



2025

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIA ASISHO- 2025



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 SARAVIA
- **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. CLAUDIA PACHECO RIVERA
- **Jefa de Órgano de Control Institucional:** CARLOS MIGUEL MORENO LEYVA
- **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. WALTER JERRY DE LA PEÑA MENIZ
- **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. WILFREDO GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ
- **Jefe de la Oficina de Servicios Generales:** Ing. JUANA ESTHER RAMIREZ GARCIA
- **Jefa de la Oficina de Comunicaciones:** Lic. BEGONIA IVETTE OTINIANO JIMENEZ

JEFES DE DEPARTAMENTO Y SERVICIOS

- M.C. ISOLINA ABURTO SORIA Jefe del Departamento de Especialidades Médicas.
- M.C. DANTE SEGURA PINEDO 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. CARMEN ROSA FUERTES GAMARRA Jefa del Departamento de Enfermería.
- OBST. CARMEN ESPINOZA ARANDA Jefa del Departamento de Obstetras.
- 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. ENRIQUE GUEVARA RIOS 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. PEDRO GARCIA APARCANA 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. NUT. 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. TS. JOVANNA OCHANTE REMENTERÍA Jefa del Servicio de Trabajo Social
- LIC. NUT. RAÚL OLIVARES CARRERA Jefe del Servicio de Nutrición
- M.C. MIGUEL PAREDES ASPILCUETA Jefe del Servicio de Banco de Sangre
- M.C. DAYANNI TAVARA QUISPE 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. 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

**ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD HOSPITALARIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2025**

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

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 139 - 2026-DG-INMP-MINSA



Resolución Directoral

Lima, 06 de mayo del 2026

VISTO:

El expediente N° 26-7249-1 conteniendo el Memorando N° 668-2026-OEPE/INMP de fecha 21 de abril de 2026, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, quien adjunta el Informe N° 004-2026-ECS-UFO-OEPE-INMP, de fecha 21 de abril de 2026 de la Unidad Funcional de la Oficina de Planeamiento Estratégico y el Memorando N° 198-2026-OESA/INMP de fecha 23 de marzo de 2026 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 2025 del Instituto Nacional Materno Perinatal.



CONSIDERANDO:

Que, el numeral I del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - 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 irrenunciable; el numeral IV indica que la salud pública constituye una - responsabilidad primaria del Estado, mientras que la responsabilidad en materia de salud individual es I) compartida entre el individuo, la sociedad y el Estado; el numeral V establece que corresponde al Estado vigilar, cauteriar 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 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;



Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 26842, 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;



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";



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 del planeamiento estratégico y de gestión institucional";



21 MAYO 2026

RECIBIDO

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, 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;

Que, el Documento Técnico titulado "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASISHO-2025) del Instituto Nacional Materno Perinatal", es una herramienta que científica- metodológica, que permite mediante la evaluación de las condiciones de vida y perfil socio-demográficos de nuestros pacientes, la identificación de las principales causas de hospitalización e indicadores clave, así como el análisis de la capacidad resolutive, producción de servicios y eficiencia de nuestras unidades especializadas ante la demanda nacional, identificar brechas y plantear soluciones y espacios de desarrollo un año antes de conmemorarse los 200 años de la fundación del Instituto Nacional Materno Perinatal, asimismo, permitirá plantear enfoques innovadores en el manejo especializado de la mujer en ginecología, oncología ginecológica, climaterio, medicina reproductiva, medicina materno- fetal, obstetricia crítica, así como el recién nacido en estado crítico incidencia en el manejo de la prematuridad;

Que, mediante el Memorando N° 198-2026-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 2025 del Instituto Nacional Materno Perinatal"; el cual ha sido revisado según el Memorando N° 668-2026-OEPE/INMP, por la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico adjuntando el Informe N° 004-2026-ECS-UFO-OEPE-INMP, de la Unidad Funcional de Organización, en el cual se emite opinión favorable y recomienda la emisión de la presente resolución;

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° 006-2022/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el documento técnico: "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria ASISHO-2025 del Instituto Nacional Materno Perinatal", que forma parte integrante de la presente resolución, en 108 páginas.

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

ARTICULO TERCERO: El responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia de la Institución, publicara la presente Resolución en el Portal Institucional.



I. TASAYCO



C. VELÁSQUEZ



C. PACHECO



C. PÉREZ



I. CHADA

FDAP/JLCHR/klpb

- Cc.
- DEOG
- OEA
- OEPE
- DEN

- DEEMSC
- OESA
- OGC
- OAJ

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. FÉLIX DASIO AYALA FERLTA
C.M.P. N° 19726 - R.N.E. N° 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO

- OEI (Pág Web)
- Archivo

PRESENTACION

Este 2026 al conmemorarse los 200 años de la fundación del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) nos encontramos en un punto de inflexión histórica que exige una mirada profunda a nuestra trayectoria y desafíos actuales. El presente **Análisis de Situación de Salud Hospitalaria 2025 (ASIS-HO)** no solo cumple con ser una herramienta técnica para la toma de decisiones, sino que se constituye como un balance de dos siglos de servicio a la salud pública. En este marco del Bicentenario, este documento describe y analiza los determinantes sociales y el perfil de salud de nuestra población, permitiéndonos honrar nuestro legado mediante la planificación estratégica de un futuro más equitativo y eficiente.

Desde su fundación el 10 de octubre de 1826 por iniciativa de Don Hipólito Unanue, nuestra institución ha evolucionado de ser una 'Casa de Maternidad' para socorrer a las mujeres más vulnerables de Lima a convertirse en un Instituto Nacional de alta complejidad (Nivel III-2) al servicio de todo el país.

El ASIS-HO 2025 es una herramienta científica-metodológica que permite mediante la evaluación de las condiciones de vida y perfil socio-demográficos de nuestros pacientes, la identificación de las principales causas de hospitalización e indicadores clave, así como el análisis de la capacidad resolutive, producción de servicios y eficiencia de nuestras unidades especializadas ante la demanda nacional, identificar brechas y plantear soluciones y espacios de desarrollo un año antes de cumplir el bicentenario de nuestra creación

El presente documento 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** de la **Mujer** en ginecología, oncología ginecológica, climaterio, medicina reproductiva, medicina materno-fetal, obstetricia crítica, así como del **Recién Nacido** en estado crítico incidiendo en el manejo de la prematuridad.

Celebrar el bicentenario de creación no es solo un acto de memoria, sino una oportunidad para proyectar el futuro de la salud materno-perinatal en el Perú. El ASIS-HO 2025 del INMP se presenta, por tanto, como la brújula estratégica que guiará nuestros planes operativos y proyectos de inversión, asegurando que cada mujer y cada recién nacido reciban la atención altamente especializada que su dignidad humana exige.

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	32
2.2.1 Categoría hospitalaria	32
2.2.2 Organigrama	32
2.2.3 Cartera de servicios	34
2.2.4 Recursos humanos	35
2.2.5 Estructura hospitalaria	36
2.2.6 Equipamiento	38
2.2.7 Presupuesto y ejecución presupuestal	40
2.2.8 Índice de seguridad hospitalaria	45
CAPITULO III. ANALISIS DE SALUD DE LA DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS	48
3.1 Análisis de la demanda	48
3.2 Análisis del financiamiento	70
3.3 Referencias y contrarreferencias	71
3.4 Saneamiento ambiental	74
CAPITULO IV. ANALISIS DEL ESTADO DE SALUD O RESULTADOS SANITARIOS	77
4.1 Morbilidad	77
4.2 Infecciones asociadas a la atención de salud	82
4.3 Incidencia de tuberculosis, VIH Y cáncer en la población atendida	83
4.4 Mortalidad	
4.4.1 Mortalidad materna	86
4.4.2 Mortalidad Neonatal	90
4.5 Satisfacción del usuario	92
4.6 Eventos adversos	92
CAPITULO V. ANALISIS INTEGRADO Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS SANITARIOS	93
CAPITULO VI. VINCULACIÓN DEL ASIS Y PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	99
Bibliografía y anexos	101

TABLAS

- Tabla 1. Hogares que acceden a la TIC según nivel de educación del jefe del hogar. 2018-2025
- Tabla 2. Recursos Humanos, según profesión y modalidad de contrato. INMP. 2025
- Tabla 3. Camas de hospitalización. INMP 2025
- Tabla 4. Número de Equipamiento especializado por UPSS. INMP 2025
- Tabla 5. Tipo de Equipos especializados según UPSS. INMP 2025
- Tabla 6. Ejecución según Categorías Presupuestales al 31 de diciembre 2025
- Tabla 7. Ejecución presupuestal por Programa y Categoría Presupuestal al 31 de diciembre de 2025.
- Tabla 8. Ejecución presupuestal por Categoría Presupuestal y Genérica del Gasto al 31 de diciembre 2025
- Tabla 9. Características de la población que se atiende por consulta externa (Gineco obstetricia). Porcentaje de presentación del atributo. INMP 2021-2025
- Tabla 10. Atendidos en consultorios INMP. Totales 2021-2025
- Tabla 11. Atendidos en consultorios de obstetricia. INMP 2021-2025
- Tabla 12. Atención en adolescentes en consultorios. INMP 2021-2025
- Tabla 13: Atendidos en consultorios de ginecología. INMP 2021-2025
- Tabla 14: Atendidos en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2021-2025
- 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 2021-2025
- Tabla 18. Principales indicadores de Ginecobstetricia. INMP 2021-2025
- Tabla 19. Indicadores de Producción. Departamento de Neonatología 2025
- Tabla 20. Indicadores de Producción UCI Neonatal. INMP 2020 – 2025
- Tabla 21. Atenciones en Centro quirúrgico. INMP 2021-2025
- Tabla 22. Recién nacidos de bajo y muy bajo peso comparativo, Lima Metropolitana e INMP. 2025
- Tabla 23. Atenciones según prioridades en servicio de emergencia. INMP 2025
- Tabla 24. Frecuencia de neonatos tamizados. INMP. 2021-2025
- Tabla 25. Casos detectados con enfermedades metabólicas. Tamizaje neonatal INMP 2021-2025
- Tabla 26. Pacientes positivos detectados por Tamizaje Neonatal nivel nacional 2021 – 2025
- Tabla 27. Pacientes tamizados por tipo de tamizaje. INMP 2018 – 2025
- Tabla 28. Producción de laboratorio especializado Medicina Reproductiva 2021-2025
- Tabla 29. Ecografías obstétricas. Servicio de Medicina fetal. 2025
- Tabla 30. Intervenciones invasivas. Servicio de Medicina Fetal. 2025
- Tabla 31. Producción de Banco de Sangre. INMP 2020-2025
- Tabla 32. Publicaciones Revista Peruana de Investigación, 2019 – 2025
- Tabla 33. Producción de Telesalud. INMP 2025
- Tabla 34. Referencias solicitadas según establecimiento de procedencia. INMP 2025
- Tabla 35. Referencias solicitadas según grupo de patologías. INMP 2025
- Tabla 36. Promedio de cloro residual en el agua mensualizado. INMP 2025
- Tabla 37. Análisis microbiológico en agua para consumo humano - INMP 2025
- Tabla 38. Principales morbilidades por consultorios externos de obstetricia 2021-2025
- Tabla 39. Principales morbilidades por consultorios externos de ginecología 2021-2025
- Tabla 40. Principales morbilidades atendidas en consultorios de pediatría 2021 2025
- Tabla 41. Diagnósticos Obstétricos. INMP 2021 a 2025
- Tabla 42. Diagnósticos de egreso de la UPSS de Obstetricia. INMP 2021 al 2025
- Tabla 43. Diagnósticos de egreso en UPSS de ginecología. INMP. 2021-2025
- Tabla 44. Indicadores obstétricos y ginecológicos. INMP. 2021 al 2025
- Tabla 45. Morbilidades de las UPSS de Neonatología. INMP 2025
- Tabla 46. Indicadores para la prevención de la TMI del VIH. INMP 2025
- Tabla 47. Causa agrupada de pacientes de MME del INMP 2024-2025
- Tabla 48. MME Criterios de Inclusión (AÑO 2024 /2025)
- Tabla 49. Indicadores de Resultados MME. INMP 2024-2025
- Tabla 50. Número de eventos adversos por lugar de ocurrencia. INMP 2025
- Tabla 51. Grupo de clasificación del evento adverso. INMP 2025

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, 1950-2025
- Gráfico 4. Porcentaje de gestantes número de controles y parto institucional. Perú 2020-2025
- Gráfico 5. Porcentaje de nacimiento por cesárea. Perú 2009-2025
- Gráfico 6. Números de muerte materna anual. Perú 2000-2025
- Gráfico 7. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Perú 2002 – 2024
- Gráfico 8. Muerte materna según ciclo de vida. Perú 2017-2025
- Gráfico 9. Proporción de muerte materna según causa. Perú 2012-2025
- Gráfico 10. Violencia contra la mujer de 15 a 49 años. Total, Perú 2009-2025
- Gráfico 11. Tasa Global de Fecundidad. Perú 1950-2024
- Gráfico 12. Nacimientos en el Perú 2018-2025
- Gráfico 13 Porcentaje de nacimientos prematuros y de bajo peso en el Perú 2018-2025
- Gráfico 14. Mortalidad neonatal e infantil. Perú 2000-2024
- Gráfico 15. Número y proporción de muerte neonatal según momento de la muerte. 2012-2026
- Gráfico 16. Muerte neonatal según causas básicas. 2011-2025
- Gráfico 17. Muertes neonatales Lima Metropolitana. Según DIRIS. 2025
- Gráfico 18. Porcentaje de la pobreza multidimensional vs pobreza monetaria por áreas 2024
- Gráfico 19. Hogares con acceso a servicios y bienes de TIC. 2018-2025
- Gráfico 20. Hogares con acceso a computadora e internet. Lima Metropolitana y áreas rurales 2025
- Gráfico 21. Áreas funcionales del INMP
- Gráfico 22. Distribución de bloques y zonas del INMP 2024
- Gráfico 23. Índice de Seguridad y Vulnerabilidad del INMP 2024
- Gráfico 24. Representación por nivel de seguridad Componentes Estructural y no estructural ISH 2024
- Gráfico 25. Representación por nivel de seguridad del Componente Funcional ISH 2024
- Gráfico 26. Distritos de procedencia de pacientes atendidas en el INMP. 2025
- Gráfico 27. Procedencia de pacientes atendidas en el INMP. Nivel Nacional 2025
- Gráfico 28. Tipos de egresos de Hospitalización de Gineco obstetricia. 2020-2025
- Gráfico 29. Índice de prematuridad. 2018 – 2025
- Gráfico 30. Tiempo de permanencia por servicios de hospitalización. Neonatología 2025
- Gráfico 31. Número de intervenciones quirúrgicas por tipo y tendencia. INMP 2021-2025
- Gráfico 32. Producción del Servicio de Banco de Leche Humana. INMP 2010 – 2025
- Gráfico 33. Beneficiarios del Banco de Leche Humana. 2010-2025
- Gráfico 34. Pacientes atendidos con calostroterapia en el INMP. 2018-2025
- Gráfico 35. Producción de fecundación in vitro (FIV-ICSI) 2015-2025. INMP
- Gráfico 36. Publicaciones de investigaciones institucionales en revistas indexadas, 2019 – 2025
- Gráfico 37. Cursos dirigidos a profesionales. INMP 2025
- Gráfico 38. Porcentaje de pacientes financiadas por el SIS. INMP 2021-2025
- Gráfico 39. Porcentaje de solicitudes de transferencias recibidas. INMP 2025.
- Gráfico 40. Residuos Sólidos generados en el INMP 2025.
- Gráfico 41. Tasas de ITS asociada a CVC, CVP y NAVM en Cuidados Neonatales INMP 2025
- Gráfico 42. Incidencias Acumuladas Mensuales de IAAS según Procedimiento en Obstetricia. INMP 2025
- Gráfico 43. Casos Mensuales de TBC INMP 2025
- Gráfico 44. Tipo de Cáncer. INMP 2025
- Gráfico 45. Número y Razón de Muerte Materna INMP 2015-2025
- Gráfico 46. Número de Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2025
- Gráfico 47. Indicadores de mortalidad perinatal. Tasas comparativas x 1000 rnv. 2022-2025
- Gráfico 48. Porcentaje de causa básica de mortalidad neonatal y relación de las causas básicas con la prematuridad. INMP 2025
- Gráfico 49. Porcentaje de sobrevida en RNMBP (1000-1499gr).
- Gráfico 50. Proporciones de satisfacción e insatisfacción totales para los estudios según el modelo SERVQUAL realizados el 2025

INTRODUCCION

El Análisis de Situación de Salud Hospitalaria (ASIS-HO) constituye una herramienta técnica y analítica fundamental para la gestión estratégica de las instituciones de salud. En un entorno donde la demanda asistencial evoluciona constantemente debido al envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la aparición de nuevas amenazas sanitarias, se vuelve imperativo identificar los determinantes que impactan la calidad del servicio y la salud de los usuarios.

Este informe ofrece una visión integral del estado actual del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), evaluando no solo el perfil de morbilidad y mortalidad de la población atendida, sino también la suficiencia de la oferta de servicios, la infraestructura y los recursos humanos disponibles. El objetivo principal es diagnosticar las brechas existentes entre las necesidades de los pacientes y la capacidad de respuesta institucional, proporcionando una base sólida de evidencia para la toma de decisiones, la optimización de recursos y el diseño de planes operativos que garanticen una atención segura, oportuna y humanizada.

A través de este análisis, se busca priorizar los problemas críticos de salud y gestión, estableciendo las líneas de acción necesarias para mejorar los indicadores de impacto y fortalecer la resiliencia del hospital frente a los desafíos del sistema de salud actual.

Cumpliendo 200 años desde su creación el INMP reconoce que existen cambios 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 2025 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 199 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.

Próximos a cumplir los 200 años de creación, y considerando los cambios sociodemográficos del país que se traducen en la disminución de la tasa de nacimientos, el incremento de los embarazos tardíos y la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas de la mujer, el desarrollo tecnológico logrado en las áreas de medicina fetal, medicina reproductiva, neonatología y la oncología femenina, colocan 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 y seguirán contribuyendo 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.

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.

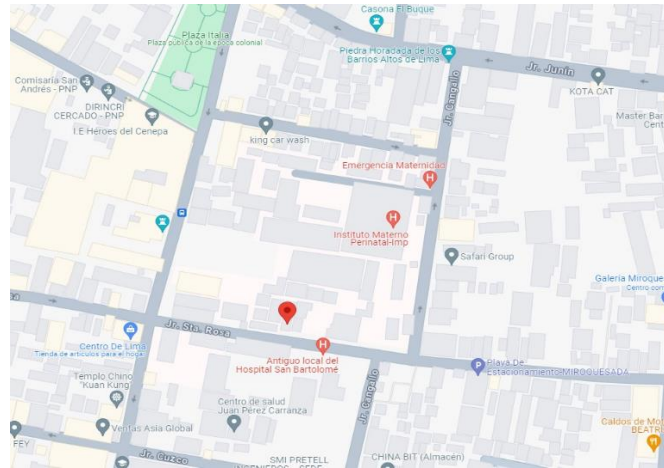
El acceso al Instituto es difícil por su cercanía al Mercado Central, el emporio comercial Mesa Redonda y el Congreso de la República, lo que dificulta el tránsito vehicular por los jirones que llegan al Instituto, caracterizados por ser vías angostas y con comercio ambulatorio.

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

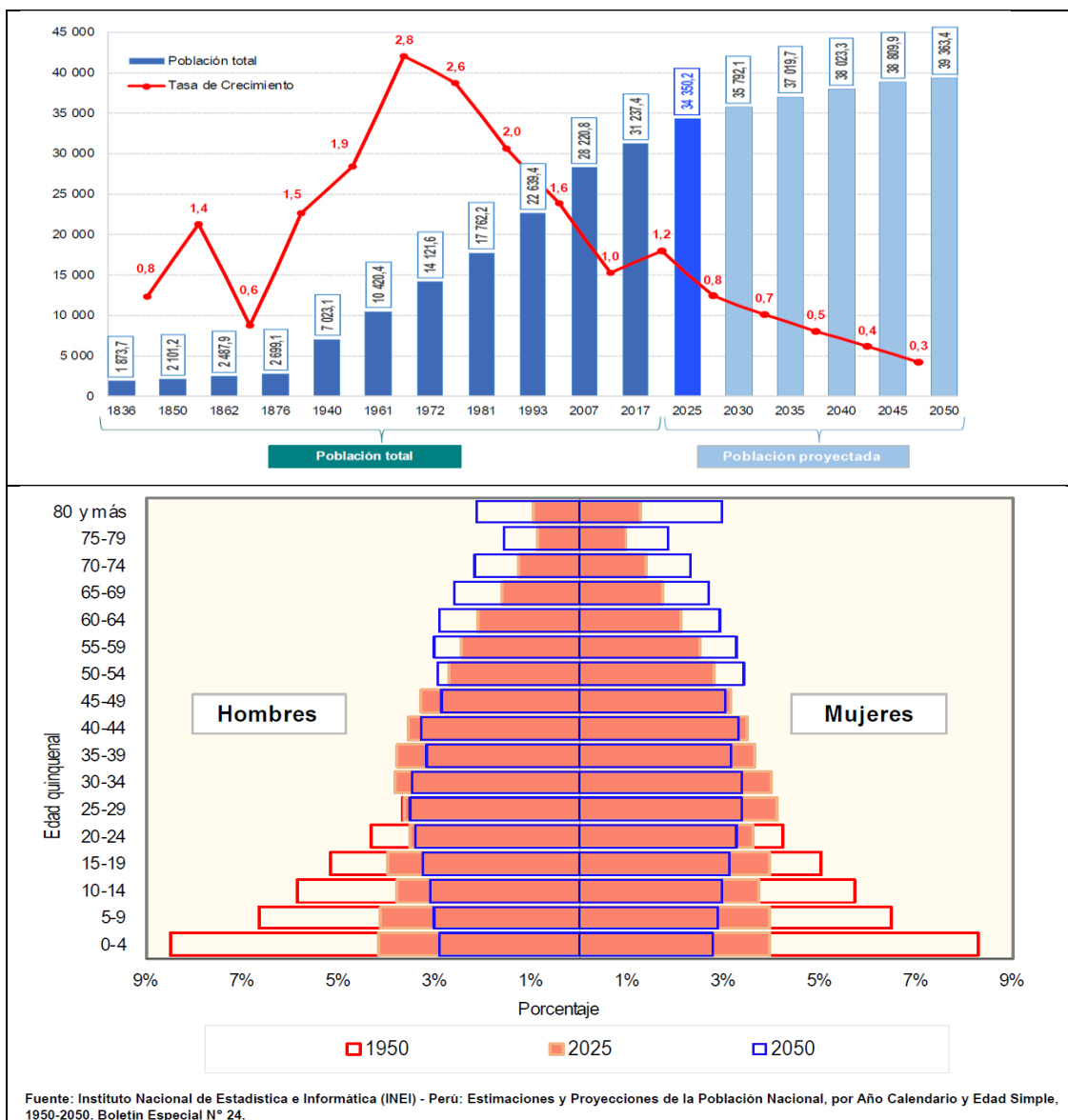
POBLACIÓN GENERAL 2025 ⁽¹⁾

Según informe del INEI, en el año 2025, el país alcanzó los 34 millones 350 mil habitantes, de los cuales 17 millones 25 mil son hombres (49.6%) y 17 millones 325 mil son mujeres (50.4%), el 83.6% reside en el área urbana (28 millones 273 mil personas). Por otro lado, el 60% de la población reside en la Costa de nuestro país (20 millones 600 mil habitantes), el 25.7% en la sierra (8 millones 822 mil) y el 14.3% (4 millones 928 mil) en la selva.

