSA nombramiento y contratos a plazo indefinido 	<ul style="list-style-type: none"> OE 2.2 Fortalecer el potencial humano mediante el desarrollo de competencias acorde a la acreditación, incorporando y generando nuevas tecnologías
INSTITUCIONAL: ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las unidades de atención del paciente en condición crítica Fortalecer la atención y el manejo del prematuro y prevención de discapacidades Fortalecer la vigilancia de la morbilidad materna extrema Fortalecer el desarrollo la Medicina materno Fetal Fortalecer el desarrollo de la Medicina Reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> OE 1.1 Afianzar el liderazgo en la investigación docencia y atención altamente especializada de la salud sexual y reproductiva de la mujer OE 1.2 Afianzar el liderazgo en la investigación docencia y atención altamente especializada clínica y quirúrgica del neonato de alto riesgo
INSTITUCIONAL: GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los procesos de investigación y creación de herramientas para la atención y docencia 	<ul style="list-style-type: none"> OE 1.1 Afianzar el liderazgo en la investigación docencia y atención altamente especializada de la salud

Dimensión	Alternativa de solución	Plan Estratégico Institucional
	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la telesalud en sus diferentes componentes • Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia para mejorar la atención de la gestante y el neonato de alto riesgo. • Impulsar las políticas de calidad de la atención y satisfacción del usuario del INMP 	<p>sexual y reproductiva de la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • OE 1.2 Afianzar el liderazgo en la investigación docencia y atención altamente especializada clínica y quirúrgica del neonato de alto riesgo • OE 2.4 Incorporar el desarrollo de la atención especializada como función misional contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive del Sistema Nacional de Salud

En conclusión, tenemos que la actualización del ASISHO permite que los gestores cuenten con insumos que pueden determinar el dinamismo de la ejecución del Plan Estratégico Institucional con la finalidad que el INMP mantenga el liderazgo de la atención de la mujer y el recién nacido a nivel nacional y su perspectiva de desarrollo hacia el futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población peruana 2024. Una mirada de la diversidad étnica. Julio, 2024.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas con enfoque de género. Informe técnico 01 marzo 2025.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2024. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
4. Situación de la Mortalidad Materna 2024 (SE 51).
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2024/SE522024/03.pdf>
5. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. El Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA. Boletín Estadístico. Diciembre 2024.
6. WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022
7. CDC-MINSA Boletín Epidemiológico SE 24-2024
8. Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. MCLCP. Balance anual de salud materna y neonatal año 2024, perspectiva 2025.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2014-2023. Mayo 2024
10. INEI. Estadísticas de las tecnologías de información y Comunicación en los Hogares. Informe técnico N°04 diciembre 2024

ANEXOS

ANEXO 1. PLAN MAESTRO INSTITUCIONAL

UBICACIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal, se encuentra ubicado en jr. Santa Rosa (ex Antonio Miro Quesada) N° 940, esquina con Huanta N° 927, esquina Jirón Cusco N° 905, 927, esquina Jirón Cangallo N° 550, Barrios Altos, en el centro histórico de la Ciudad de Lima.



Está constituido por dos sectores (predios)