La edad promedio es de 34.1 años, el grupo de edad entre 15 y 59 años de edad, se eleva al 62,0% (21 millones 296 mil personas), asimismo, aumenta la población adulta mayor (60 y más años) a 14,3% (4 millones 903 mil personas), esta última crece rápidamente. El cambio en la estructura de edad de la población se refleja principalmente en una disminución de la población joven y un aumento progresivo de la población adulta y adulta mayor, lo que indica un proceso de envejecimiento demográfico. Este fenómeno genera una menor demanda de servicios educativos básicos, pero incrementa la necesidad de servicios de salud, pensiones y cuidados para personas mayores.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones del INEI, 11 millones 462 mil personas viven en el Lima Metropolitana (33,4%), población que es cinco veces la del departamento de Piura, el segundo más poblado con 2 millones 173 mil habitantes y La Libertad con 2 millones 156 mil habitantes tercero más poblado.

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

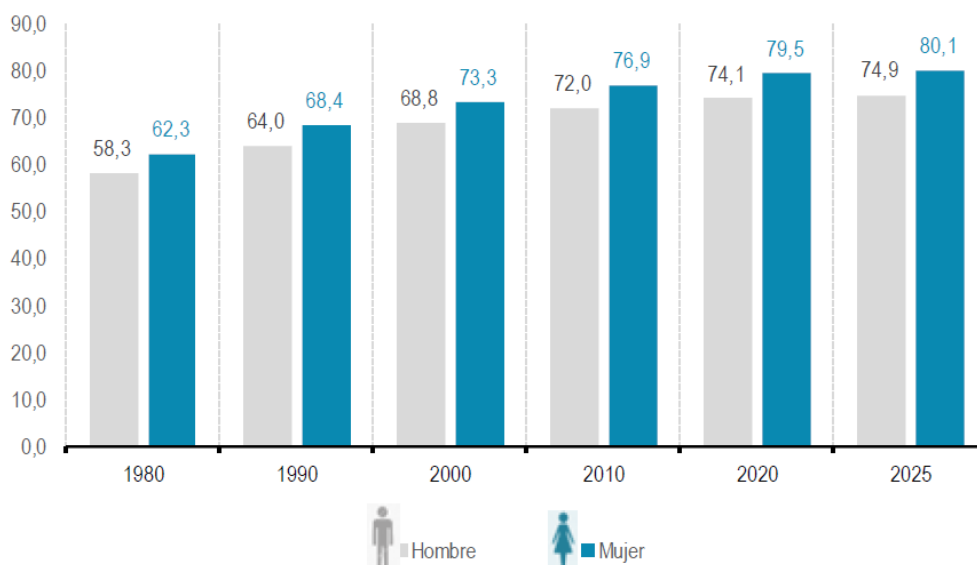


El estrechamiento de la pirámide poblacional y la disminución de la tasa de crecimiento anual de la población nacional, indica el “envejecimiento” de esta y la necesidad de enfocar las acciones de salud del Instituto hacia las necesidades de una población con mayor edad y por lo tanto de mayor riesgo.

SALUD DE LA MUJER (2)

Según la encuesta de hogares INEI en su evaluación de la población femenina, el 31% tenía menos de 19 años, el 54,1% se encontraba entre los 19 y 60 años y un 14,9% contaba con más de 60 años.

La esperanza de vida para el 2025 en la mujer es 5,2 años mayor que el del varón, actualmente alcanza los 80,1 años, casi duplicando el índice que existía a mediados del siglo pasado.

Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer, según sexo, 1950-2025

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

Según el INEI el nivel educativo durante el 2025, la tasa de mujeres que llegan a nivel secundaria es del 81% de las mujeres de 15 a 49 años mejoró, ya que el 88,5% tenía educación secundaria, 10.1% 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, 34,5% y 31,6% respectivamente, observándose una diferencia de 2,9 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).

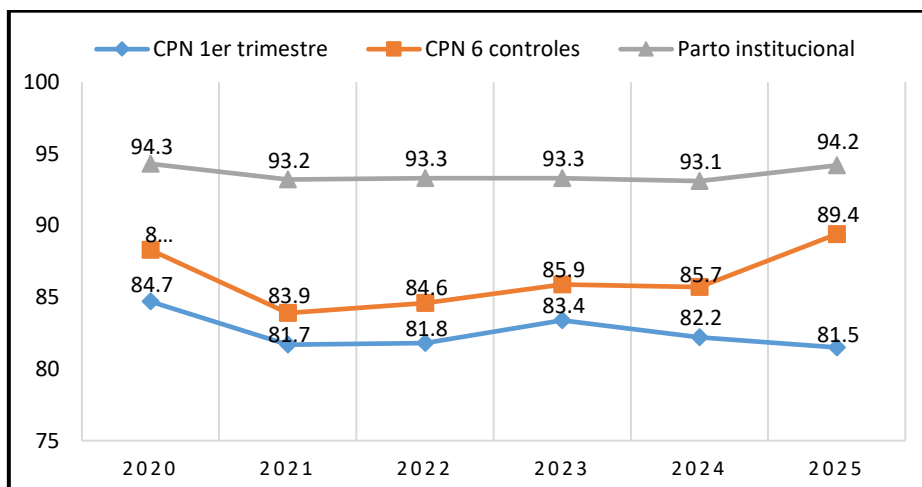
Respecto a la planificación familiar, la tendencia de uso de algún método anticonceptivo por las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes) de 15 a 49 años, es 77,5%. El 58,1% de las mujeres en edad fértil usaron algún método anticonceptivo moderno y 19,4% métodos tradicionales.

Mujer y embarazo ⁽³⁾

Según la ENAHO 2025-1, en el primer semestre 2025, el 81,5% 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; el porcentaje de gestantes que tuvo 6 o más controles fue de 89,4%. El 96,2% de las gestantes recibieron suplemento de hierro

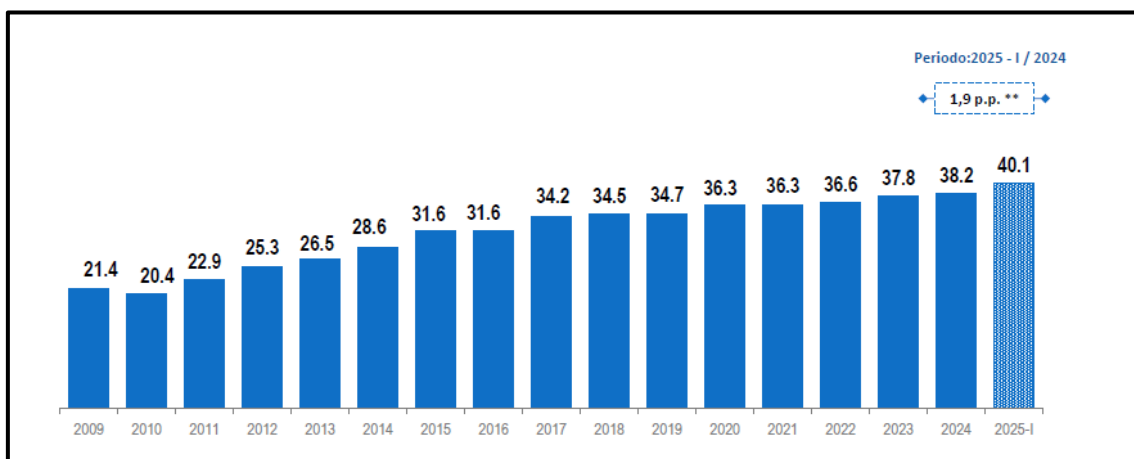
La cobertura de partos institucionales fue de 94,2%. El 40,1% culminaron el embarazo mediante cesárea observándose un incremento significativo en su tendencia desde el 2009.

Gráfico 4. Porcentaje de gestantes número de controles y con parto institucional. Perú 2020-2025



Fuente INEI-ENDES 2025-1

Gráfico 5. Porcentaje de nacimiento por cesárea. Perú 2009-2025



Fuente INEI-ENDES 2025-1

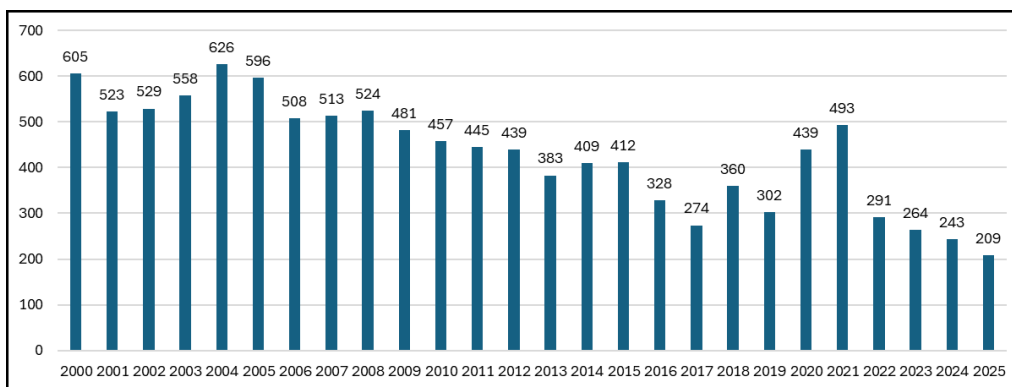
Entre enero y agosto de 2025, el Ministerio de Salud (MINSA) registró 24,065 casos de embarazo en adolescentes menores de 19 años en Perú. Aunque la tasa en adolescentes de 15 a 19 años es de aproximadamente 8.4% a nivel nacional, la maternidad precoz es un problema persistente, especialmente en zonas rurales y de bajos ingresos, limitando el acceso a educación y salud. 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 %).

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 para el año 2024 fueron en número 243 y para el 2025 fueron 209, lo que representa una disminución del 14.3% con respecto al 2024.

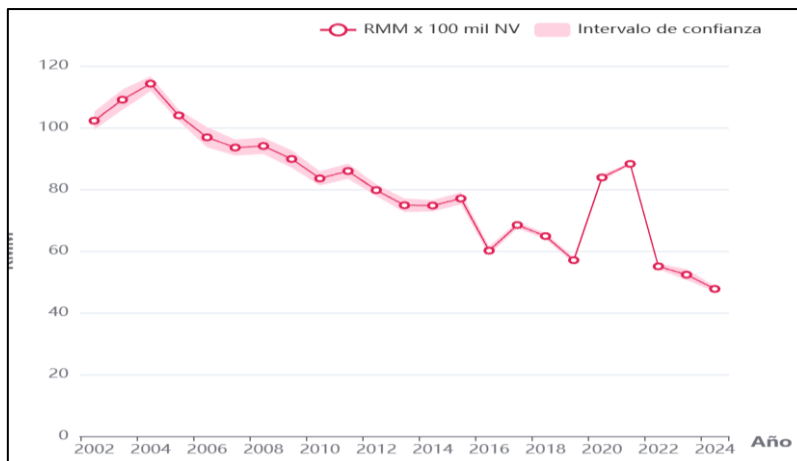
Gráfico 6. Números de muerte materna anual. Perú 2000-2025



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 47.7 en el 2024 siguiendo la tendencia de los tres últimos años.

Gráfico 7. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Perú 2002 – 2024

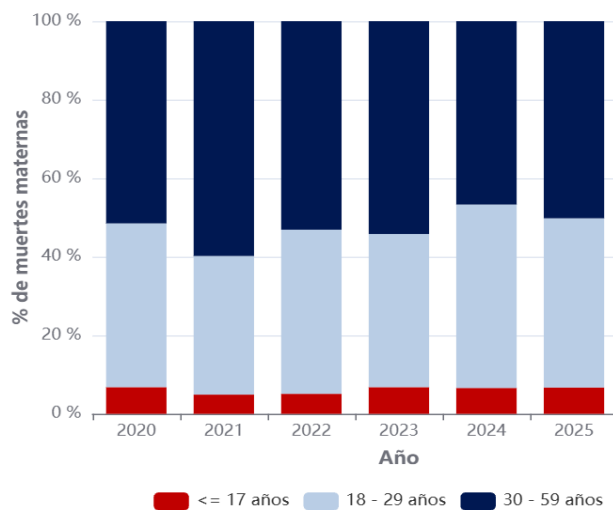


Fuente: CDC MINSA datos actualizados a febrero 2026

El 45.9% de las muertes se dio en Loreto, Lima Metropolitana, Cajamarca y Piura.

Con respecto a la etapa de vida, el 6.7% correspondió a menores de 17 años, 43.1% entre 18 y 29 años y el 50.2% 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.

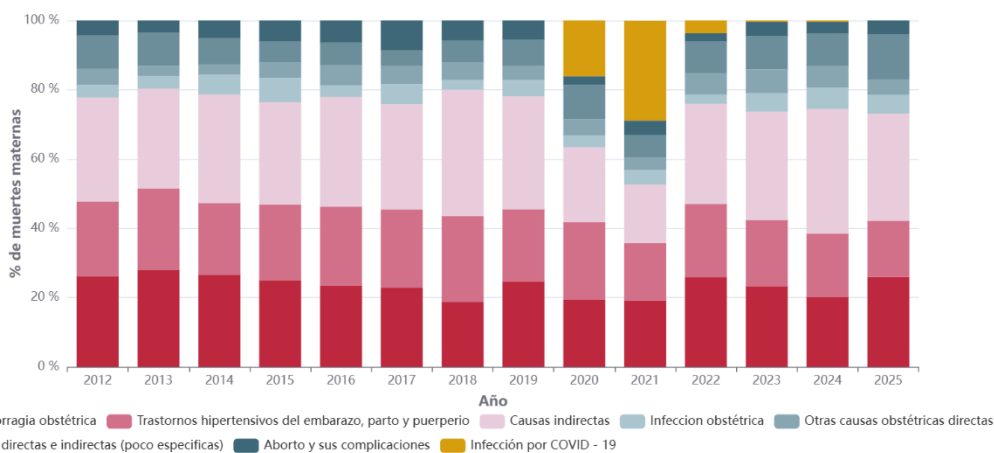
Gráfico 8. Muerte materna según ciclo de vida. Perú 2017-2025



Fuente: CDC MINSA 2025

Las principales complicaciones de las muertes maternas en el 2025 fueron: las hemorragias graves (mayoritariamente, tras el parto) con 26%; la hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia) 16.2%; las infecciones (generalmente, tras el parto) 5.4%, las complicaciones en el parto 4.4%, y los abortos peligrosos 3.9%.

Gráfico 9. Proporción de muerte materna según causa. Perú 2012-2025



Fuente: CDC MINSA 2025

El 2025 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.

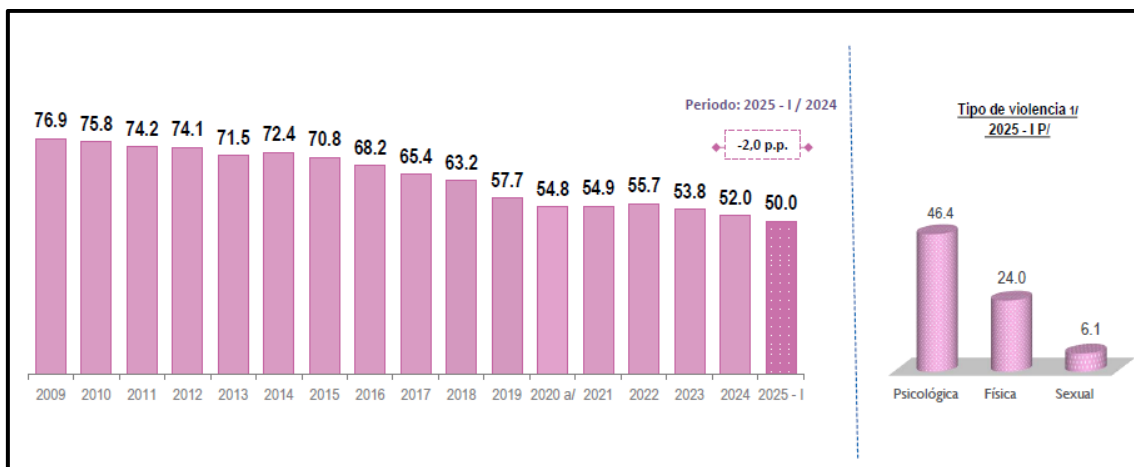
Violencia contra la mujer ⁽⁵⁾

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (MIMP), durante el 2025 se registraron 169,536 denuncias de violencia contra las mujeres, 74,004 (43.7%) por violencia psicológica, 62,617 (36.9%) por violencia física, 32,180 (19%) por violencia sexual y 735 (0.4%) por violencia económica.

Según el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres del MIMP Respecto a las denuncias de violencia sexual la población de mujeres menores de 17 años fueron las más afectadas, así tenemos que por violación sexual 8,385 (64%) fueron menores de 17 años vs 4,605 (35.2%) entre las mujeres de 18 a 59 años; denuncias de trata de personas para explotación sexual 128 (85.9%) fueron menores de 17 años y 21 (14.1%) entre 18 y 59 años; y entre las denuncias de acoso en espacios públicos 279 (53%) fueron menores de 17 años vs 242 (46%) entre 18 a 59 años.

Según ENDES para el 2025 el 50% de mujeres encuestadas declararon que alguna vez fueron víctimas de algún tipo de violencia de género, 46.4% violencia psicológica y/o verbal, 24% sufrió violencia física y 6,1% violencia sexual por parte del esposo o compañero

Gráfico 10. Violencia contra la mujer de 15 a 49 años. Total, Perú 2009-2025



Fuente: INEI ENDES

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⁾

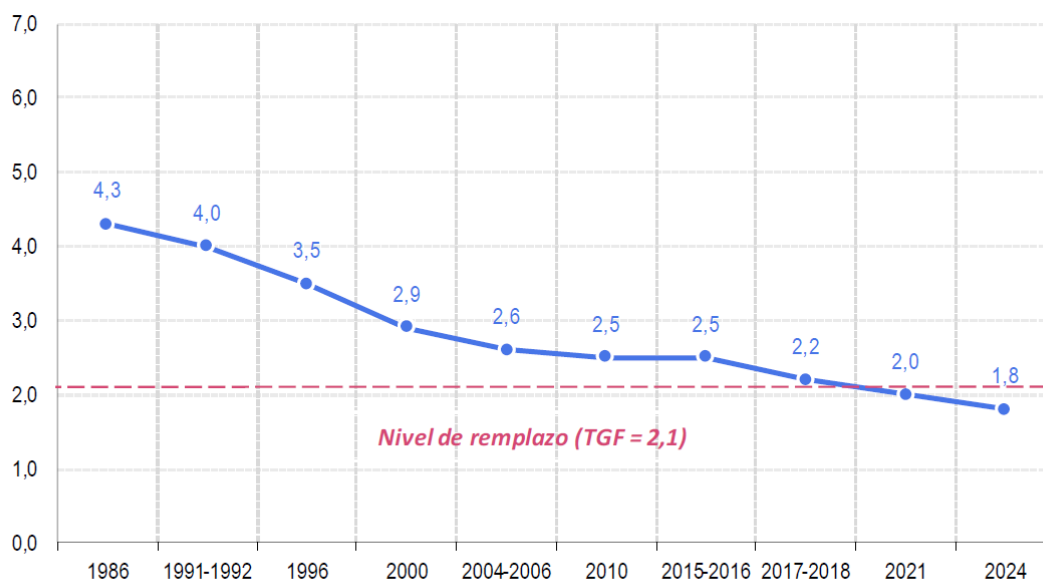
La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población y su composición por edad. La fecundidad ha disminuido sistemáticamente en el Perú, comenzó en zonas urbanas y en los grupos más favorecidos socialmente; no obstante, las consecuencias 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 (TGF) ha caído notablemente en los últimos setenta años, en 1950, presentaba a nivel nacional una TGF ha caído notablemente en los últimos treinta años, en 1986 presentaba a nivel nacional una fecundidad de 4,3 hijos por mujer, para el año 2000 la fecundidad se redujo a 2,9 hijos por mujer y en 2024 se ubicó en 1,8 hijos por mujer, 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, cantidad que se considera como el nivel para reemplazar una generación por otra de igual tamaño y cuyo resultado a largo plazo es un crecimiento demográfico nulo

Según la Encuesta Demográfica y de salud Familiar del año 2024, la TGF muestra un comportamiento diferencial a nivel departamental, donde los departamentos de la Selva, como Loreto y Amazonas presentan una fecundidad más elevada (2,9 cada uno); y en el otro extremo se encuentran Lima Metropolitana (1,2) y la Provincia Constitucional del Callao (1,4) con las menores tasas de fecundidad del país. Por otro lado, a nivel nacional, la TGF de mujeres que manifestaron no tener educación fue de 3,3 hijos, mientras que aquellas que con educación superior tienen una tasa global de fecundidad menor al ubicarse en 1,4 hijos por mujer. La fecundidad es un factor, entre muchos otros, que puede explicar y que se encuentra relacionado con la pobreza. Según la ENDES 2024, las mujeres que se ubican en el quintil de riqueza inferior tienen 2,9 hijos en promedio; mientras que, las mujeres del quintil de riqueza superior tienen un promedio de 1,1 hijos.

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 11. Tasa Global de Fecundidad. Perú 1950-2024



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

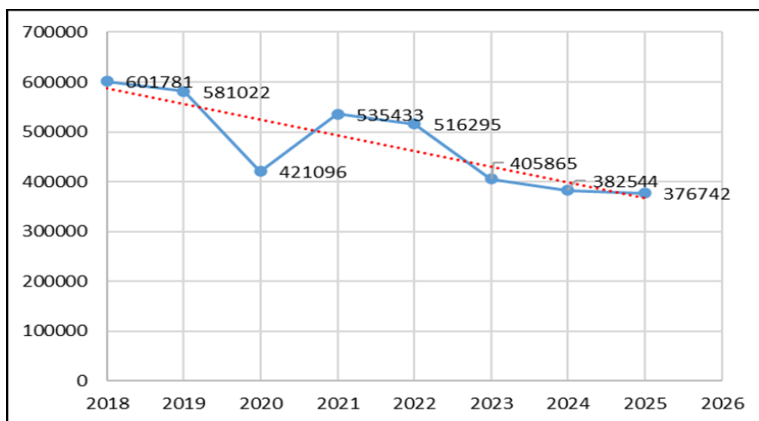
La reducción de la fecundidad y la tendencia a la disminución de sus índices para los próximos años, aunado al inicio tardío del embarazo, determina un nuevo enfoque de los establecimientos encargados de la atención materno neonatal, entre ellos el INMP.

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 2025 esta cifra bajó a 376,742 (37% 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 12. Nacimientos en el Perú 2018-2025

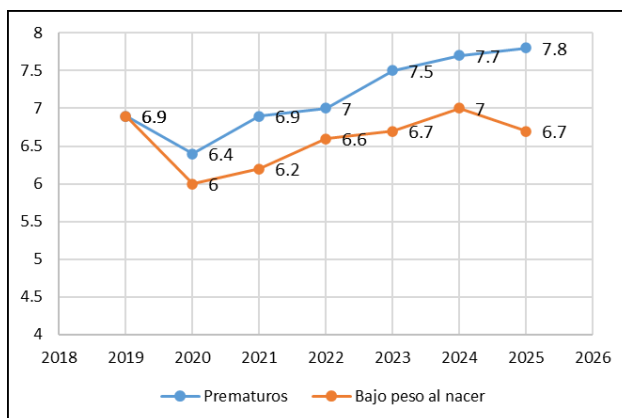


Fuente: Sistema de registro del Certificado de Nacido Vivo-MINSA

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 2025 fue de 12%, mayor al 2019 (previo a la pandemia COVID-19) manteniendo su tendencia al alza, lo mismo que sucede con los recién nacidos de bajo peso.

Gráfico 13. Porcentaje de nacimientos prematuros y de bajo peso en el Perú según el Registro del Certificado de Nacido Vivo. 2018-2025



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

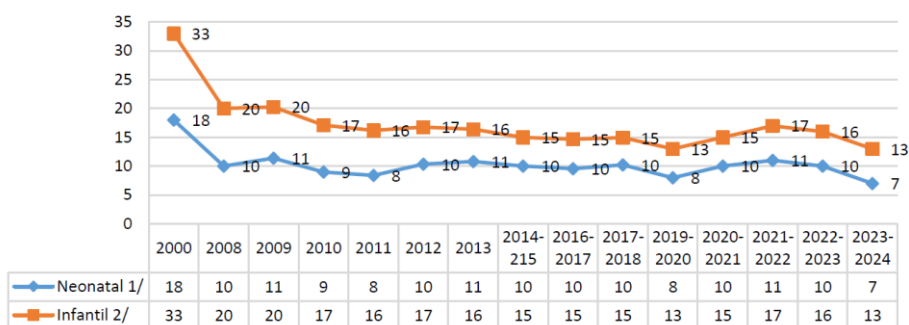
El número de nacimientos en el Perú continúa con la tendencia a la baja de los últimos años, pero con un incremento del porcentaje de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer esto aumenta los índices de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel nacional considerando que el sistema de salud nacional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

Mortalidad 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, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) en el país, se ha reducido en 61% los últimos 24 años. En 2000 la TMN fue de 18 muertes por cada 1000 nacidos vivos y en 2024 descendió a 7 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.

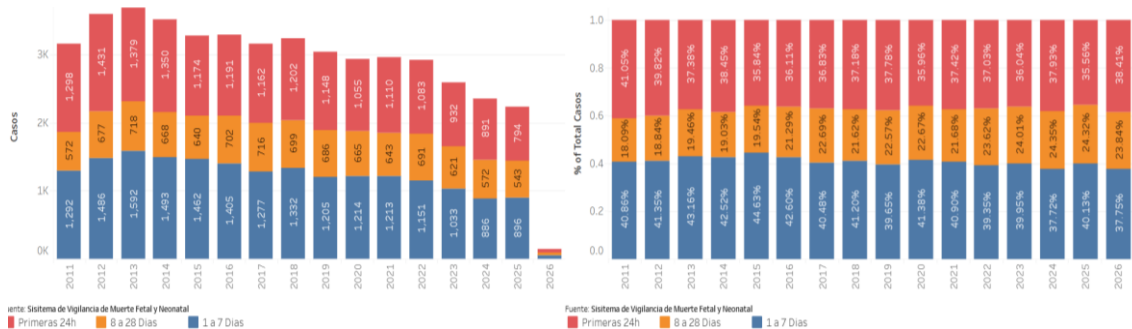
Gráfico 14. Mortalidad neonatal e infantil. Perú 2000-2024



Fuente: INEI-ENDES

Según la Sala Situacional de la CDC-MINSA el número absoluto de muertes neonatales tienen una tendencia a disminuir en los últimos años ⁽⁸⁾. El mayor porcentaje de fallecidos se encuentra entre las primeras 24 horas del nacimiento y la primera semana (76%), lo cual se relaciona con problemas durante el embarazo o el momento del parto. Aunque la disminución de los casos 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, este parámetro debe ser analizado con el incremento constante de nacimientos prematuros que hace que estos índices (mortalidad neonatal) todavía permanezcan altos en comparación a otros países.

Gráfico 15. Número y proporción de muerte neonatal según momento de la muerte. Perú 2012-2026 (SE 5)

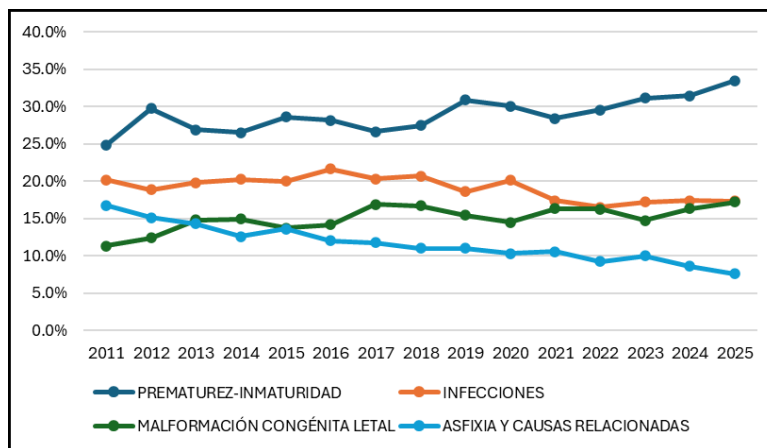


Fuente CDC-MINSA. Sala situacional mortalidad fetal y neonatal

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 2025 la prematuridad representó el 33.5% de mortalidad neonatal, las malformaciones congénitas 17.2%, las infecciones el 17.4% y la asfixia y causas relacionadas el 7.6%; otras causas el 32%.

Gráfico 16. Muerte neonatal según causas básicas. 2011-2025



Fuente: CDC-MINSA

Lima, Piura, Loreto, La Libertad y Cajamarca abarcan el 50% del total de muertes neonatales en el país. En Lima metropolitana el mayor número de muertes neonatales se reportó, durante el 2025, en Lima Centro (335) y Lima Norte (90)

Gráfico. N° 17 Muertes neonatales Lima Metropolitana. Según DIRIS. 2025



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⁾

En un informe del análisis de la pobreza en el Perú realizado en diciembre del 2025 desde una perspectiva multidimensional indica que cerca de 11 millones de habitantes sufren privaciones graves en al menos una dimensión esencial, como salud, educación, vivienda, empleo, tecnología o accesos a servicios básicos.

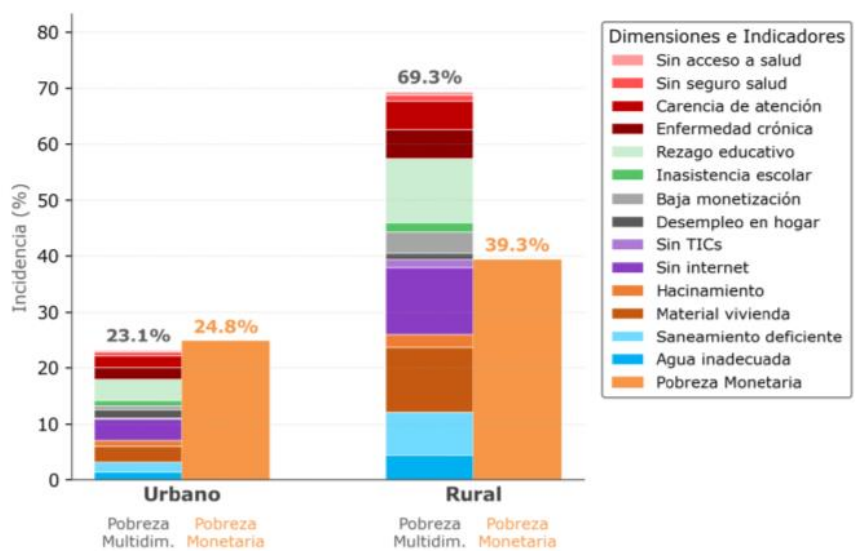
En 2024, la pobreza rural presenta una disparidad: el índice multidimensional alcanza el 69.3%, superando ampliamente a la pobreza monetaria (39.3%), mientras que en la zona urbana ambos indicadores presentan niveles cercanos. Estas diferencias radican en desventajas históricas asociadas a la dispersión geográfica y la lejanía respecto a la infraestructura provincial limitada.

La alta incidencia rural es impulsada por privaciones estructurales críticas, como el uso de materiales precarios en la vivienda, el saneamiento deficiente y el acceso inadecuado al agua. A ello se suma la carencia de internet, que restringe la integración educativa y social, evidenciando que el incremento de ingresos resulta insuficiente para subsanar brechas históricas que perpetúan la vulnerabilidad y la exclusión más allá de la capacidad de gasto.

En la dimensión de salud, entre 2018 y 2024, la proporción de la población peruana sin seguro de salud exhibió una mejora constante, con una reducción nacional de 23.1%. Al analizar por área geográfica, la falta de seguro se redujo en 15.5% en el ámbito rural, y en 25.7% en el área urbana. La población que experimenta una barrera económica para acceder a la salud mostró una reducción nacional del 0.2% entre 2018 y 2024, manteniendo una tendencia de bajos niveles de carencia. Por área geográfica, la reducción fue de 0.7% en el ámbito rural y se mantuvo estable en el área urbana, con una reducción de apenas 0.1%. La carencia de atención médica

por problemas de salud se redujo solo en 2.0% a nivel nacional entre 2018 y 2024, mostrando un progreso desigual. La carencia aumentó en el ámbito rural en 2.6%, mientras que se redujo en el área urbana en 3.1%, acentuando la brecha contra la población rural.

Gráfico 18. Porcentaje de la pobreza multidimensional vs pobreza monetaria por áreas 2024



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 2025, el 95,5% de los hogares a nivel nacional registró acceso a al menos una Tecnología de Información y Comunicación (TIC). Este resultado no representó un cambio significativo respecto a similar trimestre del año 2024, en el que dicho indicador alcanzó el 95,7%. No obstante, en comparación con el tercer trimestre de 2018, el acceso a al menos una TIC se incrementó en 2,3 puntos porcentuales, pasando del 93,2% al 95,5%, lo que refleja el proceso gradual de incorporación de tecnologías digitales en la sociedad.

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 99,9% y 99,7%, respectivamente, mientras que donde los jefes alcanzaron educación secundaria el 98,3% tienen acceso a algún medio de comunicación en el hogar, mientras que entre aquellos con educación primaria o menor nivel registra el 87,3%.

Tabla 1. Hogares que acceden a la TIC según nivel de educación del jefe del hogar. 2018-2025

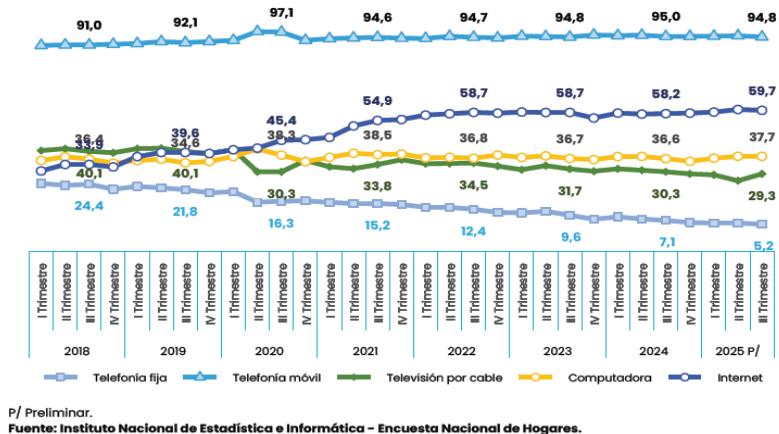
Nivel educativo	III Trimestre								Variación 2025 / 2024 (Puntos porcentuales)
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 P/	
Total	93,2	93,7	97,8	95,6	95,5	95,6	95,7	95,5	-0,2
Primaria I/	83,5	84,7	93,9	88,3	87,9	87,9	88,0	87,3	-0,7
Secundaria	97,4	97,9	99,4	98,5	98,1	98,4	98,5	98,3	-0,2
Superior no universitaria	99,7	99,4	99,8	99,8	99,9	99,8	99,9	99,7	-0,2
Superior universitaria	99,8	99,3	99,6	99,5	100,0	99,7	99,7	99,9	0,2

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares

En el tercer trimestre de 2025, la telefonía móvil registró una amplia presencia en los hogares del país, alcanzando una cobertura del 94,8%. Le siguió el servicio de internet, disponible en el 59,7% de los hogares. Aunque el acceso a internet ha mostrado un crecimiento sostenido en los últimos años, todavía presenta brechas importantes en comparación con otras tecnologías de mayor penetración, como la telefonía móvil.

En contraste, otros servicios TIC registraron niveles de acceso más bajos: el 37,7% de los hogares dispone de una computadora, 29,3% cuenta con televisión por cable y apenas el 5,2% conserva una línea de telefonía fija.

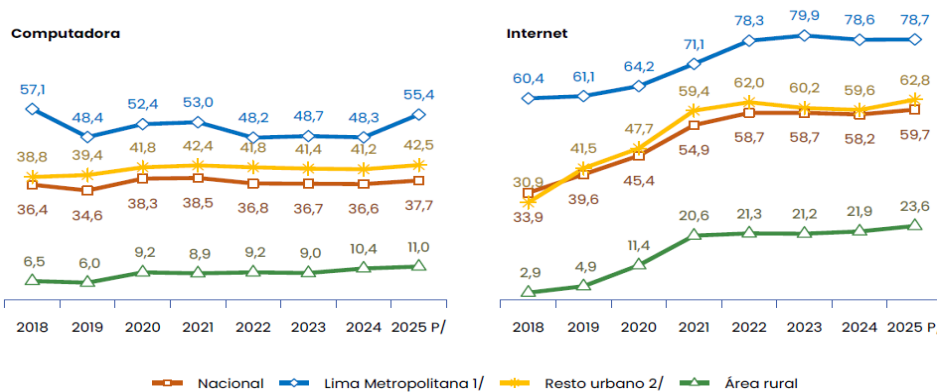
Gráfico 19. Hogares con acceso a servicios y bienes de Tecnología de Información y Comunicación. 2018-2025



Por área de residencia, se observó que Lima Metropolitana presentó la mayor cobertura con 98,6%, seguida del resto urbano con 97,7%, y del área rural con 85,6%.

Según el tipo de TIC el 5,2% de los hogares a nivel nacional disponía de servicio de telefonía fija. La telefonía móvil se mantuvo como la TIC de mayor alcance en los hogares del país, con una cobertura del 94,8%. Por área de residencia, la mayor incidencia se observó en resto urbano con 97,4%, seguido de Lima Metropolitana con 97,3% y del área rural con 85,3%. El 59,7% de los hogares del país contaba con servicio de Internet. Por área de residencia, en Lima Metropolitana, el 78,7% de los hogares disponía del servicio; en el resto urbano, el 62,8%; mientras que, en el área rural solo el 23,6% tenía acceso. Por otro lado, el 37,7% de los hogares del país dispone de al menos una computadora. Este porcentaje alcanzó el 55,4% en Lima Metropolitana y el 42,5% en el resto urbano; mientras que, en el área rural apenas llegó al 11,0%.

Gráfico 20. Hogares con acceso a computadora e internet. Lima Metropolitana y áreas rurales. Tercer trimestre 2025



1/ Lima Metropolitana incluye la Provincia Constitucional del Callao.
 2/ No incluye Lima Metropolitana.
 P/ Preliminar.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

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.

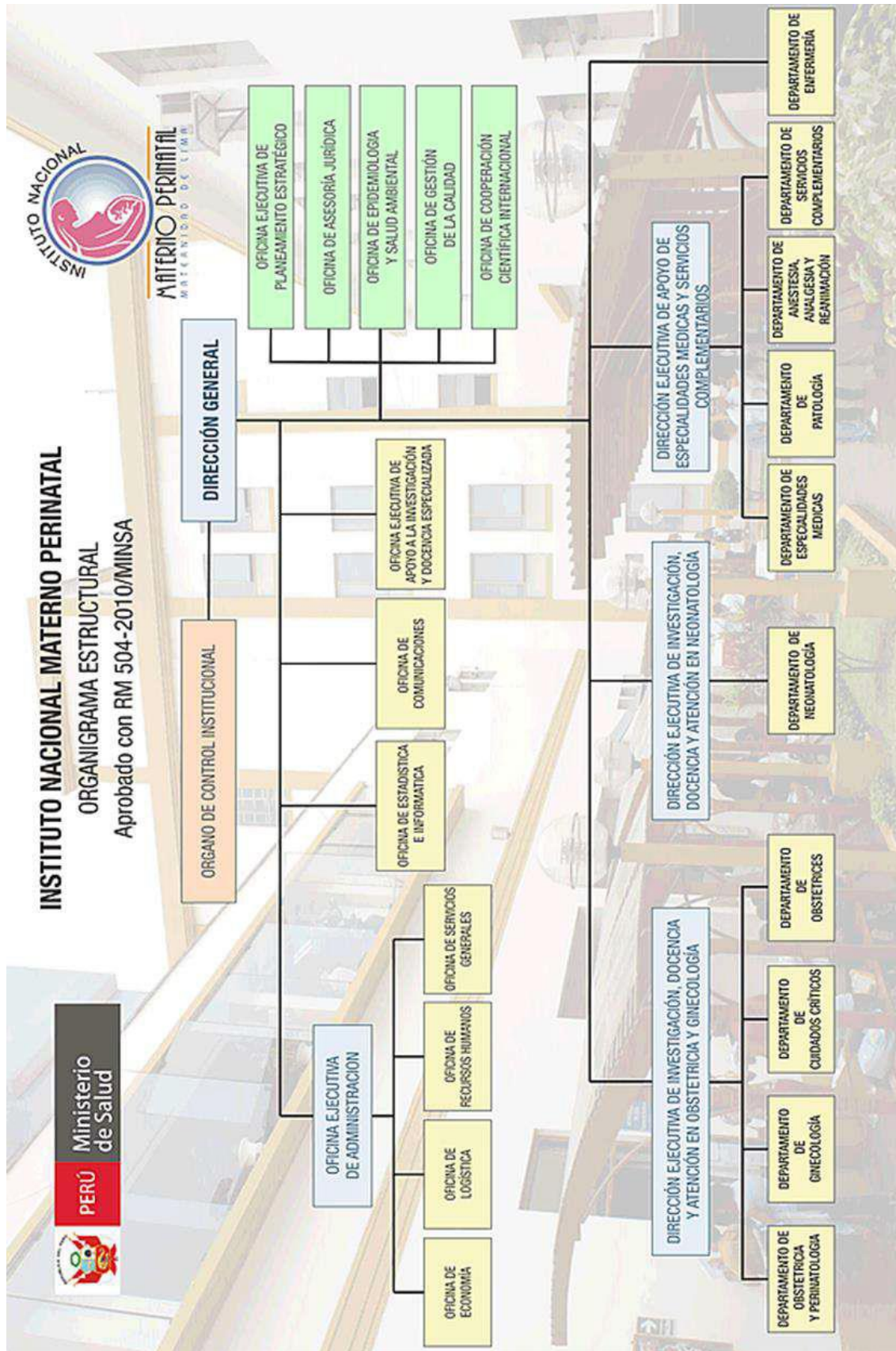
Regístrese, comuníquese y cúmplase.