- Local Principal: Sector A

Jirón Miro Quesada N° 941 – Cercado de Lima

Área de terreno: 15,972.66 m²

Área Construida: 37,500 m²

Partida Registral: N° 13318743

Local a reconstruir: Sector B – Ex -INO

Jirón Miro Quesada N° 940 – Cercado de Lima

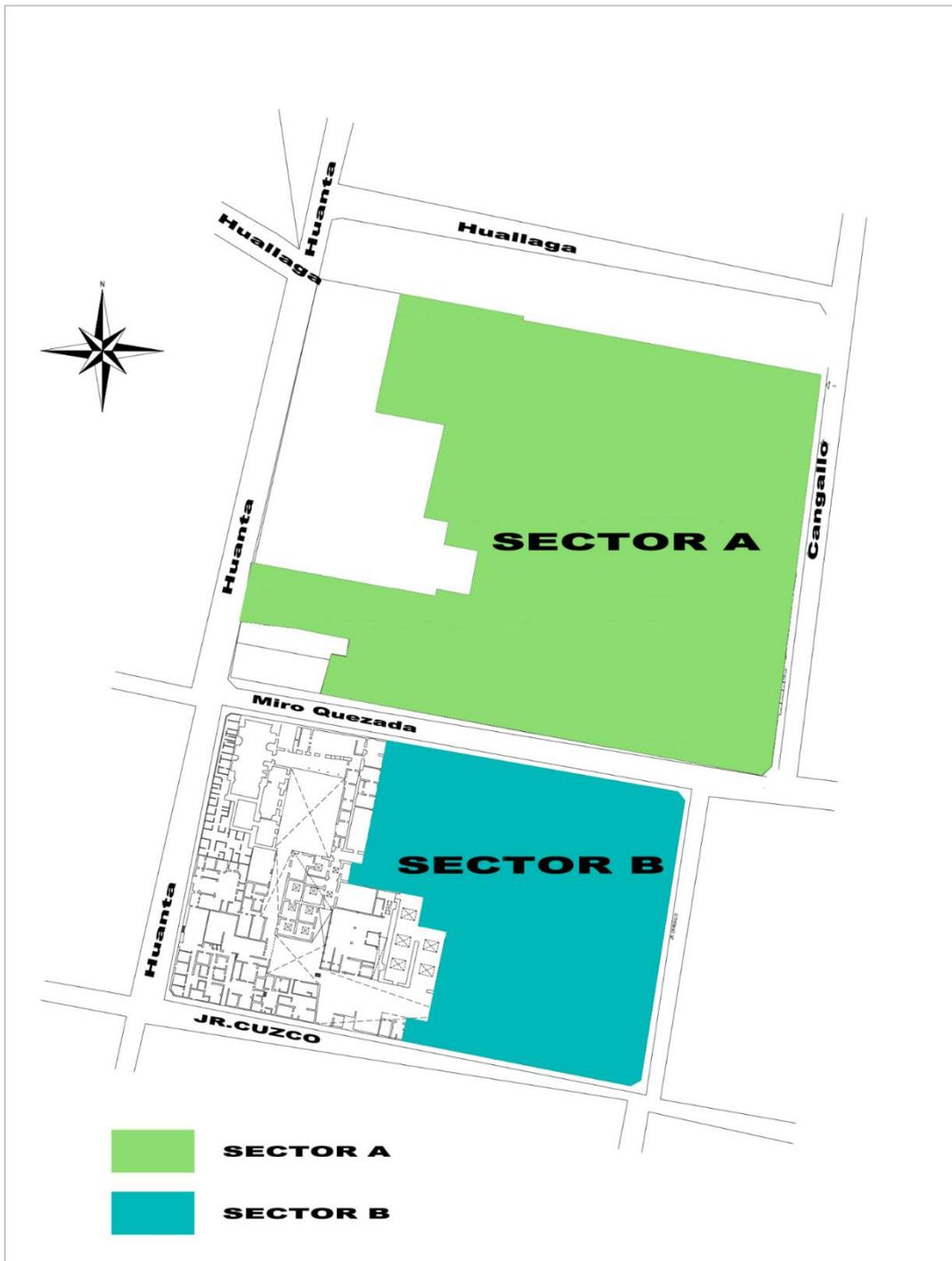