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 2025, el INMP cuenta con 1,887 trabajadores, de los cuales 1,445 pertenecen al D.L. 276 y 442 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.

Tabla 2. Recursos Humanos, según profesión y modalidad de contrato. INMP. 2025

CARGO FUNCIONAL	LEY 276	LEY 1057	TOTAL
Abogado	4	2	6
Arquitecto	0	1	1
Asistente ejecutivo	33	1	34
Asistente ejecutivo II	0	2	2
Asistente profesional I	13	0	13
Asistente técnico secretarial	2	0	2
Asistente/a administrativo/a I	1	1	2
Asistente administrativo II	2	0	2
Auxiliar administrativo/a	13	9	22
Auxiliar asistencial	11	2	13
Auxiliar de educación	0	1	1
Auxiliar de nutrición	0	11	11
Biólogo	9	4	13
Cajero	0	1	1
Contador II	3	1	4
Directores	0	6	6
Educador para la salud	1	0	1
Enfermera	340	111	451
Especialista administrativo I	11	3	14
Especialista en estadística I	3	1	4
Especialista en archivo	0	1	1
Especialista en desarrollo informático	1	1	2
Especialista en epidemiología	0	1	1
Ingenieros	0	6	6
Jefe de oficina	0	8	8

CARGO FUNCIONAL	LEY 276	LEY 1057	TOTAL
Médico especialista	203	55	258
Nutricionista	5	4	9
Obstetra	185	29	214
Odontólogo	7	1	8
Periodista/RPP	2	0	2
Piloto de ambulancia	9	0	9
Psicólogo	8	3	11
Químico farmacéutico	18	6	24
Secretaria ejecutiva	1	1	2
Técnico administrativo I	28	4	32
Técnico administrativo III	5	0	5
Técnico asistencial	87	0	87
Técnico en enfermería I	282	98	380
Otros técnicos	11	6	17
Técnico en farmacia	13	22	35
Técnico en laboratorio	21	8	29
Técnico en nutrición I	36	5	41
Tecnólogo medico	49	17	66
Trabajador social	28	8	36
Trabajador de servicios generales	0	1	1
TOTAL	1445	442	1887

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

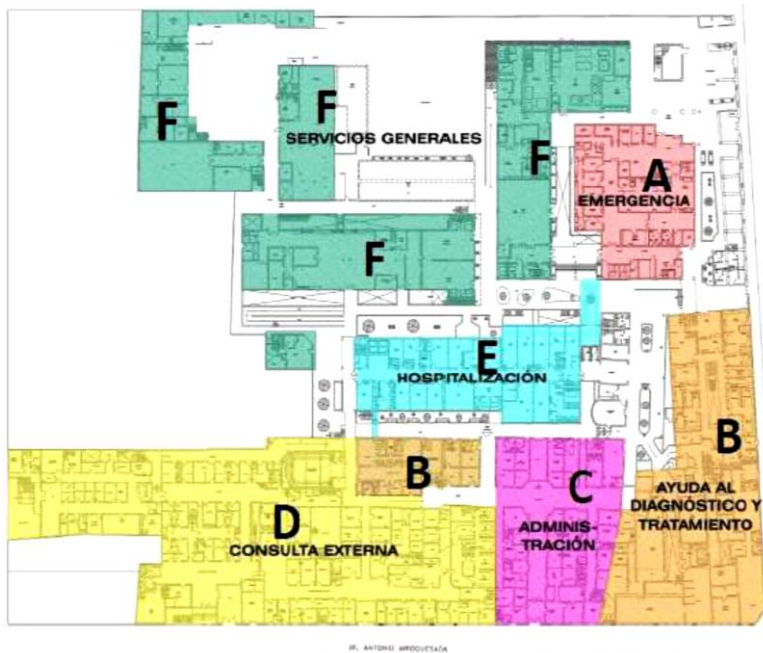
2° Piso: Centro Obstétrico

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 21: 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

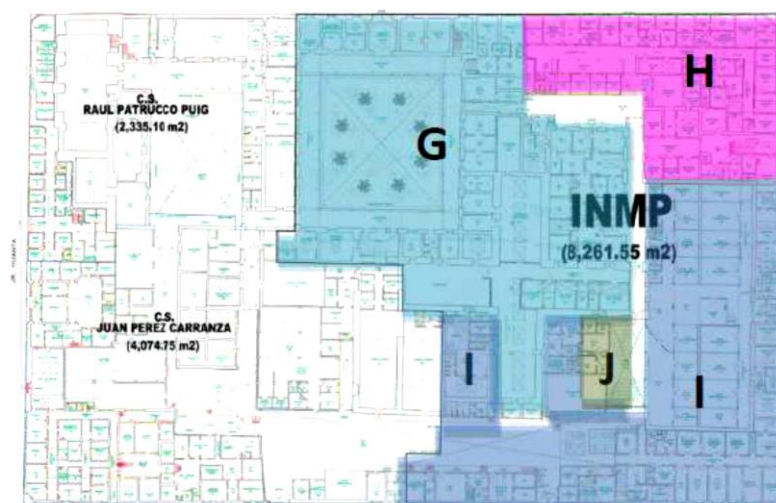
- 1° Piso Docencia Especializada
- 2° Piso Declarado Patrimonio de la Nación

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 3. Camas de hospitalización. INMP 2025

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
Cirugía 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 2025, 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 04 se puede observar el número de equipamiento que posee cada UPSS y en la tabla 05 parte del equipamiento especializado en centro obstétrico, sala de operaciones, emergencia y las unidades de cuidados intensivos

Tabla 4. Número de Equipamiento especializado por UPSS. INMP 2025

UPSS	CANT EQUIPOS
Anatomía patológica	27
Central de esterilización	7
Centro de hemoterapia y banco de sangre	32
Centro obstétrico	148
Centro quirúrgico	110
Consulta externa	137
Cuidados intensivos	301
Diagnóstico por imágenes	6
Emergencia	102
Farmacia	8
Hospitalización	263
Patología clínica	97
Servicio de banco de leche	27
Total	1267

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

Tabla 5. Tipo de Equipos especializados según UPSS. INMP 2025

UPSS SEGÚN NORMA	EQUIPO	CANTIDAD
CENTRO OBSTETRICO EMERGENCIA SALA DE OPERACIONES	Analizador de gases	1
	Aspirador de secreciones	18
	Bomba de infusión de doble canal	10
	Calentador de fluidos	2
	Cama camilla multipropósito	30
	Desfibrilador con monitor y paletas externas	12
	Detector de latidos fetales portátil	36
	Esterilizador de calor seco	4
	Incubadora de transporte con ventilador	2
	Incubadora neonatal avanzada	16
	Máquina de anestesia	13
	Mesa de operaciones mecánica/hidráulica	11
	Monitor multiparámetro de 06 parámetros	49
	Monitor fetal gemelar	17
	Torre de video cirugía laparoscópica	2
	Unidad de electrocirugía	10
	Ecógrafo Doppler color 3d	7
	Ventilador portátil	11
	Cuna de calor radiante	13
	Equipo electroestimulador muscular portátil	1
Resucitador infantil baby-puff	3	
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA	Cama camilla multipropósito	15
	Cuna de calor radiante	10
	Detector de latidos fetales portátil	3
	Ecógrafo ultrasonido	1
	Ecógrafo Doppler color 3D	1
	Electrocardiógrafo	5
	Electroencefalógrafo	1
Equipo de alto flujo	2	

UPSS SEGÚN NORMA	EQUIPO	CANTIDAD
	Equipo de fototerapia led	4
	Equipo de fototerapia halógena	3
	Equipo de hipotermia	1
	Incubadora neonatal de transporte	5
	Incubadora neonatal avanzada	14
	Incubadora neonatal estándar	12
	Monitores multiparámetros 6-8	56
	Sistema CPAP nasal	29
	Ventilador pulmonar de alta frecuencia neonatal	27
	Ventilador mecánico adulto pediátrico	19
	Ventilador de transporte	4

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

Durante el 2025 se adquirió un mamógrafo digital marca GENORAY modelo HESTIA T, para el descarte de cáncer mamario.

La organización HospRank, en su evaluación del 2025, 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. El mamógrafo digital permitirá el diagnóstico oportuno de cáncer de mama y su tratamiento oportuno. El uso continuo del equipamiento adquirido 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 principal del PP 0002: Salud Materno Neonatal.

Se concluyó el ejercicio 2025 con un Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de S/. 227,100,423.00, provenientes de diversas fuentes de financiamiento, alcanzando una ejecución del 98.49% del presupuesto asignado.

La Tabla 06 consolida la información referida a los reportes PPR-G1, PPR-G2, PPR-G3 PPR-G4 y PPR-G5 para el año fiscal 2025.

Tabla 6. Ejecución según Categorías Presupuestales al 31 de diciembre 2025
(Expresado en Soles)

CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PIM	EJECUCIÓN	AVANCE %
I Programas presupuestales con enfoque resultados	85,167,732.00	83,793,870.02	98.39%
II Acciones Centrales	23,018,088.00	22,889,002.05	99.44%
III Asignaciones presupuestales que no resultan en productos	118,914,603.00	116,987,066.63	98.38%
Total	227,100,423.00	223,669,938.70	98.49%

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 98.49%, valor que se encuentra dentro de lo esperado. En la Tabla 7 se aprecia la ejecución presupuestal desagregada por programas presupuestales.

Tabla 7. Ejecución presupuestal por Programa y Categoría Presupuestal al 31 de diciembre de 2025 (Expresado en Soles)

COD	PROGRAMA/CATEGORIA PRESUPUESTARIA	PROGRAMADO	EJECUTADO	%
0002	Salud Materno Neonatal	66,196,447.00	65,536,296.50	99.00%
0016	TBC-VIH/SIDA	511,103.00	500,691.00	97.96%
0018	Enfermedades no transmisibles	1,032,568.00	965,347.39	93.49%
0024	Prevención y control del cáncer	892,521.00	737,883.13	82.68%
0068	Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	259,971.00	227,817.88	87.63%
0104	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	13,797,251.00	13,749,622.51	99.65%
0129	Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	407,573.00	345,744.39	84.83%
0131	Control y prevención en salud mental	1,782,339.00	1,446,527.61	81.16%
1001	Productos específicos para desarrollo infantil temprano	254,709.00	250,689.61	98.42%
1002	Productos específicos para reducción de la violencia contra la mujer	33,250.00	33,250.00	100.00%
9001	Acciones centrales	23,018,088.00	22,889,002.05	99.44%
9002	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	118,914,603.00	116,987,066.63	98.38%
	Total general	227,100,423.00	223,669,938.70	98.49%

Fuente: SIAF Modulo Presupuestario al 31/12/2025

Elaboración: UF. PRESUPUESTO-OEPE

En la tabla 08 se aprecia que la ejecución de la Genérica 3 en los programas presupuestales es la que presenta menor ejecución para el periodo en evaluación.

Tabla 8. Ejecución presupuestal por Categoría Presupuestal y Genérica del Gasto al 31 de diciembre 2025. (Expresado en Soles)

PROGRAMA/CATEGORÍA PRESUPUESTAL	GENÉRICA	PIM	DEVENGADO	% EJEC
1. PPR	1.personal y obligaciones sociales	68,913,839.00	68,437,488.68	99.31%
	3.bienes y servicios	16,243,573.00	15,346,061.34	94.47%
	6.adquisición de activos no financieros	10,320.00	10,320.00	100.00%
Total PPR		85,167,732.00	83,793,870.02	98.39%
2. ACC	1.personal y obligaciones sociales	16,740,702.00	16,673,803.55	99.60%
	2.pensiones y otras prestaciones sociales	419,975.00	419,474.91	99.88%
	3.bienes y servicios	5,190,686.00	5,142,050.31	99.06%
	5.otros gastos	110,667.00	104,466.52	94.40%
	6.adquisición de activos no financieros	556,058.00	549,206.76	98.77%
Total ACC		23,018,088.00	22,889,002.05	99.44%
3. APNOP	1.personal y obligaciones sociales	59,724,983.00	59,611,886.12	99.81%
	2.pensiones y otras prestaciones sociales	8,729,647.00	8,717,736.96	99.86%
	3.bienes y servicios	42,012,973.00	40,213,328.25	95.72%
	6.adquisición de activos no financieros	8,447,000.00	8,444,115.30	99.97%
TOTAL, APNOP		118,914,603.00	116,987,066.63	98.38%
TOTAL		227,100,423.00	223,669,938.70	98.49%

Fuente: SIAF Modulo Presupuestario al 31/12/2025

Elaboración: UF. PRESUESTO-OEPE

A pesar de todos los inconvenientes presupuestales suscitados en el Ejercicio Fiscal 2025, se logró alcanzar un nivel de devengado del 98.49%, en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios logró alcanzar un 99.13%, contando con sus obligaciones y gastos prioritarios debidamente certificados; cumpliendo incluso con el pago de sus recursos humanos de manera regular. Así mismo, en la fuente de financiamiento Recursos directamente Recaudados se alcanzó una ejecución de 92.04%, contribuyendo a las diversas actividades operativas de la entidad. Por su parte en la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencia alcanzó una ejecución de 94.45%, 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 EN EL PERIODO	MEDIDAS CORRECTIVAS REALIZADAS EN EL PERIODO
<p>Presupuesto inadecuado que se debe a la falta de Asignación de presupuesto, siendo muy deficitario, que no representan la real necesidad del INMP.</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 370 Notas modificatorias que se utilizan para adecuar el presupuesto institucional, determinándose un promedio mensual de 31 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>En el marco de la Ley N°32185 Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025 se procedió a reorganizar, recuperar, distribuir y modificar el marco presupuestal existente, para orientar el gasto con calidad, al logro de los objetivos, metas y estrategias propuestas por la Entidad en el Ejercicio Fiscal 2025, determinando brechas o partidas deficitarias, generándose demanda adicional de recursos ante el Ministerio de Salud.</p> <p>Durante el ejercicio fiscal 2025 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

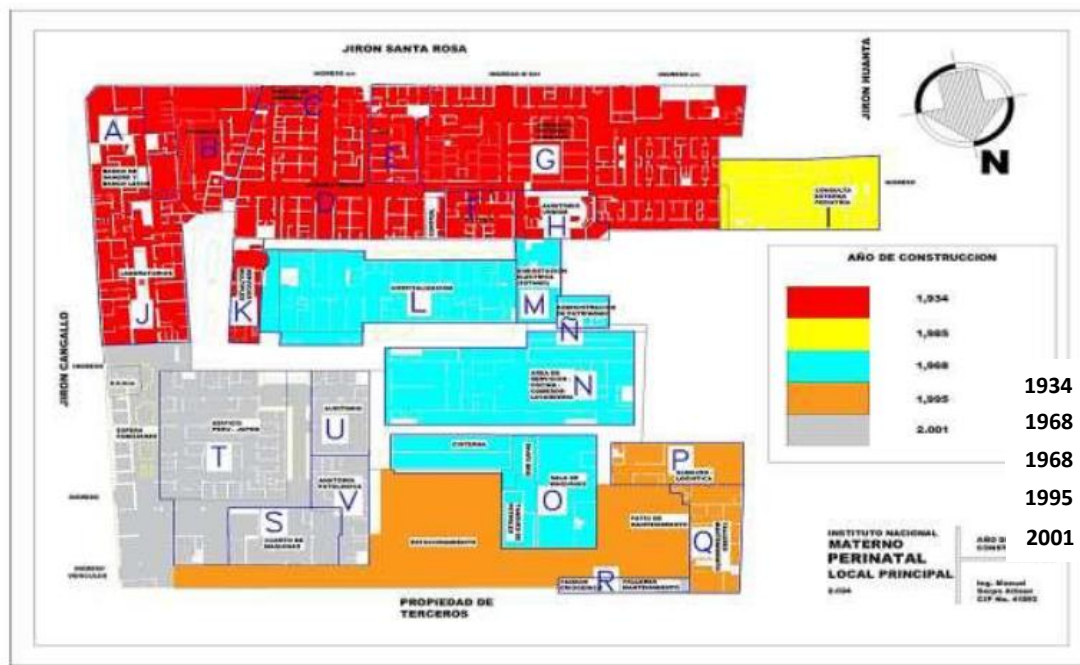
Local a reconstruir. Ex INO Instituto de Salud de la Mujer

4. Atención altamente especializada en Salud Reproductiva
 - a. Medicina reproductiva (Infertilidad).
 - b. Laboratorio Clínico Especializado.
 5. Atención altamente especializada en Medicina Fetal
 - a. Medicina fetal
 - b. Centro quirúrgico de cirugía fetal
 6. Atención altamente especializada en Obstetricia
 - a. Servicio de Placenta acreta.
 - b. Servicio de Atención Especializada de Amenaza de Parto Pretérmino
 7. Atención altamente especializada en Neonatología
 - a. Servicio de atención especializada del recién nacido prematuro
 - a. Servicio especializado de diagnóstico por imágenes: Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética, densitometría ósea.
 - b. Ultrasonografía intervencionista.
 8. Otros servicios especializados
 - a. Genética
 - b. Biología molecular
- 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:

Gráfico 22. Distribución de bloques y zonas del INMP 2024



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 sismos 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 23. Índice de Seguridad y Vulnerabilidad del INMP 2024

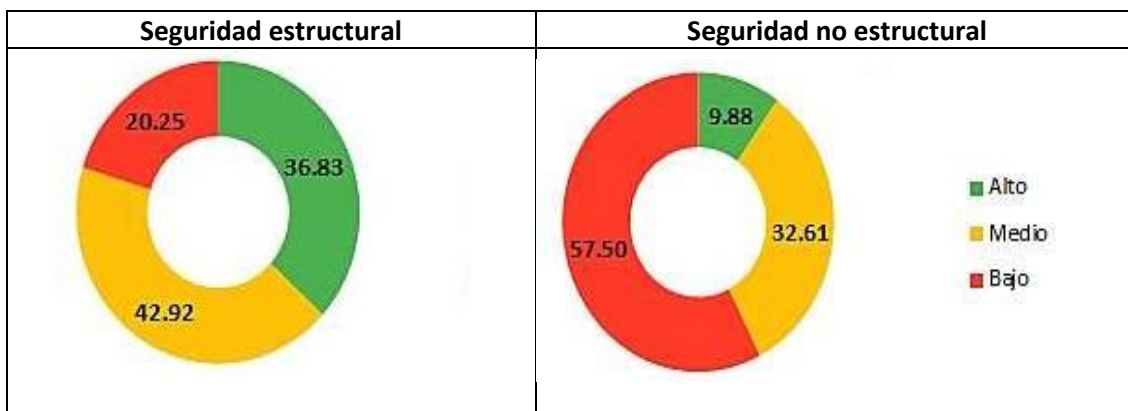


Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2024.

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.

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 24. Representación por nivel de seguridad del Componentes Estructural y no estructural ISH 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2024.

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.

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

Gráfico 25. Representación por nivel de seguridad del Componente Funcional ISH 2024



Fuente: Índice de Seguridad Hospitalaria del INMP 2024.

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

CAPÍTULO III ANALISIS 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 2025, las adolescentes han disminuido de 9.1 % a 7.9% y las mayores de 35 años se han incrementado de 26.8 a 28% en comparación al 2024; en cuanto al estado civil continúa siendo mayoritaria la convivencia con el 74.06 %, y con secundaria completa el 66.3%, incrementándose el porcentaje de universitarias de 8.5 a 15%. Un 6.8% de las pacientes fueron de procedencia extranjera, principalmente de nacionalidad venezolana.

Tabla 9. Perfil de la paciente atendida en el INMP. Comparativo 2023-2025

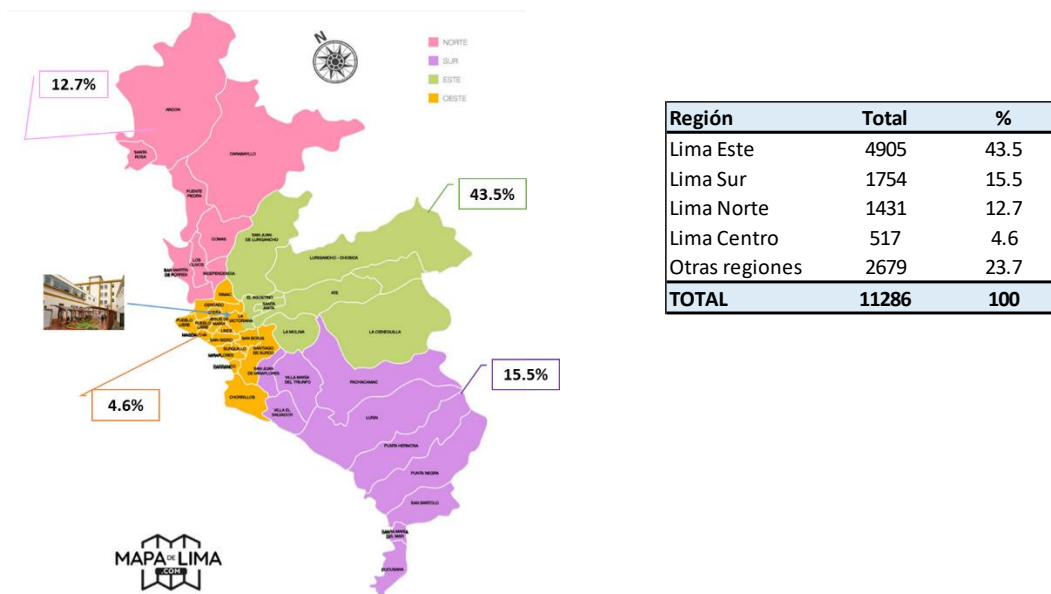
Atributo		2023		2024		2025	
		total	%	Total	%	Total	%
Grupo etario	Total	15,655	100	16,243	100	15,258	100
	< 20 años	1,391	8.9	1,479	9.1	1,207	7.9
	De 20 a 34 años	10,086	64.4	10,408	64.1	9,785	64.1
	≥ 35 años	4,178	26.7	4,359	26.8	4,206	28
Estado civil	Casada	2,511	10.58	1,705	10.5	1,621	10.62
	Conviviente	15,553	74.03	12,248	75.4	11,300	74.06
	Divorciada	33	0.24	41	0.3	35	0.23
	Soltera	2,704	14.38	2,190	13.5	2,009	13.76
	Viuda	26	0.24	36	0.2	25	0.16
	No definido	11	0.53	23	0.1	178	1.17
Grado de instrucción	Primaria	675	4.31	594	3.7	762	5
	Secundaria	1,912	76.09	12,403	76.4	10,122	66.3
	Técnico	1,559	9.96	1,644	10.1	1,900	12.5
	Universidad	1,276	8.15	1,384	8.5	2,283	15
	Sin Instrucción	233	1.49	218	1.3	191	1.3
Procedencia	Peruana	14,429	92.2	14,872	91.6	14,224	93.2
	Venezolana	1,140	7.3	1,299	8	954	6.3
	Otro país	86	0.5	72	0.4	80	0.5

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

Procedencia

Para estimar la procedencia de las pacientes, se ha considerado aquella de las pacientes cuyos niños nacieron vivos por lo que el total es de 11,286 pacientes, el mayor porcentaje de ellas procedió de Lima Metropolitana (76%), y de los distritos de San Juan de Lurigancho (41.2%), La Victoria (5.3%) y Ate Vitarte (5%). Los distritos de Lima Este son los que mayor aporte de pacientes tienen con un 43.5%, Lima Sur con 15.5%, Lima Norte con 12.7% y Lima Centro con 4.6%,

Gráfico 26. Distritos de procedencia de pacientes atendidas en el INMP. 2025



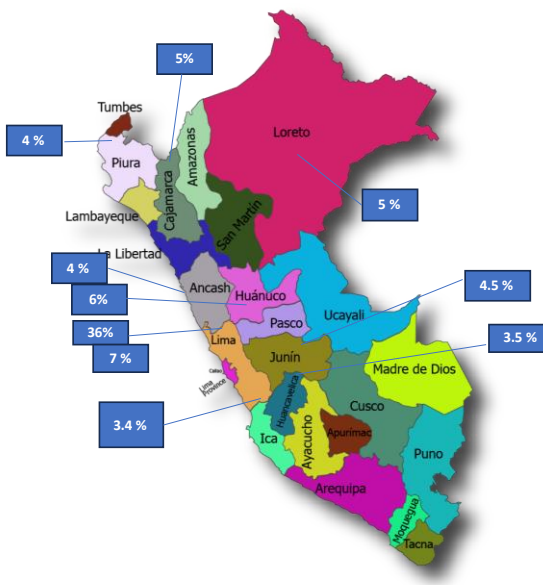
Como los años anteriores el mayor porcentaje de la población que acude al INMP para la atención del parto procede de Lima Este, en primer lugar, San Juan de Lurigancho, Ate-Vitarte, La Victoria y El Agustino, quienes conforman un corredor vial natural hacia el INMP.

En el 24.2% (2,679) de pacientes que proceden del resto del Perú, predominan los distritos de Lima Provincias con 36.1%, Callao 7.6%, Huánuco 5.6%, Loreto 4.9%, Cajamarca 4.7%, Junín 4.5%, Ancash 4.4% y Piura 4.1%.

El gráfico 27 muestra las regiones de donde proceden la mayor parte de pacientes que llegan de fuera de Lima Metropolitana, como es de esperar Lima Provincias y Callao, por la cercanía y la facilidad de los corredores viales que llegan al INMP, ocupan los primeros lugares, el resto proceden de diferentes Regiones que no necesariamente responden a un corredor vial ya que tenemos con mayor porcentaje de procedencia por el Centro (Huánuco), Selva (Loreto) y el norte (Ancash)

Gráfico 27. Procedencia de pacientes atendidas en el INMP. Nivel Nacional 2025

Region	Total	%
Lima Provincia	968	36.1
Callao	204	7.6
Huanuco	150	5.6
Loreto	130	4.9
Cajamarca	125	4.7
Junin	120	4.5
Ancash	117	4.4
Piura	110	4.1
Ica	95	3.5
Huancavelica	94	3.5
Lambayeque	71	2.7
San Martin	63	2.4
Ayacucho	62	2.3
Ucayali	62	2.3
Pasco	52	1.9
Apurimac	43	1.6
Cusco	42	1.6
Amazonas	41	1.5
La Libertad	38	1.4
Puno	36	1.3
Arequipa	23	0.9
Tumbes	22	0.8
Tacna	5	0.2
Moquegua	3	0.1
Madre de dios	3	0.1
TOTAL	2679	100



El perfil del usuario que acudió al INMP durante el 2025, ha tenido variaciones en comparación al año anterior, observándose un importante incremento del 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, Callao, Huánuco y Loreto. 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 2025 existieron 32,360 pacientes atendidas en consultorios del Instituto lo que representa un incremento del 4% respecto al 2024. En las características de las pacientes se observa una disminución del porcentaje en las menores de 20 años, y un incremento constante en el porcentaje de atención en las mayores de 35 años.



Tabla 9. Características de la población que se atiende por consulta externa (Gineco obstetricia). Porcentaje de presentación del atributo. INMP 2021-2025

ATRIBUTO	CALIFICACIÓN	2022	2023	2024	2025
Total de atendidas		27,584	29,341	31,132	32,360
Edad	< 20 a	37	37	38.8	22.1
	20 – 34 a	27	23.5	21.8	38.4
	> 35 a	36	39.5	39.4	39.5
Nivel de Instrucción	Secundaria	65.5	58.7	56.8	57.4
Estado Civil	Conviviente	77.5	73.4	77.5	78.1
Riesgo Social	Alto y mediano Riesgo	89.3	87.8	90.5	88.0
Distrito de Procedencia	San Juan de Lurigancho	32.2	31.7	37.0	31.9
Paridad	Nulípara	34.1	30.3	34.6	32.9
Atención pre-natal	CPN ≥ 6	43.7	45.8	58.1	46.0

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

Las pacientes atendidas por primera vez en consultorios del INMP en el 2025 se incrementó en 3% respecto al 2024, las consultas de ginecología disminuyeron en 2.5% y de obstetricia que aumentó un 4%. Disminuyeron las consultas de pediatría se incrementó en 11%, con el cumplimiento de la atención solo a los niños calificados de Alto Riesgo.

Tabla 10. Atendidos en consultorios del INMP. Totales 2021-2025

CONSULTORIOS	2021	2022	2023	2024	2025
Consultorio Atendidos total	19,890	27,226	28,998	31,132	32,360
. Atendidas Obstetricia	8,721	11,145	10,285	11,316	11,786
. Atendidas Ginecología	5,250	6,189	7,003	7,820	7,611
. Atendidos Pediatría	2,253	3,456	3,553	2,726	3,071
. Atendidos Especialidades Médicas	3,666	6,436	8,157	9,270	9,892

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En **consultorios de obstetricia** se observa una disminución de las consultas prenatales (21%) e incremento de las atenciones en puérperas (63%) en comparación del 2024.

Tabla 11. Atendidos en consultorios de obstetricia. INMP 2021-2025

CONSULTA EXTERNA OBSTETRICIA		2021	2022	2023	2024	2025
Prenatal	Atendidas	8,002	10,825	9,238	11,226	8,801
Puérperas	Atendidas	703	611	1,042	1,132	2,985

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 5 años, habiéndose elevado 50% más que el 2021, con relación al resto de la población que acudió al INMP el porcentaje se incrementó en 47% en el mismo periodo.

Tabla 12. Atención en adolescentes en consultorios obstetricia. INMP 2021-2025

ATENCIÓN PRENATAL		2021	2022	2023	2024	2025
Adolescentes	Atendidas	666	798	759	855	997
	Atenciones	1250	1738	2207	3224	3107
	Concentración	1.9	2.2	2.9	3.8	3.1
Población General	Atendidas	8018	10848	9114	10461	11786
	Atenciones	15369	19624	22571	25403	29440
	Concentración	1.9	1.8	2.4	2.5	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 Medicina Reproductiva (10%), y medicina fetal (19.7%) respecto al 2024.

Tabla 13: Atendidos en consultorios de ginecología. INMP 2021-2025

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	2021	2022	2023	2024	2025
Ginecología general					
Atendidas	3,887	4,384	3,922	3964	3608
Atenciones	5,971	8,162	7,813	8180	8376
Climaterio					
Atendidas	-	-	177	370	293
Atenciones	-	-	333	733	973
Medicina Reproductiva					
Atendidas	834	1,307	1,930	2286	2515
Atenciones	1,863	3,373	5,193	6090	6534
Oncología					
Atendidas	300	498	696	813	776
Atenciones	873	1,577	2,354	2513	2429
Medicina fetal					
Atendidas	16			182	208
Atenciones	59			198	234

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

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 2021-2025

OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		2021	2022	2023	2024	2025
Oftalmología	Atendidas	393	574	847	770	777
	Atenciones	745	1,301	1,479	1,361	1,417
Endocrinología	Atendidas	616	838	884	756	770

OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		2021	2022	2023	2024	2025
	Atenciones	1,851	2,994	2,478	2,315	2,190
Medicina Interna	Atendidas	78	256	443	590	730
	Atenciones	202	484	982	977	1,260
Cardiología	Atendidas	1,307	1,977	2,646	3,183	3,434
	Atenciones	1,501	2,254	3,190	3,643	3,931
Infectología	Atendidas	130	119	209	272	265
	Atenciones	316	353	528	673	767
Genética	Atendidas	49		281	375	465
	Atenciones	84		429	539	637
Rehabilitación	Atendidas	395	601	754	643	577
	Atenciones	1,181	1,910	1,402	1,460	1,434

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En los **Consultorios de pediatría** existe un incremento de los porcentajes de atención Otorrino pediatría (300%) debido a la implementación obligatoria del tamizaje auditivo, las otras especialidades se mantienen en índices similares a los años anteriores. En pediatría no incrementa la producción debido a que la atención no es a libre demanda si no que se realiza específicamente al Niño de Alto Riesgo (NAR), niños que nacieron 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 2021-2025

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA		2021	2022	2023	2024	2025
Pediatría	Atendidas	1,701	2,445	2,369	1,795	1,762
	Atenciones	5,327	7,707	6,265	5,555	6,169
Cirugía Pediátrica	Atendidas	46	169	228	172	214
	Atenciones	77	358	589	499	611
Neuro Pediatría	Atendidas	485	461	471	448	467
	Atenciones	1,058	1,644	1,950	2,146	2,282
Otorrino Pediatría	Atendidas	21	70	113	88	394
	Atenciones	32	105	159	101	509
Cardiología Pediátrica	Atendidas	128	311	372	235	234
	Atenciones	139	420	600	388	400

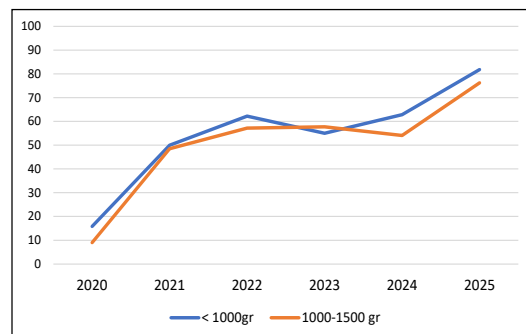
Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En la tabla 16 se detallan 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 2025 en los menores de 1000 gr alcanzando el 81%, y de 1000 gr a 1500 gr en 76%. 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 2020-2025

PESO AL NACER	2020	2021	2022	2023	2024	2025
< 1000 gr						
Atendidos c.ext	6	20	28	22	27	27
Nacidos vivos	105	113	132	162	118	112
Egreso vivo	38	40	45	40	43	33
Cobertura (%)	15.8	50	62.2	55	62.8	81.8
1000gr - 1499						
Atendidos c.ext	14	80	79	90	79	99
Nacidos vivos	185	194	195	182	147	167
Egreso vivo	156	165	138	156	146	130
Cobertura (%)	9	48.5	57.2	57.7	54.1	76.2



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 80 % de los egresados, aunque la meta es lograr que por lo menos que el 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 obstetricia se observa una disminución del 7% en comparación al 2024, esto relacionado a la disminución del número de partos en la institución. En ginecología el número de egresos mostró un incremento del 8.6%.

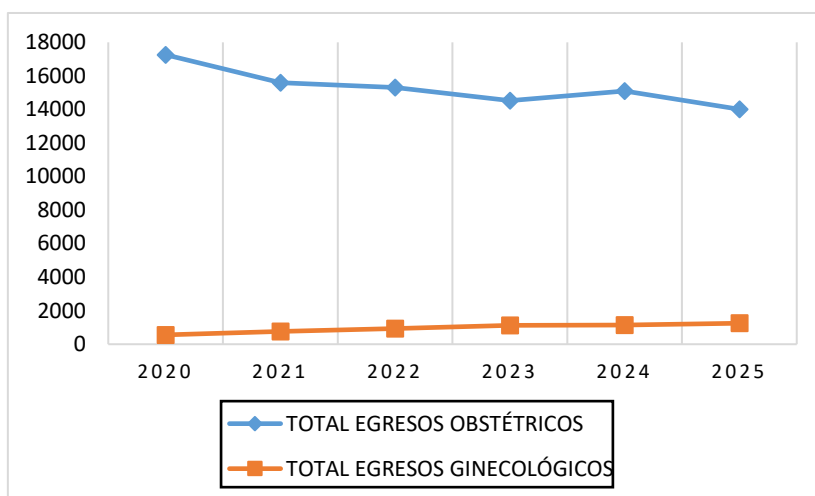


De igual manera, se observa una leve disminución del número de egresos por complicaciones gestacionales y puerperales en un 0.3% y 0.14% respectivamente en comparación al año anterior.

Tabla 17. Egresos hospitalarios ginecobstetricia. INMP 2021-2025

TIPO DE EGRESO	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)	TOTAL (ABS)	TOTAL (%)
Partos vaginales	7,343	54.53%	7,003	53.45%	6,127	50.42%	6077	49.12%	5653	45.70%
Partos por cesárea	6,122	45.47%	6,100	46.55%	6,024	49.58%	6294	50.88%	5767	46.62%
TOTAL EGRESOS PARTO	13,465		13,103		12,151		12,371		11,420	
Aborto	419	2.69%	413	2.70%	409	2.82%	459	3.04%	389	2.58%
Complicación Gestacional	1,573	10.09%	1,645	10.75%	1,824	12.56%	2086	13.82%	2043	13.54%
Complicación Puerperal	137	0.88%	143	0.93%	143	0.98%	177	1.17%	156	1.03%
TOTAL EGRESOS OBSTÉTRICOS	15,594		15,304		14,527		15,093		14,008	
TOTAL EGRESOS GINECOLÓGICOS	760		938		1,127		1150		1250	
TOTAL EGRESOS GINECO OBSTÉTRICOS	16,354		16,242		15,654		16,243		15,258	

Gráfico 28. Tipos de egresos de Hospitalización de Gineco obstetricia. 2020-2025



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 Ginecobstetricia. INMP 2021-2025

INDICADORES	2021	2022	2023	2024	2025
INDICADORES OBSTÉTRICOS					
Estancia post parto vaginal	2.5	2.5	2.6	2.4	2.5
Estancia post parto vag. sin patología	1.9	2.0	2.0	2.1	2.2
Estancia post parto vag. con patología	3.0	3.0	3.2	2.8	2.7
Estancia post cesárea	3.0	3.5	3.4	3.6	3.8
Estancia aborto	2.5	2.5	3.0	2.3	2.0
Estancia gestante	3.4	3.8	4.0	3.5	3.3
Estancia puérpera	4	4.3	4.1	4.0	3.7
% Ocupación cama Obstétrica	87.2%	87.6%	85.7%	84.1%	81.9%
Intervalo de sustitución Obstétrica	0.8	1.0	1.2	1.0	1.1
Rendimiento cama Obstétrica x mes	5.9	6.2	6.0	6.6	6.2
INDICADORES GINECOLÓGICOS					
Estancia ginecológica	3.2	3.8	3.9	3.9	4.0
% Ocupación cama Ginecológica	70.1%	72.1%	79.1%	75.4%	74.3%
Intervalo de sustitución ginecológica	5.3	4.3	3.7	1.5	1.6
Rendimiento cama ginecológica x mes	3.0	3.4	5.2	4.8	5.7

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 por encima del 80%, 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

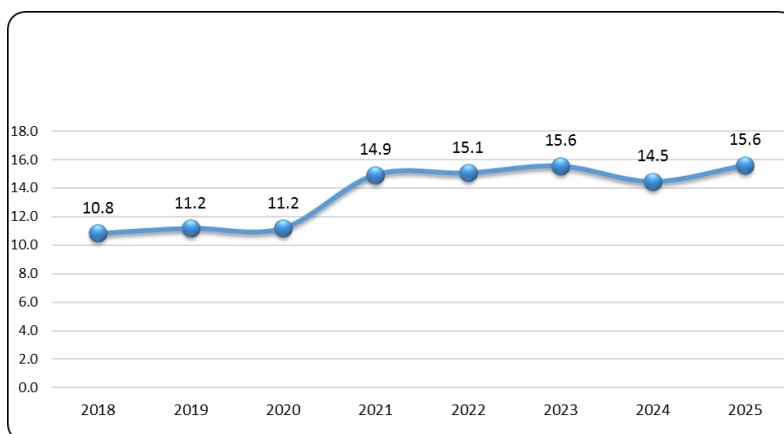
La presencia de morbilidades y la necesidad de hospitalización en neonatología dependen del estado del recién nacido al momento del nacimiento y de las patologías que puede presentar, siendo las más importantes la dificultad respiratoria, el grado de prematuridad y el peso al nacer.



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 depende de la capacidad estructural instalada, las competencias del personal de salud y el desarrollo tecnológico de los servicios de neonatología.

El índice de prematuridad en el Instituto en el 2025 se encuentra en 15.6%, cifra que duplica el referente nacional (7.8%) constituyéndose en el servicio de salud que mayor cantidad de prematuros atiende con toda la implicancia que significa esta cifra.

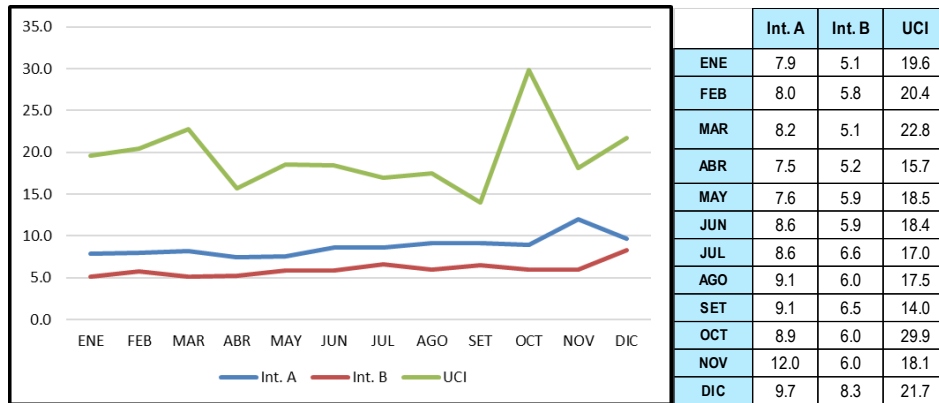
Gráfico 29. Índice de prematuridad. 2018 – 2025



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

El promedio de permanencia de los recién nacidos hospitalizados es de 19.5 días en Cuidados intensivos, 8.8 días en intermedios A y de 6 días en intermedios B. Estos índices varían mensualmente observándose en la tabla el incremento de la permanencia en UCI en el último trimestre del 2025

Gráfico 30. Tiempo de permanencia por servicios de hospitalización. Neonatología 2025



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 2025

SERVICIOS NEONATALES	% OCUPACIÓN CAMA	INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	RENDIMIENTO CAMA
UCI NEONATAL	95.6	0.8	1.7
CUIDADOS INTERMEDIOS A	89.4	0.9	3.5
CUIDADOS INTERMEDIOS B	81.9	1.2	4.9

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 – 2025

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
% OCUPACIÓN CAMA	101.4	101.7	102.3	103.0	99.5	95.6
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	-0.3	-0.3	-0.3	-0.4	0.15	0.8

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 el total de cirugías disminuyó con respecto al 2024, al disminuir las intervenciones quirúrgicas de emergencia en un 11%. También se observa un incremento de las cirugías programadas en ginecoobstetricia en un 10% y de las cirugías neonatales en 77%.