Área de terreno: 8,261.55 m²

Área de Monumental protegida: 3,757.21 m²

Área Construida: 6,273.16m²

Partida Registral: N° 11942644

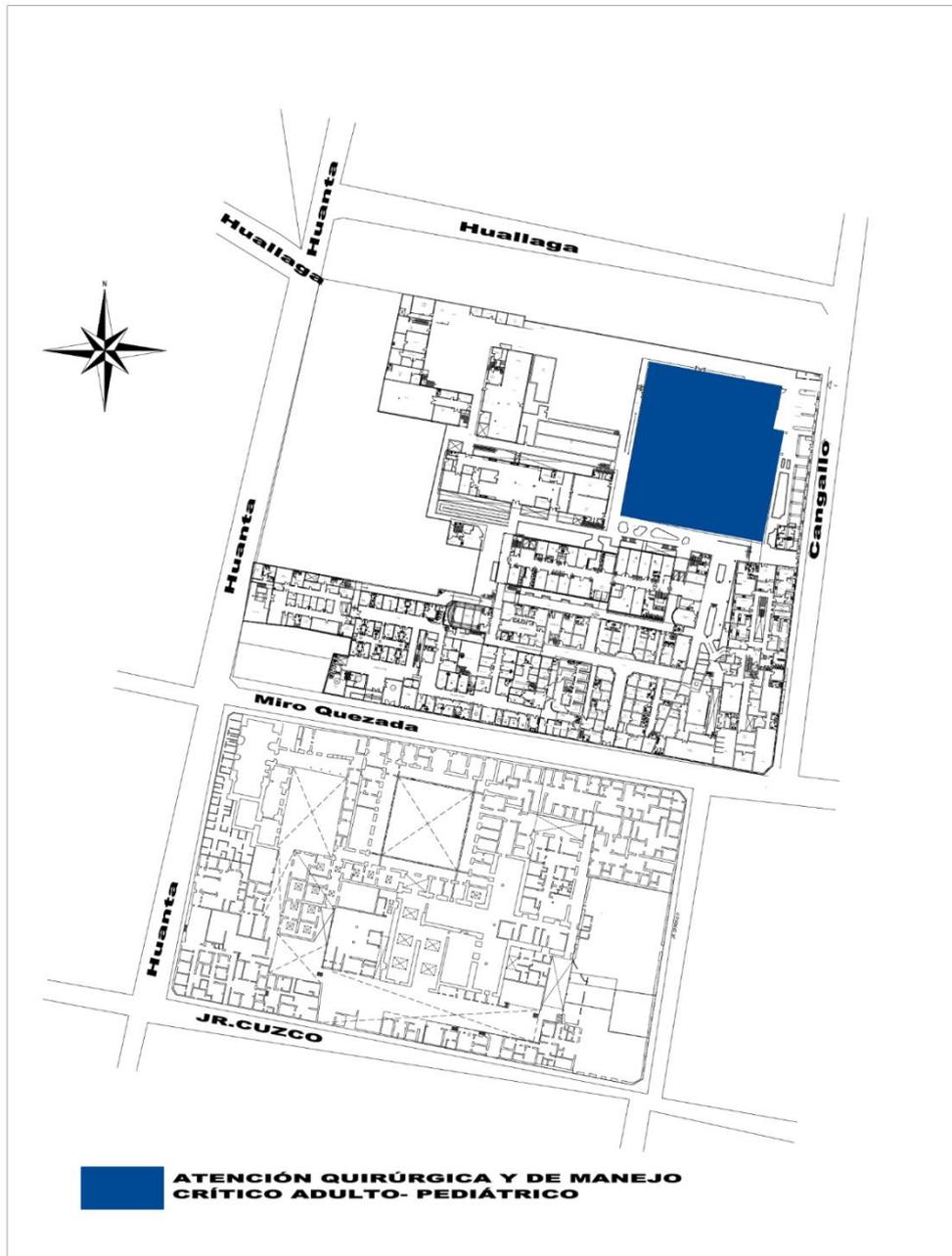
Instituto Nacional Materno Perinatal y Sectorización de Predios



Fuente: UPI-OEPE

ZONIFICACIÓN DEL SECTOR A:

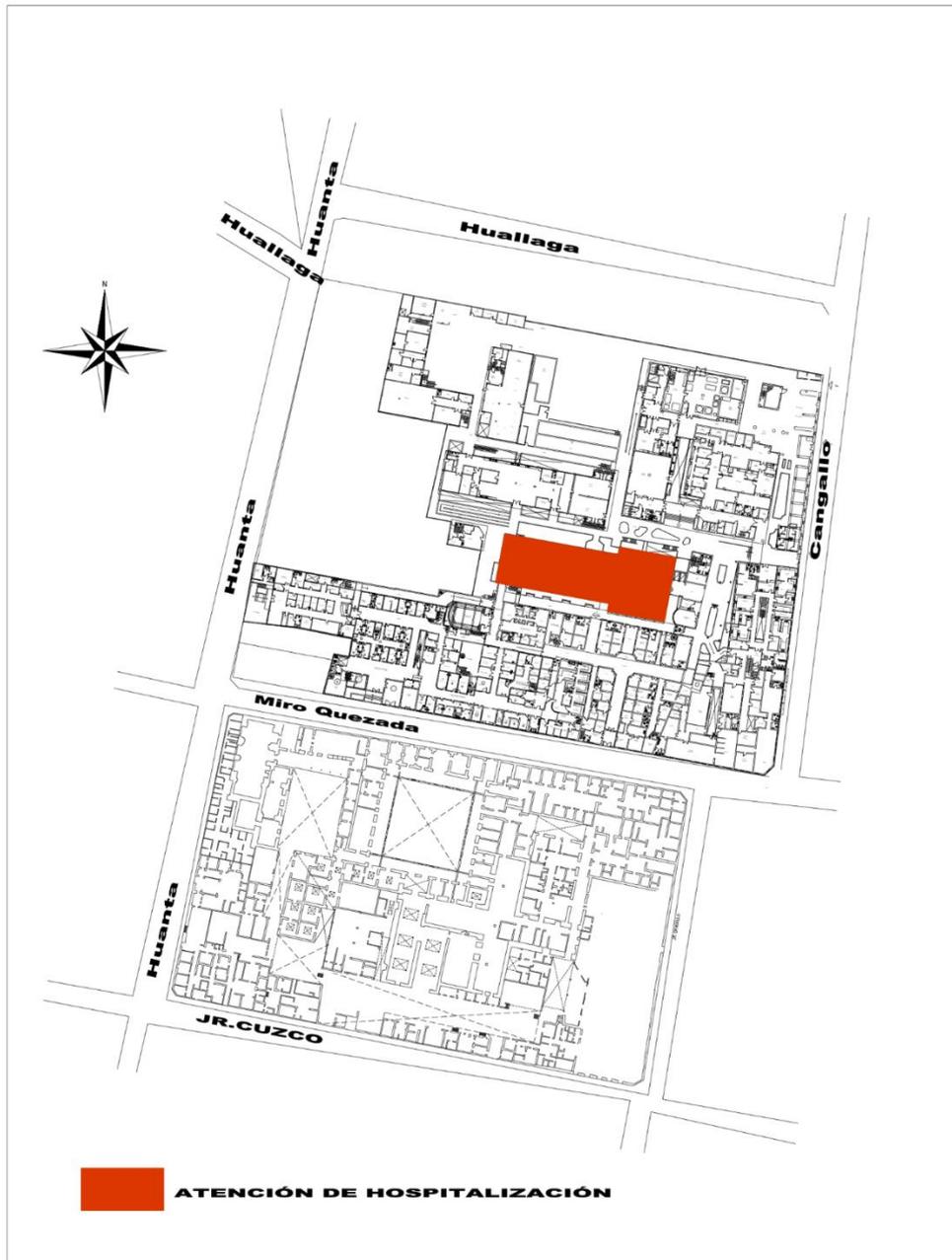
ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y DE MANEJO CRÍTICO ADULTO- PEDIÁTRICO: COMPLEJO PERÚ – JAPÓN



Fuente: UPI-OEPE

Se encuentra ubicado en el edificio Perú-Japón, edificio de 5 niveles de 2200 m² por nivel, con los servicios de Cirugía: SOP y UPO, Unidades de cuidados críticos e intermedios materna y neonatal, Sala de partos y AIRN, Emergencia.

Atención de hospitalización:



Fuente: UPI-OEPE

Se encuentra ubicado en el edificio Perú-Alemán, edificio de 4 niveles de 970 m² por nivel, Cuenta con la siguiente capacidad operativa (190 camas):

Hospitalización de Adolescencia: 46 camas.

Hospitalización Obstetricia (piso 2): 49 camas.

Hospitalización Obstetricia (piso 3): 51 camas.

Hospitalización Obstetricia (piso 4): 44 camas.