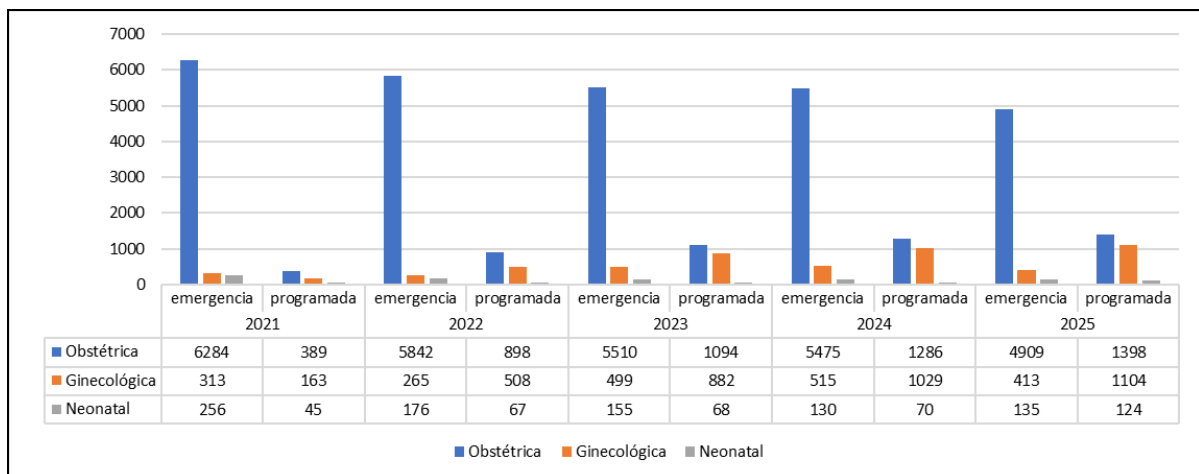
Tabla 21. Atenciones en Centro quirúrgico. INMP 2021-2025

CENTRO QUIRÚRGICO	2021	2022	2023	2024	2025
Cirugías Total	7450	7756	8208	8505	8077
Cirugías de emergencia	6853	6283	6164	6120	5457
. Intervenciones Obstétricas	6284	5842	5510	5475	4909
. Intervenciones Ginecológicas	313	265	499	515	413
. Intervenciones Qx Neonatal	256	176	155	130	135
Cirugías Programadas	597	1473	2044	2385	2626
. Intervenciones Obstétricas	389	898	1094	1286	1398
. Intervenciones Ginecológicas	163	508	882	1029	1104
. Intervenciones Qx Neonatal	45	67	68	70	124

Fuente: Equipo Funcional de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal

En el siguiente gráfico podemos observar lo descrito en la tabla, notándose la tendencia a la disminución de las cirugías obstétricas de emergencia y el incremento de las programadas en los 5 últimos años. En ginecología, de igual manera se observa una tendencia al incremento de las cirugías programadas

Gráfico 31. Número de intervenciones quirúrgicas por tipo y tendencia. INMP 2021-2025



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.

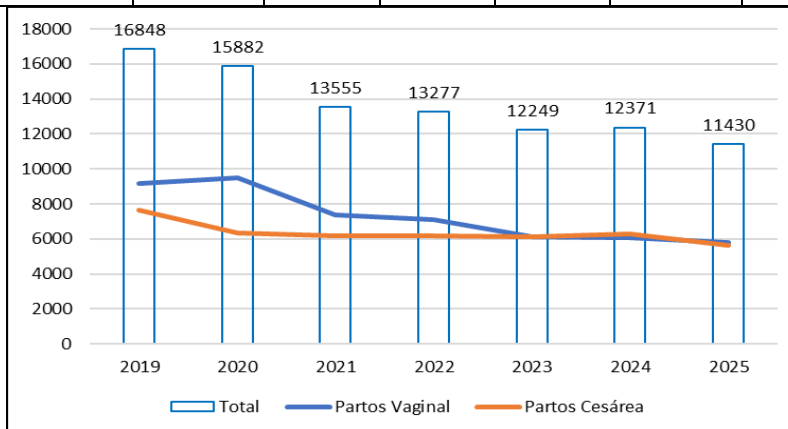
3.1.6 ATENCIÓN POR LA UPSS DE CENTRAL DE PARTOS

En referencia a la atención de partos, el número de partos atendidos en el 2025 es el menor en el último quinquenio, marcando la tendencia observada a nivel nacional. De igual manera el porcentaje de cesáreas supera el 50% superando en 10 puntos el índice nacional, hecho que puede estar relacionado al que el Instituto es un centro de referencia para pacientes consideradas de alto riesgo.



Gráfico 30. Nacimientos según la culminación del embarazo. INMP 2019-2025

PARTOS Y NACIMIENTOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Partos Vaginal	9192	9516	7361	7082	6128	6077	5807
Partos Cesárea	7672	6366	6194	6195	6121	6294	5623
Total	16848	15882	13555	13277	12249	12371	11430



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 106,549 niños, de los cuales 1,199 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 23% 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. 2025

	Nacimientos	Menores de 1500 gr
Lima Metropolitana	106,549	1,199
INMP	11,822	276

La atención de partos en general continúa con la tendencia al descenso evidenciado en la última década. Los nacimientos por vía cesárea han alcanzado la mitad del total de los partos con tendencias al incremento. 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 según los criterios para la clasificación de prioridades del MINSA del 2006, encontramos que la atención de prioridades tipo I (Gravedad extrema súbita) representó el 0.3% de las atenciones mientras las de tipo II (Urgencia mayor) el 4.7%, la patología común (prioridad IV) representa el 57.9% del total pacientes ginecoobstétricas atendidas por emergencia. En el área de emergencia pediátrica la prioridad I representó el 0.2% y la prioridad II el 8.6%, mientras que la prioridad IV 61% del total de niños atendidos por emergencia. La clasificación de prioridades elaborada por el MINSA no se ajusta necesariamente al tipo de pacientes atendidos en el Instituto, por lo cuál la revisión de los criterios debe ser adaptada.

Tabla 23. Atenciones según prioridades en servicio de emergencia. INMP 2025

MES	GÍNECO-OBSTETRICIA				PEDIATRÍA				TOTAL MES
	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV	
Enero	14	269	1,744	2,925	0	17	46	126	5,141
Febrero	17	279	2,367	2,025	0	8	88	111	4,895
Marzo	6	228	2,349	1,792	0	12	95	101	4,583
Abril	4	184	2,444	1,481	0	18	101	72	4,304
Mayo	9	199	2,306	2,064	0	7	95	76	4,756
Junio	11	166	1,516	2,521	0	21	61	126	4,422
Julio	17	272	1,259	2,747	1	30	40	134	4,500
Agosto	7	197	1,097	2,889	0	15	54	175	4,434
Septiembre	13	200	1,116	2,907	0	12	31	155	4,434
Octubre	22	220	1,191	2,851	0	30	37	118	4,469
Noviembre	12	182	1,220	2,870	0	23	37	122	4,466
Diciembre	8	93	815	3,319	2	8	25	115	4,385
TOTAL AÑO	140	2,489	19,424	30,391	3	201	710	1,431	54,789
PORCENTAJE	0.3%	4.5%	35.5%	55.5%	0.0%	0.4%	1.3%	2.6%	100.0%

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 19 de agosto 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.

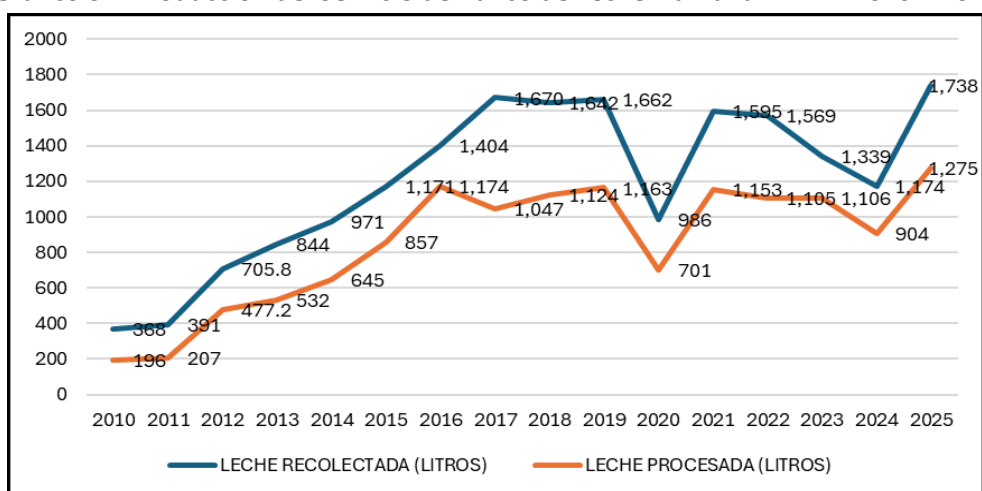


El BLH, tiene tres grandes procesos, desde la Procura con el acopio y la captación de donantes sigue un estricto protocolo, así como el Procesamiento y Pasteurización de la leche donada,

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 2025, el Banco de Leche Humana ha logrado recolectar 19,229.8 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 2025 la cifra aumento a 1,738 litros de leche recolectada y a 1,275 litros de leche procesada.

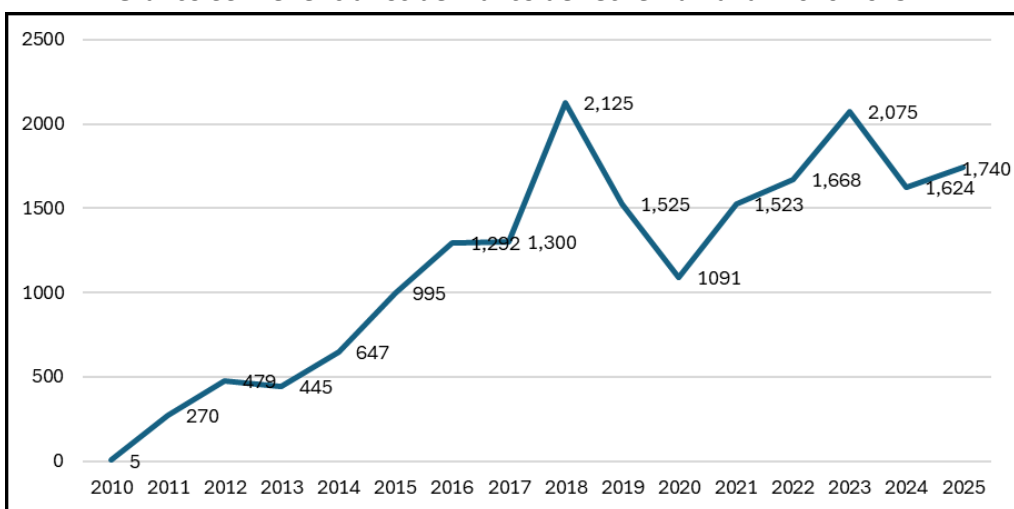
Gráfico 32. Producción del Servicio de Banco de Leche Humana. INMP 2010 – 2025



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

Durante el tiempo de funcionamiento del BLH del INMP, se han beneficiado 18,808 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.

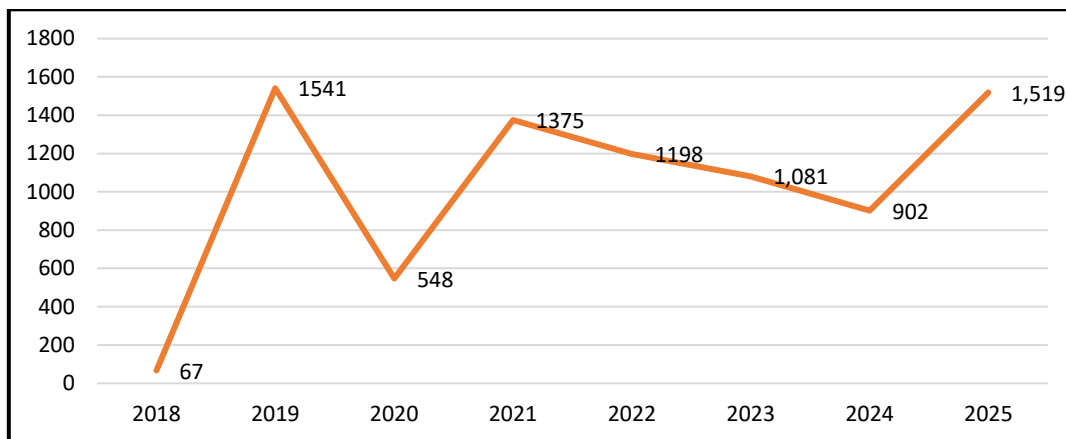
Gráfico 33. Beneficiarios del Banco de Leche Humana. 2010-2025



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 34. Pacientes atendidos con calostroterapia en el INMP. 2018-2025



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

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. El INMP creó y comanda la Red de BLH del Perú, se espera crecer y llegar todas las regiones donde se atiendan recién nacidos de alto riesgo.

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 2025) hemos tamizado 949,073 de los cuales son: 330,090 pacientes tamizados en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y 618,983 de diferentes regiones.

Dentro de los pacientes tamizados en el INMP se han logrado identificar 175 pacientes positivos para alguna de las enfermedades que son estudiadas en el paquete de tamizaje neonatal.

Desde el 2021 al 2025, se han tamizado a 59,374 neonatos en el instituto.

Tabla 24. Frecuencia de neonatos tamizados. INMP. 2021-2025

Año	Muestras
2021	12,561
2022	12,466
2023	11,706
2024	11,671
2025	10,970
Total	59,374

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

Desde el 2021 al 2025, se han tamizado a 59,374 neonatos en el Instituto, detectándose en este periodo 26 casos de hipotiroidismo congénito, 3 casos de hiperplasia suprarrenal congénita, 1 casos de fenilcetonuria y 1 casos fibrosis quística. Lo cual puede ser observado en la siguiente tabla la distribución de casos por año.

Tabla 25. Casos detectados con enfermedades metabólicas. Tamizaje neonatal INMP 2021-2025

TIPO DE PATOLOGIA	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Hipotiroidismo Congénito (TSH+)	6	6	7	4	3	26
Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17 OHP+)	1	0	0	1	2	3
Fenilcetonuria (PKU+)	0	0	0	0	1	1
Fibrosis Quística (IRT)	0	0	1	0	0	1

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

Hasta el año 2025 en el INMP, la detección de Hiperplasia Suprarrenal Congénita fue irregular durante los años de tamizaje neonatal obteniendo una incidencia de 1/20631 rnv; para el caso de fenilcetonuria el marcador se analizó regularmente durante los años 2003 a 2009 y del 2016 a 2025 presentando una incidencia de 1/59808 rnv. Cabe destacar que las incidencias alcanzadas son similares a las reportadas en la literatura mundial. La Fibrosis Quística fue incorporada al tamizaje institucional en el 2017, mostrando aún una incidencia baja en relación con la literatura 1/15262 rnv, probablemente por aún contarse con una población escasa para este marcador. En el caso de Hipotiroidismo Congénito presento una incidencia de 1/2246 rnv desde que se inició el programa de tamizaje neonatal.

Se han identificado a 239 casos positivos de alteraciones metabólicas congénitas procedentes de las diferentes regiones que remiten sus muestras al INMP desde 2003 al 2025.

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 2021 – 2025

LUGAR/AÑO	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
LIMA	7	6	8	5	5	31
OTRAS REGIONES	28	13	25	64	44	174

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 27. Pacientes tamizados por tipo de tamizaje. INMP 2018 – 2025

TAMIZAJE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
AUDITIVO	584	5142	4218	3105	4872	3196	5869	6576	33562
CARDIACO	1441	8902	8149	8946	3612	8075	8297	9692	57114
CATARATA			-		2991	5018	6349	7563	21921

El Programa de Tamizaje Neonatal del INMP procesa las pruebas realizadas en la mitad de las Regiones del país por compromiso con el Ministerio de Salud, por lo tanto, para cumplir con este requerimiento necesita ser fortalecido de tal manera que el presupuesto no influya en el cumplimiento del encargo ministerial que se realiza en beneficio de los niños del país.

MEDICINA REPRODUCTIVA

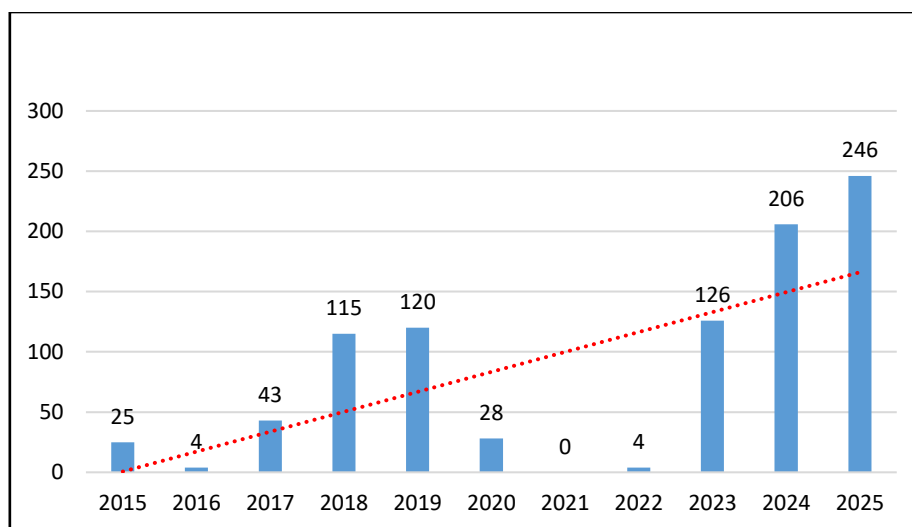
La infertilidad es considerada un problema de Salud Pública y una enfermedad que altera el equilibrio biopsicosocial que afecta entre el 15% y 20% de las parejas en edad reproductiva, por este motivo la UPSS de Medicina Reproductiva, brinda diferentes tratamientos de baja y alta complejidad para solucionar 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 2021-2025

PROCEDIMIENTOS	2021	2022	2023	2024	2025
TOTAL	403	732	1,367	1,762	1,928
Laboratorio de andrología					
Espermograma	319	443	618	702	677
Capacitación IIU	84	227	199	190	221
Capacitación FIV- ICSI	-	4	126	204	246
Laboratorio de gametos y embriones					
Fecundación in vitro.	-	4	126	206	190
Inyección intracitoplasmática de espermatozoide	-	-	-	-	56
Transferencia embrionaria fresco	-	-	20	30	18
Transferencia embrionaria diferida	-	26	92	135	175
Vitrificación ovocitos	-	-	2	-	2
Vitrificación de embriones	-	2	91	149	159
Desvitrificación de embriones	-	26	93	146	175

Fuente: Servicio de Medicina Reproductiva 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.

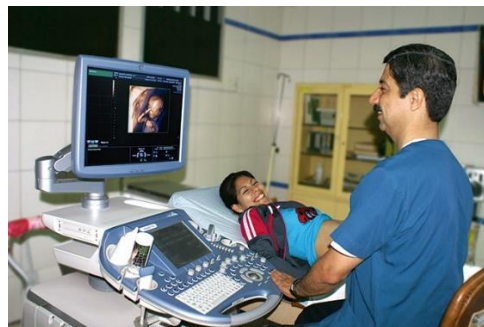
Gráfico 35. Producción de fecundación in vitro (FIV-ICSI) 2015-2025. INMP

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.

MEDICINA FETAL

La medicina fetal es una subespecialidad de la obstetricia que se centra en la evaluación y el seguimiento del desarrollo del feto durante la gestación. Su principal objetivo es detectar posibles anomalías, evaluar riesgos y establecer estrategias de manejo para mejorar el pronóstico tanto del bebé como de la madre. Gracias a los avances tecnológicos y a la subespecialización médica, hoy en día es posible identificar muchas patologías fetales de manera temprana, lo que permite planificar el mejor tratamiento y asistencia para cada caso



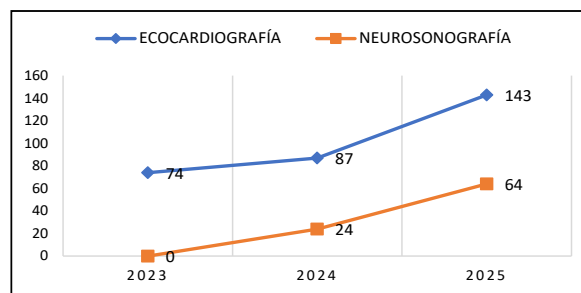
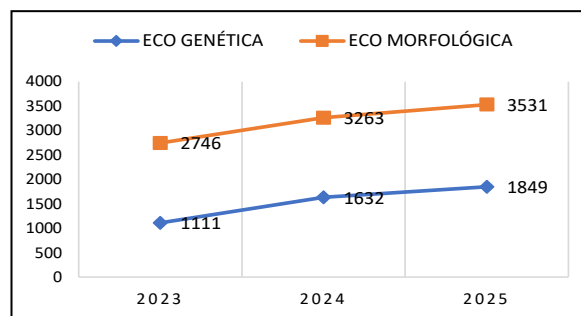
El Servicio de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal fue creado el 7 de mayo de 1999 y desde sus inicios es considerado como el centro de referencia nacional. Este servicio ha contribuido con avances científicos y de investigación en salud materna; ofrece atención altamente especializada no solo en patología primaria del feto sino también en la patología secundaria placentaria o materna mediante ecografías, consultas, procedimientos invasivos, cardiotocografía y cirugía intrauterina.

En el 2025 el servicio realizó 18,193 ecografías obstétricas especializadas, de las cuales 1, 849 fueron ecografías genéticas Y 3,531 morfológicas. Se observa un incremento del 66% con

respecto al 2023 en las ecografías genéticas y de 28% de las morfológicas. De igual manera se observa un aumento en las ecografías subespecializadas como la ecocardiografía en 93%.

Tabla 29. Ecografías obstétricas. Servicio de Medicina fetal. 2023-2025

ECOGRAFIA	2023	2024	2025
ECO GENÉTICA	1111	1632	1849
ECO MORFOLÓGICA	2746	3263	3531
ECO DOPPLER	9898	12365	12280
ECOCARDIOGRAFÍA	74	87	143
NEUROSONOGRAFÍA	0	24	64
ECO 3D/4D	40	0	0
PBF Perfil Biofisico sin NST	2	1	0
ECO OBST. BÁSICA 1er T transvaginal	175	107	134
ECO OBSTÉT BÁSICA 1er T abdominal	74	10	154
ECO OBSTÉT BÁSICA 2do/3er T	25	4	38



Fuente: Servicio de Medicina fetal

Respecto a los procedimientos invasivos, durante el 2025 se realizaron 272 cirugías ambulatorias de las cuales el 77% fueron amniocentesis diagnósticas, y 21 cirugías fetales mínimamente invasivas.

Tabla 30. Intervenciones invasivas. Servicio de Medicina Fetal. 2025

CIRUGIA FETAL MINIMAMENTE INVASIVA (CIRUGIAS FETALES)	TOTAL
Fetoscopia y fotocoagulación laser placentaria	5
Fotoablación laser percutánea en TRAP	5
Cirugía Intrauterina Abierta de Mielomeningocele	3
Transfusión sanguínea intrauterina	8
TOTAL	21
CIRUGIA AMBULATORIA (PROCEDIMIENTOS INVASIVOS)	TOTAL
Amniocentesis diagnóstica	209
Amniocentesis evacuatoria	30
Biopsia de vellosidades corionicas	32
Cordocentesis	1
TOTAL	272

Fuente: Servicio de Medicina fetal

La subespecialidad de medicina fetal se encuentra en continuo desarrollo, considerando el alto porcentaje de nacimientos y muertes fetales con malformaciones, el servicio brindado por el INMP debe continuar con su fortalecimiento para ser considerado como referente nacional. El valor preventivo de las ecografías especializadas (genética, morfológica) es muy importante para la atención integral de la gestante y el feto.

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 – 2025

INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PROCEDIMIENTOS						
Grupo en placa de donantes	4,658	4,672	6,558	6611	6146	5767
Hematocrito de donantes	4,634	4,664	6,513	6516	6034	5689
Pruebas inmunoserológicas coombs directo (gest, donan, ne)	715	522	748	706	681	867
Pruebas inmunoserológicas coombs indirecto (gest, donan, ne)	374	1,088	1,406	478	219	266
Tamizaje serológico (07 pruebas donantes)	3,356	3,458	4,454	4202	4179	3541
Grupo celular y sérico en tubo	3,356	3,458	4,454	4202	4169	3901
Pruebas pre-transfusionales: grupos sanguíneos en tubo de pacientes	1,592	1,506	1,690	1588	1518	1392
Pruebas pre-transfusionales: pruebas cruzadas	6,925	8,088	10,429	9971	9913	8699
Producción de unidades de paquete globular	3,306	3,423	4,431	4172	4131	3859
Producción de otros paquetes (PPC, plaquetas, crioprecipitado)	6,366	6,811	8,752	8229	8620	7583
Transfusión de paquete globular (PG)	2,979	2,900	3,290	2802	2672	2401
Transfusión de otros paquetes (PPC, plaquetas, crioprecipitado)	3,184	2,400	2,896	2535	1882	1487
Verificación de RH y fenotipo	423	465	431	384	372	453
Sangre reconstituida para exanguin-transfusión	8	16	10	14	12	9
Transfusión autóloga (depósito previo)	0	0	0	0	0	1
Plaquetaféresis	16	0	0	0	0	0
TRANSFUSIONES REALIZADAS						
Atenciones						
Tranfusiones de recién nacidos	1,879	1,661	1,990	2,188	2,068	1,656
Tranfusiones de adultos	4,062	3,668	4,034	1,679	2,852	2,487
Atendidas						
Tranfusiones de recién nacidos	664	664	1,244	2,289	687	631
Tranfusiones de adultos	874	833	971	1,028	835	761

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria 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 – 2025

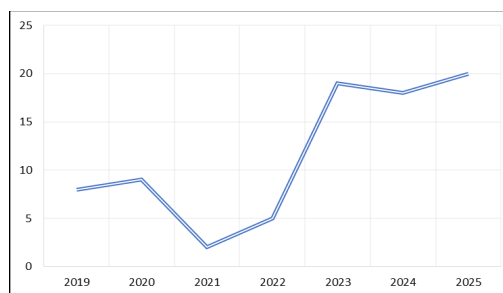
AÑO	PROYECTOS PREGRADO	PROYECTOS POST GRADO	PROYECTOS INSTITUCIONALES	PROYECTOS COLABORATIVOS	INTERNACIONAL	TOTAL
2019	38	19	16	0	0	73
2020	14	13	20	0	0	47
2021	26	9	17	3	0	55
2022	27	16	19	6	0	68
2023	37	9	26	1	2	75
2024	47	7	23	1	0	78
2025	50	7	40	0	0	97

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.

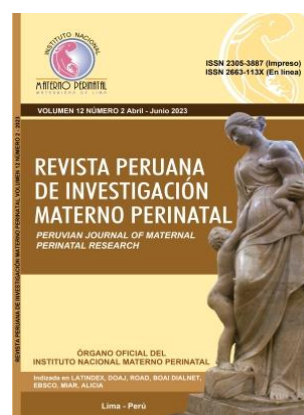
Gráfico 36. Publicaciones de investigaciones institucionales en revistas indexadas, 2019 – 2025

AÑO	N° DE PUBLICACIONES
2019	8
2020	9
2021	2
2022	5
2023	19
2024	18
2025	20



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 2025 se publicaron 4 números con un total de 24 artículos originales.



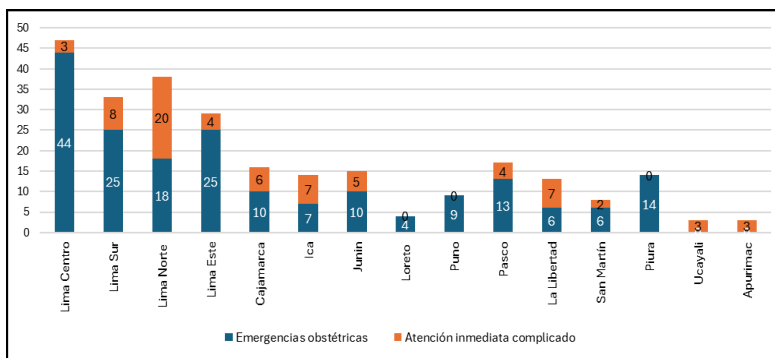
Docencia Especializada

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 2025 se desarrollaron eventos académicos dirigidos a las diferentes DIRIS y DIREAS completando un total de 263 profesionales capacitados.

Gráfico 37. Cursos dirigidos a profesionales y profesionales capacitados. INMP 2025

N° de participantes	Tema
72	Atención inmediata complicado.
191	Emergencias obstétricas
263	

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



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.

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 2025 la Unidad Funcional de Telesalud realizó 709 teleconsultas, 23 capacitaciones con 923 profesionales capacitados y 1 actividad de teleducación.

Tabla 33. Producción de Telesalud. INMP 2025

N°	EJE DE DESARROLLO DE TELESALUD	ACTIVIDAD OPERATIVA	RESULTADO
1	Telemedicina	Teleinterconsultas	709
3	Telecapacitación	Charlas virtuales	6
4		Cursos virtuales	17
5		Participantes certificados	923
6	Tele gestión	Asistencia técnica directa	1
		Actividades de gestión	215
8	Tele Información, Educación y Comunicación	Tele IEC	1

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

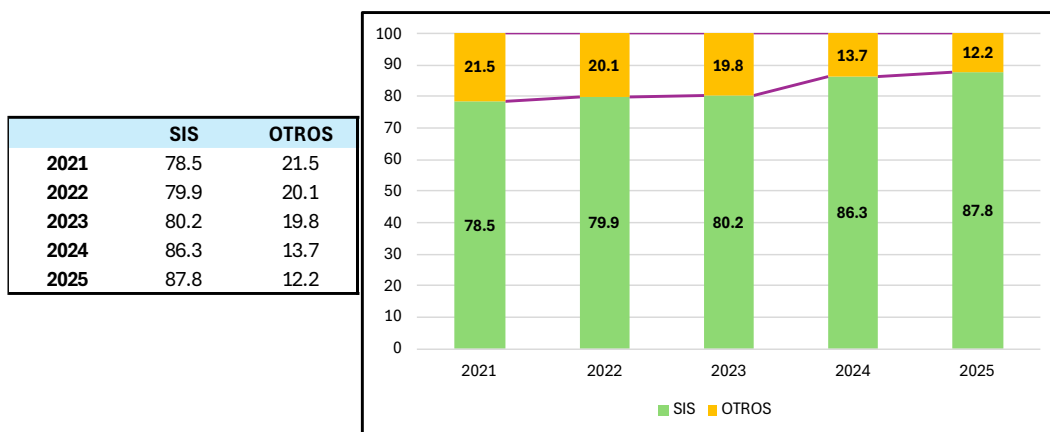
El Seguro Integral de Salud (SIS) se encarga, de proteger financieramente todo el proceso de gestación, el parto y el puerperio respectivo, garantizando que el embarazo se desarrolle de forma normal, sin complicaciones, para que la gestante llegue en condiciones óptimas al momento del parto.

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.

La cobertura a todo costo por parte del SIS se ha ido incrementando en los últimos años alcanzando para el 2025 al 87.8% de los pacientes, la diferencia es cubierta por gasto de bolsillo o por Essalud

Gráfico 38. Porcentaje de pacientes financiadas por el SIS. INMP 2021-2025

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

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 2025 recibió 2,453 solicitudes de referencias, el 75.38% de Establecimientos de Salud II-2 y II-1.

Tabla 34. Referencias solicitadas según establecimiento de procedencia. INMP 2025

Categoría de Establecimiento	N°	%
I-1	1	0.04%
I-2	3	0.12%
I-3	15	0.61%
I-4	47	1.92%
II-1	799	32.57%
II-2	1050	42.80%
II-E	1	0.04%
III-1	483	19.69%
III-2	23	0.94%
III-E	4	0.16%
PH	1	0.04%
S/C	26	1.06%
TOTAL	2453	100.00%

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 35. Referencias solicitadas según grupo de patologías. INMP 2025

DEMANDA SEGÚN PATOLOGIA	N°	%
Amenaza de Parto Pretermino	606	24.70%
Preeclampsia severa/ Eclampsia/Sind. HELLP	372	15.17%
Síndrome Distres Respiratorio del RN	369	15.04%
Malformaciones Congénitas	8	0.33%
Ruptura Prematura Membranas	264	10.76%
Placenta Previa	96	3.91%
Oligohidramnios	83	3.38%
Sepsis Neonatal	39	1.59%
Embarazo Múltiple	104	4.24%
Trabajo de Parto Pretérmino	65	2.65%
Trabajo de Parto a término	9	0.37%
Polhidramnios	17	0.69%
Aborto	17	0.69%
Shock Hipovolémico /Séptico/ Cardiogénico	14	0.57%
Desproporción Céfalopélvica	4	0.16%
Sepsis Puerperal	5	0.20%
Amenaza de Aborto	1	0.04%
Otras Patologías	380	15.49%
TOTAL	2453	100

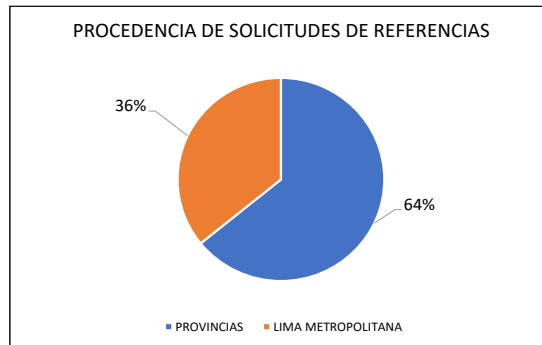
Fuente: Base de datos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del INMP

La procedencia de las solicitudes el 64.1% fue de provincias (1,574), la mayoría de Ica, Junín, Lima Provincias y Huánuco, y 36% de Lima, la mayoría procedente de la DIRIS Lima Ciudad.

El número total de referencias aceptadas durante el 2025 fueron 291 de las 2,453 solicitadas lo que representó el 11.8% de ellas. El rechazo de las referencias se debió a la falta de capacidad hospitalaria y por solicitudes que no correspondían al nivel de atención.

Gráfico 39. Porcentaje de solicitudes de transferencias recibidas. INMP 2025

PROCEDENCIA	RECIBIDA	ACEPTADA	%
DIRESA AMAZONAS	107	4	3.7
DIRESA ANCASH	115	15	13.0
DIRESA APURIMAC	38	3	7.9
DIRESA AYACUCHO	13	2	15.4
DIRESA CAJAMARCA	6	1	16.7
DIRESA CALLAO	42	2	4.8
DIRESA CUSCO	6	2	33.3
DIRESA HUANCANELICA	21	4	19.0
DIRESA HUANUCO	149	5	3.4
DIRESA ICA	272	42	15.4
DIRESA JUNIN	232	15	6.5
DIRESA LA LIBERTAD	1	1	100.0
DIRESA LAMBAYEQUE	12	0	0.0
DIRESA LIMA PROVINCIA	168	35	20.8
DIRESA LORETO	31	2	6.5
DIRESA MADRE DE DIOS	2	0	0.0
DIRESA MOQUEGUA	4	1	25.0
DIRESA PASCO	47	2	4.3
DIRESA PIURA	129	2	1.6
DIRESA PUNO	9	0	0.0
DIRESA SAN MARTIN	61	2	3.3
DIRESA TACNA	4	0	0.0
DIRESA TUMBES	56	2	3.6
DIRESA UCAYALI	49	1	2.0
DISA LIMA CIUDAD	333	60	18.0
DISA LIMA ESTE	295	69	23.4
DISA LIMA SUR	251	19	7.6
TOTAL	2453	291	11.9



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

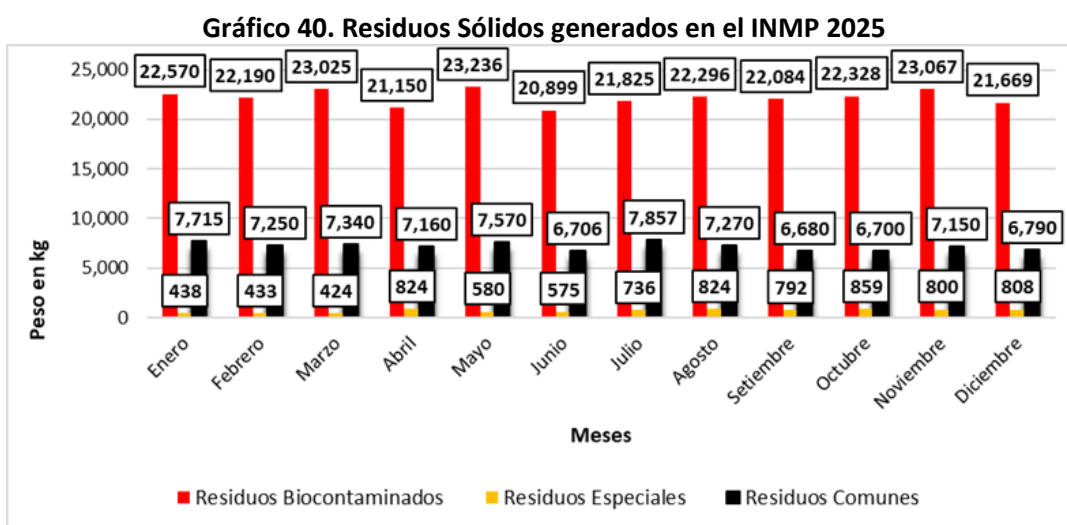
La demanda de referencias al Instituto a nivel nacional es alta y mayoritaria del centro y sur del país, el porcentaje de aceptación es muy baja por falta de capacidad hospitalaria, por lo que es necesario replantear el sistema de referencias nacional de tal manera que mejore su gestión, y además fortalecer la telemedicina en busca de solucionar el problema en el lugar de origen de ser posible.

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 2025, se ha registrado un total de 266,338.50 kg entre residuos sólidos biocontaminados y punzocortantes y 8,093.00 kg de residuos especiales. En el caso de los residuos comunes, la cantidad registrada fue un total de 86,188.00 kg.



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

El 74 % de los residuos corresponde a biocontaminados, seguido por un 24% de residuos comunes y 2% de residuos especiales.

3.4.2 Vigilancia de la calidad de agua:

CLORO 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 siguiente tabla nos muestra la cantidad promedio de cloro residual de enero a diciembre de 2025.

Tabla 36. Promedio de cloro residual en el agua mensualizado. INMP 2025

N°	Servicio/Área	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Promedio anual
		LMiP: >0.5												
1	Reserv. Patio de Comidas	0.62	0.57	-	0.74	0.76	0.73	0.76	0.67	0.69	0.56	0.61	0.52	0.66
2	Of. Servicios Generales	0.28	0.23	-	0.21	0.23	0.15	0.20	0.54	0.19	0.31	0.21	0.28	0.26
3	Reserv. Perú Japón	0.51	0.59	-	0.79	0.80	0.64	0.80	0.78	0.71	0.60	0.69	0.57	0.68
4	Centro Obstétrico	0.64	0.61	-	0.64	0.67	0.70	0.69	0.77	0.73	0.74	0.75	0.64	0.69
5	Reserv. Residencia Médica	0.36	0.22	-	0.54	0.63	0.61	0.62	0.56	0.49	0.42	0.55	0.41	0.49
6	Residencia Médica	0.04	0.03	-	0.34	0.47	0.46	0.53	0.25	0.35	0.30	0.46	0.41	0.33
7	Reserv. Laboratorio	0.11	0.25	-	0.11	0.37	0.26	0.23	0.21	0.28	0.22	0.32	0.31	0.24
8	Laboratorio	0.03	0.21	-	0.07	0.29	0.11	0.22	0.26	0.19	0.13	0.14	0.25	0.17
9	Reserv. Monoblock	0.29	0.41	-	0.69	0.71	0.70	0.72	0.52	0.51	0.48	0.59	0.39	0.55
10	Hospitalización C	0.50	0.56	-	0.62	0.64	0.61	0.66	0.74	0.68	0.64	0.65	0.49	0.62
11	Consultorios de Pediatría	0.74	0.89	-	0.94	0.94	0.89	0.93	0.89	0.86	0.83	0.94	0.72	0.87
12	Consultorios Externos	0.72	1.06	-	0.74	0.71	0.71	0.72	0.37	0.63	0.36	0.64	0.23	0.63
13	Farmacia Central	0.73	0.69	-	0.90	0.86	0.78	0.89	0.86	0.80	0.78	0.86	-	0.81
14	Control de Ingreso Vehicular	0.63	0.65	-	0.94	0.89	0.86	0.93	0.83	0.84	0.71	0.81	0.65	0.79
15	Central de Esterilización	0.62	0.64	-	0.76	0.69	0.71	0.75	0.87	0.75	0.72	0.75	0.67	0.72
16	Centro Quirúrgico	0.69	0.90	-	0.70	0.68	0.63	0.71	0.76	0.84	0.68	0.82	0.61	0.73
17	Nutrición (Comedor)	0.34	0.37	-	0.40	0.39	0.31	0.37	0.48	0.33	0.22	0.28	0.35	0.35
18	Nutrición (Cocina)	0.28	0.43	-	0.51	0.48	0.46	0.42	0.49	0.46	0.50	0.32	0.38	0.43
19	EX INO	0.65	0.87	-	0.81	0.79	0.80	0.85	0.80	0.81	0.74	0.75	0.68	0.78

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

De los 19 puntos evaluados, 7 se encuentran por debajo del límite mínimo permitido, lo que quiere decir que, en el 37% 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 siguiente tabla muestra que, todos los servicios evaluados tienen resultados de microorganismos por debajo del LMP, lo que quiere decir que, en el mes de diciembre, el agua no presentó contaminación y se encontró apta para el consumo humano.

Tabla 37. Análisis microbiológico en agua para consumo humano - INMP 2025

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
18/08/2025	Reserv. Laboratorio	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	<0.11
18/08/2025	Laboratorio (SSHH)	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.26
18/08/2025	Comedor Cuerpo Médico	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.20
18/08/2025	Nutrición (Cocina) - Limpieza de frutas	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.43
18/08/2025	Nutrición (Comedor) - Lavado de manos	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.57
18/08/2025	Patio de Comidas	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.63
18/08/2025	UCIN	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.89
18/08/2025	Reserv. Residencia Medica	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.71
18/08/2025	Residencia Medica - SSHH	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.47
18/08/2025	Consultorios Externos - SSHH	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.31
18/08/2025	Servicios Generales	<1.1	<1.1	<1.1	0	0	0	<1	0.65

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 24.27% para el 2025, se observa igualmente un incremento, en comparación de los años 2021 al 2025, 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 38. Principales morbilidades por consultorios externos de obstetricia 2021-2025

DENOMINACIÓN	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	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%	7,144	24.27%
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	577	3.25%	906	3.72%	1,235	4.75%	1,197	4.18%	2,288	7.77%
Infección genital en el embarazo	268	1.51%	324	1.33%	372	1.43%	377	1.32%	277	0.94%
Infecciones de la vejiga durante el embarazo	79	0.45%	118	0.48%	199	0.77%	246	0.86%	249	0.85%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	367	2.07%	433	1.78%	296	1.14%	305	1.07%	277	0.94%
Embarazo doble	725	4.09%	1,080	4.43%	749	2.88%	816	2.85%	910	3.09%
Aumento excesivo de peso en el embarazo	131	0.74%	195	0.80%	453	1.74%	494	1.73%	699	2.37%
Diabetes mellitus no especificada en el embarazo	142	0.80%	261	1.07%	316	1.22%	616	2.15%	506	1.72%
Atención Materna por sospecha de anomalía y daño fetal no	514	2.90%	615	2.52%	624	2.40%	509	1.78%	480	1.63%
Atención materna por presentación de nalgas	218	1.23%	301	1.23%	363	1.40%	459	1.60%	398	1.35%

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

En **consultorio de ginecología** las principales patologías atendidas en el 2025 fueron las patologías del climaterio que se incrementó un 200% más que el 2023 (de 177 a 534 casos), los problemas de infertilidad que incrementó en 24% (de 3,738 a 4,631 pacientes) y las patologías mamarias se mantienen altas.