Atención ambulatoria: Consultorios externos actual

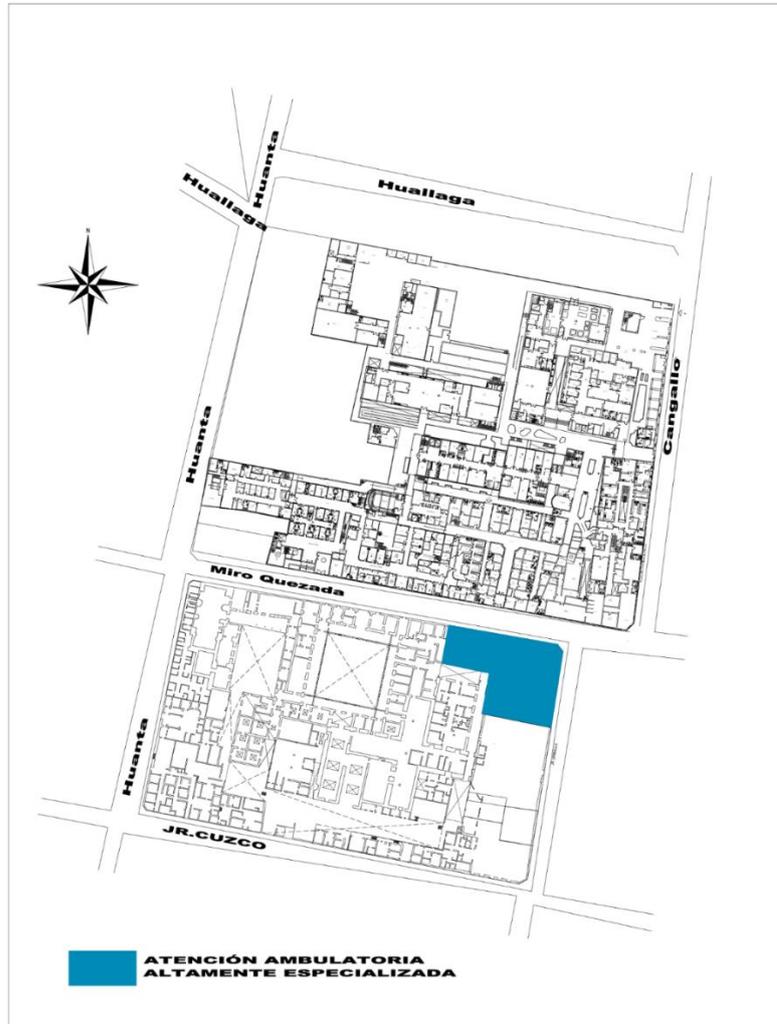


Fuente: UPI-OEPE

Se encuentra ubicado en el bloque de edificio antiguo de INMP, edificio de 2 niveles de 2400 m² por nivel, con los servicios de Especialidades de apoyo y Disciplinas de apoyo

ZONIFICACIÓN DEL SECTOR B (Local a reconstruir): LOCAL DEL EX -INO

PROPUESTA PARA SEGUNDA ETAPA: COMPLEJO PERÚ-JAPÓN PARA LA ATENCIÓN ALTAMENTE ESPECIALIZADA EN SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER Y EL SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE ALTO RIESGO.

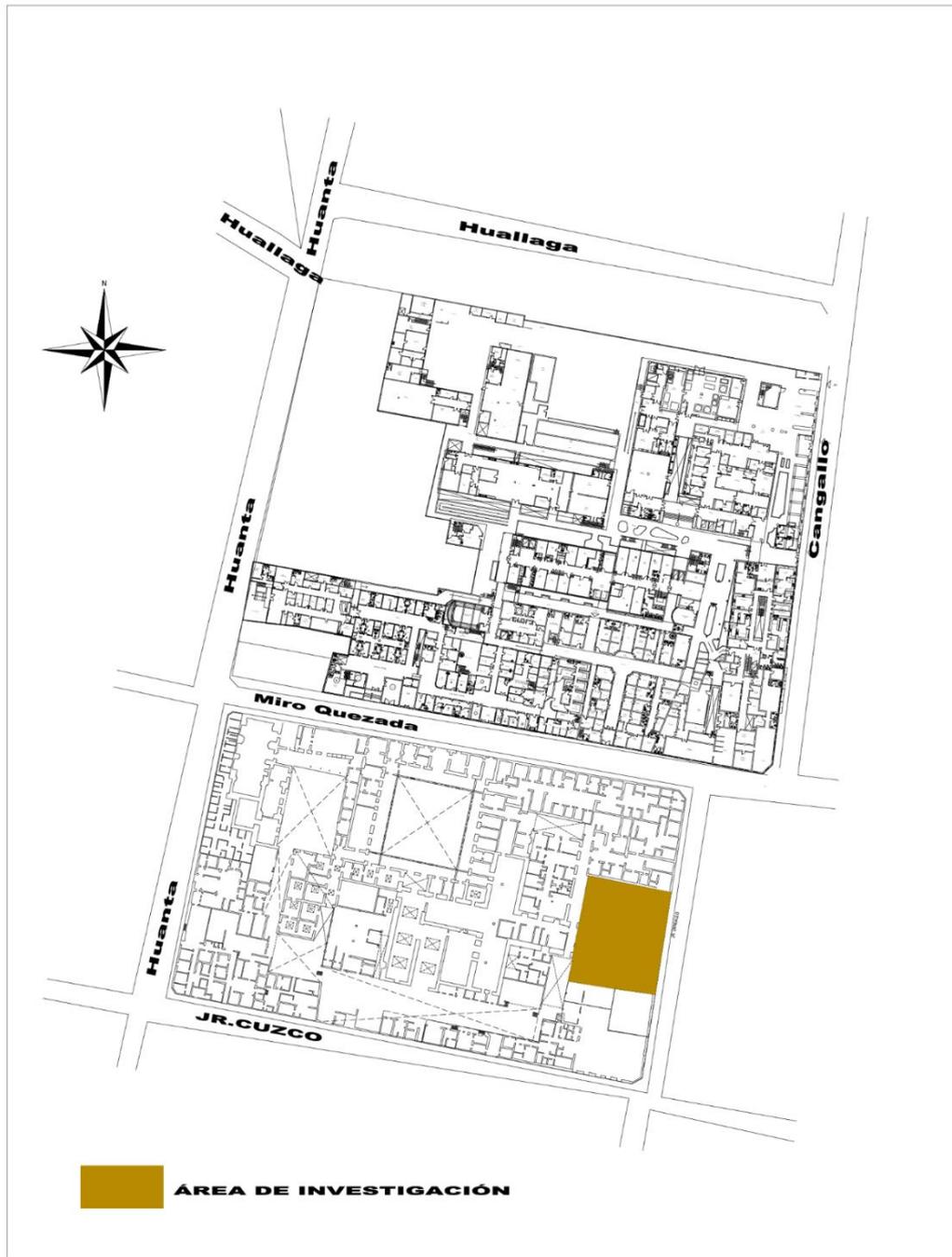


Fuente: UPI-OEPE

Se ubicará en el bloque de edificio del Ex INO, edificio de 3 niveles de 1170 m² por nivel, con los siguientes servicios de alta especialidad:

- Medicina Fetal.
- Infertilidad.
- Diagnóstico por imágenes: TAM; RMN; Mamógrafo.
- Telemedicina.
- Climaterio.
- Genética.
- Atención del Prematuro (NAR).
- Laboratorio clínico especializado.

Investigación: Área 2 Ex –INO



Fuente: UPI-OEPE

Se ubicará en el bloque de edificio del Ex INO, edificio de 3 niveles de 930 m2 por nivel, con las siguientes áreas:

- Investigación y desarrollo de tecnologías de Obstetricia,
- Investigación y desarrollo de tecnologías de Ginecología.
- **Investigación y desarrollo de tecnologías de Neonatología.**

Docencia: Área 3 Ex –INO



Fuente: UPI-OEPE

Se ubicará en el bloque de edificio del Ex INO, edificio de 3 niveles de 890 m² por nivel, con las siguientes áreas:

- Complejo de laboratorios de simulación.
- Auditorio principal.
- Complejo de aulas.

Desarrollo Nacional de la Atención Especializada: Área 4 Ex –INO

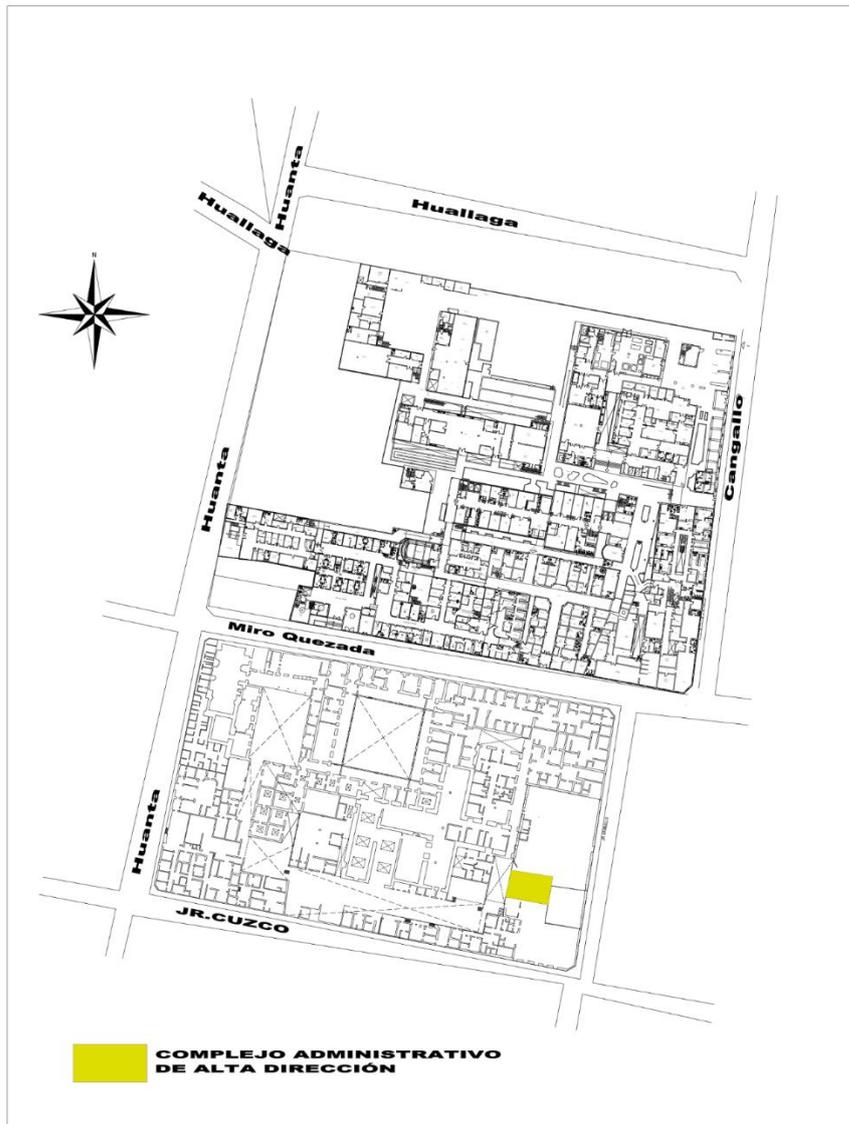


Fuente: UPI-OEPE

Se ubicará en el bloque de edificio del Ex INO, edificio de 3 niveles de 180 m² por nivel, con las siguientes áreas:

- Desarrollo de la atención especializada en Lima Metropolitana.
- Desarrollo de la atención especializada descentralizada en Regiones.

Complejo administrativo de la Alta Dirección: Área 5 Ex –INO



Fuente: UPI-OEPE

Se ubicará en el bloque de edificio del Ex INO, edificio de 5 niveles de 200 m² por nivel, con las siguientes oficinas:

- Dirección General y Secretaría General.
- Dirección de Obstetricia y Ginecología.
- Dirección de Neonatología.
- Dirección de Soporte.
- Oficina de Administración.

**EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD
AMBIENTAL**

Vigilancia epidemiológica

Lic. Carmen Rosa Yábar Calderón
Lic. César André Galvez Centeno
Lic. Delquier Hernández Tapullima
Lic. Érica Torres Moreno
Obst. Anjhelly Cisneros Arana
Obst. Sonia Chinga Chumpitaz
Obst. Yolanda Quispe Alosilla
Obst. Elizabeth Ramos Palomino

Salud ambiental

Ing. Vania Pachas Yarlequé
Ing. Luis Pisco Burnes
Bach. Ing. Raisa Salinas Romero