Tabla 39. Principales morbilidades por consultorios externos de ginecología 2021-2025

DENOMINACIÓN	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Consultorio de Ginecología General										
Leiomioma del útero, sin otra especificación	100	1.68%	284	3.56%	314	4.02%	469	5.73%	551	6.58%
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	114	1.92%	325	4.08%	332	4.25%	288	3.52%	363	4.38%
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	48	0.81%	57	0.72%	101	1.29%	94	1.15%	147	1.76%
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada	35	0.59%	59	0.74%	118	1.51%	79	0.97%	50	0.60%
Estados menopausicos y climatericos femeninos	78	1.31%	142	1.78%	257	3.29%	266	3.25%	358	4.27%
Consultorio de Medicina Climaterio										
Estados menopausicos y climatericos femeninos	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	226	30.83%	276	28.37%
Otros trastornos menopausicos y perimenopausicos especi	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	9	1.23%	5	0.51%
Estados asociados con menopausia artificial	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	0.41%	2	0.21%
Vaginitis atrofica postmenopausica	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	104	14.19%	221	22.71%
Leiomioma del utero, sin otra especificación	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	7	0.95%	30	3.08%
Consultorio de Medicina Reproductiva										
Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	629	33.76%	1,235	36.61%	1,907	36.72%	2,458	40.36%	2,641	40.42%
Infertilidad femenina de origen tubarico	371	19.91%	739	21.91%	997	19.20%	914	15.01%	984	15.06%
Infertilidad femenina de origen uterino	77	4.13%	167	4.95%	215	4.14%	304	4.99%	243	3.72%
Infertilidad femenina asociada con factores masculinos	135	7.25%	279	8.27%	619	11.92%	969	15.91%	763	11.68%
Consultorio de Oncología										
Displasia cervical leve	44	5.04%	71	4.50%	69	2.93%	142	5.65%	138	5.68%
Mastopatía quística difusa	25	2.86%	57	3.61%	65	2.76%	91	3.62%	87	3.58%
Trastornos inflamatorios de la mama	147	16.84%	218	1.66%	217	9.22%	469	3.57%	382	2.91%
Tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovar	20	2.29%	62	3.93%	79	3.36%	104	4.14%	61	2.51%
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la ma	18	2.06%	29	1.84%	42	1.78%	92	3.66%	101	4.16%

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 40. Principales morbilidades atendidas en consultorios de pediatría 2021 2025

MORBILIDAD DENOMINACIÓN	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Anemia por deficiencia de hierro sin otra	168	3.24%	463	5.93%	375	11.49%	242	4.36%	482	7.81%
Otro peso bajo al nacer	135	2.60%	245	3.14%	971	29.74%	399	7.18%	428	6.94%
Rinofaringitis aguda (resfrío común)	53	1.02%	243	3.11%	420	12.86%	144	2.59%	329	5.33%
Pequeño para edad gestacional	107	2.06%	763	9.78%	439	13.45%	321	5.78%	291	4.72%
Síndrome de down, no especificado	52	1.00%	223	2.86%	329	10.08%	285	5.13%	281	4.56%
Trastorno específico del desarrollo psico	20	0.39%	56	0.72%	102	3.12%	158	2.84%	192	3.11%
Peso extremadamente bajo al nacer	63	1.21%	245	3.14%	282	8.64%	314	5.65%	341	5.53%
Inmadurez extrema	10	0.19%	66	0.85%	93	2.85%	92	1.66%	153	2.48%
Defecto del tabique ventricular	6	0.12%	23	0.29%	99	3.03%	55	0.99%	83	1.35%
Hemangioma, de cualquier sitio	11	0.21%	94	1.20%	182	5.57%	66	1.19%	128	2.07%
Hipotonía Congenita	5	0.10%	33	0.42%	34	1.04%	49	0.88%	150	2.43%

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 2025 fueron 14,040 pacientes, de estas 11,430 fueron de partos 389 abortos, 129 embarazos ectópicos entre otros, y 1,218 egresaron de hospitalización ginecológicas.

Las principales morbilidades obstétricas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias obstétricas. La pre eclampsia disminuyó con respecto al 2024, 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 presentando su mayor valor en el 2025.

Tabla 41. Diagnósticos Obstétricos. INMP 2021 a 2025

DIAGNÓSTICO	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Trastornos Hipertensivos del embarazo	1,573	11.68%	1,730	13.20%	1,406	11.57%	1,360	10.99%	1,220	9.86%
Pre eclampsia	1,533	11.39%	1,692	12.91%	1,367	11.25%	1,333	10.78%	1,199	9.69%
Pre eclampsia leve	935	6.94%	1,064	8.12%	912	7.50%	899	7.27%	789	6.38%
Pre eclampsia severa	598	4.44%	628	4.79%	455	3.74%	434	3.51%	401	3.24%
Eclampsia	7	0.05%	10	0.08%	6	0.05%	4	0.03%	7	0.06%
Síndrome de Hellp	33	0.25%	28	0.21%	33	0.27%	23	0.19%	14	0.11%
Hemorragia Obstétrica	585	4.34%	705	5.38%	648	5.33%	652	5.27%	603	4.87%
Desprendimiento prematuro de placenta	104	0.77%	139	1.06%	144	1.18%	135	1.09%	148	1.20%
Placenta previa	214	1.59%	229	1.75%	201	1.65%	210	1.70%	188	1.52%
Ruptura uterina	19	0.14%	42	0.32%	31	0.26%	37	0.30%	34	0.27%
Hemorragia post parto	231	1.72%	261	1.99%	244	2.01%	250	2.02%	221	1.79%
Shock hipovolémico	17	0.13%	34	0.26%	28	0.23%	20	0.16%	12	0.10%

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 42. Diagnósticos de egreso de la UPSS de Obstetricia. INMP 2021 al 2025

DIAGNÓSTICO	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Aborto	419	100.00%	413	100.00%	419	100.00%	459	100.00%	389	84.75%
Aborto Incompleto	280	66.83%	309	74.82%	278	66.35%	315	68.63%	285	62.09%
Aborto Frustrado	46	10.98%	37	8.96%	63	15.04%	75	16.34%	55	11.98%
Aborto Incompleto Infect.	55	13.13%	37	8.96%	29	6.92%	40	8.71%	30	6.54%
Otros tipos de aborto	38	9.07%	30	7.26%	49	11.69%	29	6.32%	19	4.14%
Embarazo Ectópico^a	188	1.40%	167	1.27%	145	1.19%	155	1.25%	129	1.04%
Infecciones Maternas	3,612	23.16%	2,980	19.47%	2,924	20.13%	2,844	18.84%	2,835	18.78%
RPM - Corioamnionitis	2,294	14.71%	1,711	11.18%	1,963	13.51%	1,899	12.58%	1,876	12.43%
ITU	989	6.34%	968	6.33%	703	4.84%	687	4.55%	766	5.08%
Endometritis	40	0.26%	40	0.26%	33	0.23%	49	0.32%	30	0.20%
TBC	14	0.09%	5	0.03%	3	0.02%	4	0.03%	2	0.01%
Infecciones respiratorias	75	0.48%	23	0.15%	33	0.23%	29	0.19%	35	0.23%
Infección herida operatoria	66	0.42%	92	0.60%	71	0.49%	46	0.30%	38	0.25%
VIH	40	0.26%	52	0.34%	43	0.30%	50	0.33%	33	0.22%
ITS	94	0.60%	89	0.58%	75	0.52%	80	0.53%	55	0.36%

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.

Tabla N° 43. Diagnósticos de egreso en UPSS de ginecología. INMP. 2021-2025

DIAGNÓSTICOS	2021		2022		2023		2024		2025	
	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)	TOTAL (ABSOLUTO)	TOTAL (PORCENTAJE)
Miomatosis uterina	115	15.13%	199	21.22%	210	18.63%	226	19.65%	299	24.55%
Hemorragia vaginal y uterina anormal	121	15.92%	99	10.55%	156	13.84%	168	14.61%	156	12.81%
Infertilidad de origen tubárico	11	1.45%	21	2.24%	17	1.51%	13	1.13%	22	1.81%
Quiste ovario	18	2.37%	29	3.09%	25	2.22%	45	3.91%	57	4.68%
Prolapso genital	22	2.89%	22	2.35%	26	2.31%	20	1.74%	24	1.97%
Adherencias peritoneales pélvicas	45	5.92%	69	7.36%	59	5.24%	49	4.26%	33	2.71%
Pólipo del cuerpo de útero	55	7.24%	84	8.96%	91	8.07%	110	9.57%	119	9.77%
Hiperplasia endometrial	24	3.16%	20	2.13%	37	3.28%	41	3.57%	36	2.96%
Displasia cervical	1	0.13%	2	0.21%	3	0.27%	2	0.17%	2	0.16%
Tumor maligno del cuello uterino	6	0.79%	5	0.53%	4	0.35%	7	0.61%	12	0.99%

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

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 estancia de las pacientes obstétricas.

Tabla N° 44. Indicadores obstétricos y ginecológicos. INMP. 2021 al 2025

INDICADORES	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Indicadores obstétricos						
Estancia post parto vaginal	2.3	2.5	2.5	2.6	2.4	2.5
Estancia post parto vag. sin patología	2.1	1.9	2.0	2.0	2.1	2.2
Estancia post parto vag. con patología	3.5	3.0	3.0	3.2	2.8	2.7
Estancia post cesárea	4	3.0	3.5	3.4	3.6	3.8
Estancia aborto	3	2.5	2.5	3.0	2.3	2.0
Estancia gestante	4.1	3.4	3.8	4.0	3.5	3.3
Estancia puérpera	4.9	4	4.3	4.1	4.0	3.7
% Ocupación cama Obstétrica	88.90%	87.2%	87.6%	85.7%	84.1%	81.9%
Intervalo de sustitución Obstétrica	0.9	0.8	1.0	1.2	1.0	1.1
Rendimiento cama Obstétrica x mes	6.3	5.9	6.2	6.0	6.6	6.2
Indicadores ginecológicos						
Estancia ginecológica	3.6	3.2	3.8	3.9	3.8	4.0
% Ocupación cama Ginecológica	55.6%	70.1%	72.1%	72.3%	75.4%	74.3%
Intervalo de sustitución ginecológica	10.7	2.1	2.0	1.9	1.8	1.6
Rendimiento cama ginecológica x mes	3.1	5.1	5.2	5.3	5.2	5.7
Indicadores relacionados						
Relación partos / Abortos (Ameu)	11.1	12.9	13.4	15.8	15.5	15.1
Relación partos / Abortos (Egreso)	2.6	3.1	3.1	3.4	3.7	3.4
Razón de mortalidad materna	25.1	29.3	22.3	16.2	15.9	17.3
Tasa de Infección Intrahospitalaria G-O	1.5	1.1	1.3	0.9	0.33	0.24
Razón aborto institucional (x100 rn) ^a	16.8	16.0	15.0	18.8	17.0	17.7

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 26.2%, estas patologías requieren un periodo de hospitalización corto a diferencia de otras morbilidades que se presentan en similar porcentaje pero que requieren tratamiento altamente especializado y con mayor periodo de hospitalización y relacionados a la prematuridad (24.6%) como la sepsis neonatal (8.6%), insuficiencia respiratoria (7.7%) trastornos metabólicos (7.1%) 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 45. Morbilidades de las UPSS de Neonatología. INMP 2025

DIAGNÓSTICO	2025	
	CASOS	%
P599 Ictericia neonatal, no especificada	1461	52.3
P221 Taquipnea transitoria del recién nacido	731	26.2
P073 Otros recién nacidos pretérmino	688	24.6
P050 Bajo peso para la edad gestacional	526	18.8
P082 Recién nacido posttérmino sin sobrepeso para su edad gestacional	524	18.8
P741 Deshidratación del recién nacido	322	11.1
P220 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	215	7.7
P369 Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	239	8.6
P749 Trastorno metabólico transitorio del recién nacido, no especificado	197	7.1
P551 Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido	190	6.8
P081 Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional	133	5.5
P614 Otras anemias congénitas, no clasificadas en otra parte	151	5.4
Q250 Conducto arterioso permeable	184	6.6
P914 Depresión cerebral neonatal	112	4.0

	DIAGNÓSTICO	2025	
		CASOS	%
Q249	Malformación congénita del corazón sin especificación	123	4.4
P072	Recién nacido con gestación menor a 28 semanas	104	3.7
P616	Otros trastornos neonatales transitorios de la coagulación	80	2.9
P120	Cefalohematoma debido a traumatismo del nacimiento	77	2.8
Q868	Otros síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas desconocidas	78	2.2
P121	Caput succedaneum debido a traumatismo del nacimiento	182	6.5
P704	Otras hipoglicemias neonatales	89	3.2
P610	Trombocitopenia neonatal transitoria	58	2.1
P015	Feto y recién nacido afectados por embarazo múltiple	80	2.9
P228	Otras dificultades respiratorias del recién nacido	69	2.5
P742	Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido	69	2.5
Q02X	Microcefalia	56	2.0
P059	Retardo del crecimiento fetal, no especificado	73	2.6
P611	Policitemia neonatal	89	3.2
Q210	Defecto del tabique ventricular	61	2.2
P291	Disritmia o arritmia cardiaca neonatal	53	1.9
P292	Hipertensión neonatal	44	1.6
Q211	Defecto del tabique auricular	44	1.6
P080	Recién nacido excepcionalmente grande	43	1.5
P918	Otros trastornos del estado cerebral del recién nacido	40	1.4
P923	Hipoalimentación del recién nacido	39	1.4
P251	Neumotórax originado en el periodo perinatal	36	1.3
P229	Dificultad respiratoria no especificada en el recién nacido	35	1.2
P942	Hipotonía congénita	34	1.2
P235	Neumonía congénita debida a pseudomonas	54	1.9
P285	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	48	1.7
J300	Rinitis vasomotora	34	1.2

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

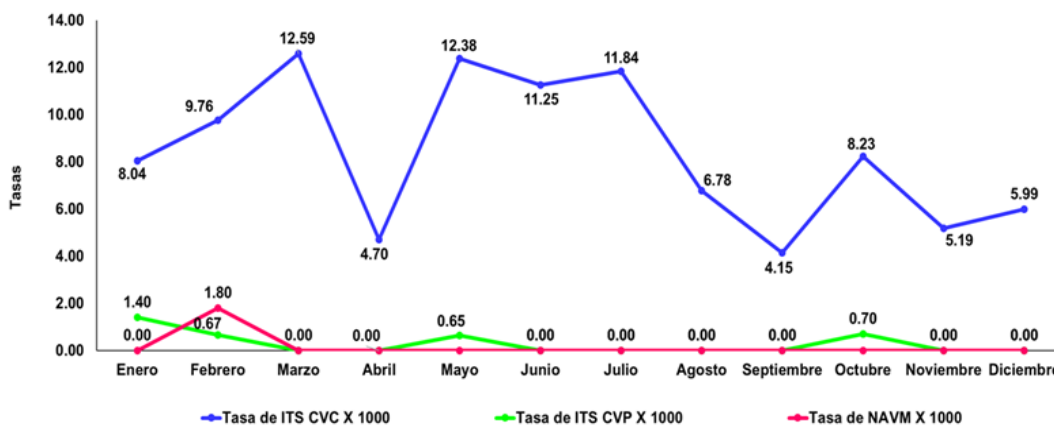
El INMP al ser un centro de referencia nacional cuenta con la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales más grande del país, con alta densidad de prematuros y con la única unidad de Cuidados Intensivos Maternos a nivel nacional. Este hecho, asociado a los adelantos tecnológicos en estas áreas, que permiten 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 2025 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 115 casos.

En Neonatología se identificaron 78 IAAS, de las cuales: 72 casos corresponden a ITS asociadas a CVC, 5 casos a ITS asociadas a CVP y 1 caso a neumonía asociada 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: 8.37 x cada 1000 días de exposición al catéter; Tasa de ITS asociada a CVP: 0.28 x cada 1000 días de exposición al catéter; Tasa de Neumonía asociada a VM: 0.14 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).

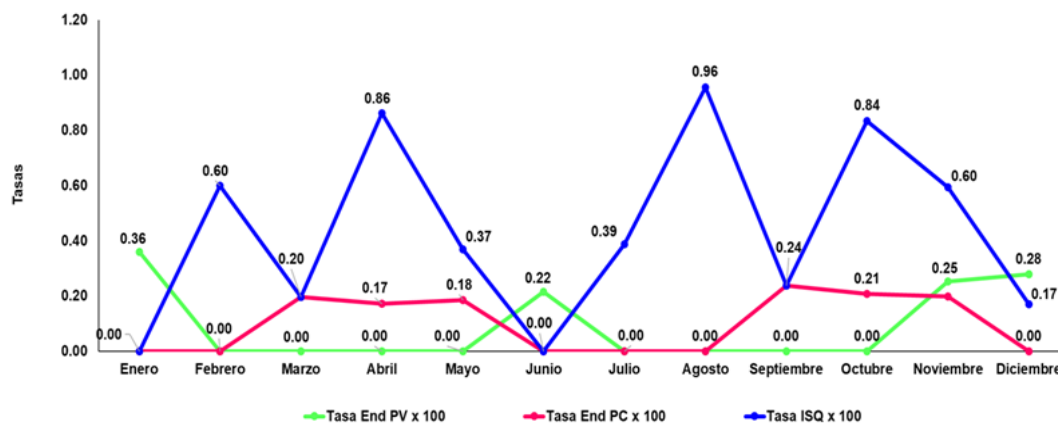
Gráfico 41. Tasas de ITS asociada a CVC, CVP y NAVM en Cuidados Neonatales INMP 2025.



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

En las UCI Materna durante todo el 2025 no se reportó ningún caso de IAAS.

En los servicios de obstetricia, se identificaron 37 IAAS en estas áreas, de las cuales: 26 casos corresponden a ISQ post PC, 6 casos a END post PV y 5 casos END post PC. Las incidencias acumuladas de IAAS en los servicios de Hospitalización de Obstetricia para el año 2025, según el procedimiento al que fue sometido la paciente, fueron las siguientes: END post PV: 0.09 x cada 100 partos vaginales; END post PC: 0.10 x cada 100 partos por cesárea, ISQ post PC: 0.43 x cada 100 partos por cesárea.

Gráfico 42. Incidencias Acumuladas Mensuales de IAAS según Procedimiento en los Servicios de Hospitalización de Obstetricia. INMP 2025

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 propias de su inmadurez sistémica e inmunológica, 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.

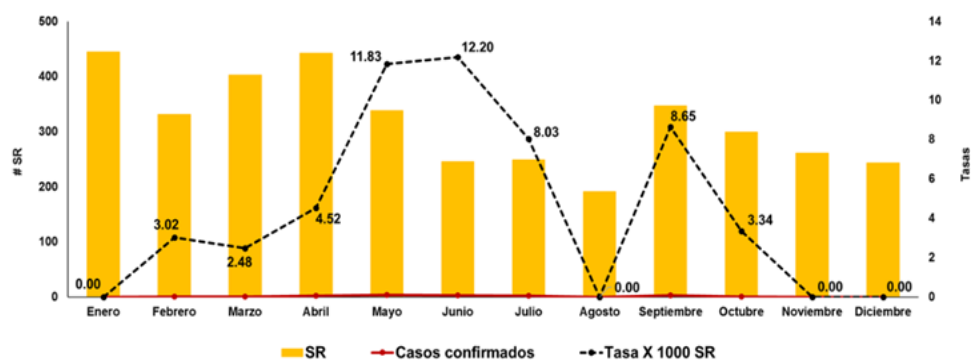
La captación de sintomáticos respiratorios captados durante el año 2025, superó la meta anual de 3,270 SR; lográndose captar un total de 3,795 SR.

Con relación a los resultados positivos a TBC identificados durante el año, se presentaron un total de 17 casos, de los cuales 8 casos de TBC pulmonar, 2 casos de TBC extrapulmonar y 2 casos de TBC MDR. En relación a los casos confirmados de TBC teniendo en cuenta la localización o ubicación en el cuerpo, tenemos que el 70% fueron TBC pulmonares (12 casos), el 12% fueron TBC miliares/sistémicas (2 casos), otro 12% fueron TBC pleurales (2 casos) y el 6% restante fueron TBC de mama (1 caso). Todos los casos confirmados corresponden a TBC sensible a los fármacos.

En cuanto a las tasas de prevalencia tenemos que, la tasa de prevalencia total del año 2025 fue de 4.48 x cada 1000 SR.

Desde fines del 2024, el Instituto cuenta con un equipo de diagnóstico molecular GeneXpert, donado por el Programa de Prevención y Control Tuberculosis, 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 facilita el diagnóstico precoz en nuestras pacientes

Gráfico 43. Tasas de prevalencia mensuales de TBC. INMP 2025



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, consejerías 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 2025, han sido tamizadas 19,035 gestantes con prueba rápida dual en nuestra institución; de las cuales 46 pacientes resultaron Reactivas, 16 (35%) casos diagnosticados por primera vez y 30 (65%) llegaron con diagnóstico previo de otra institución. Según el momento del diagnóstico 29 pacientes diagnosticadas durante la gestación lo cual representa un 59%; 7 pacientes en el puerperio/trabajo de parto (14%); 10 post aborto (21%). Además, se reportaron 3 pacientes serodiscordante (6%).

Cuando nos referimos a la culminación del embarazo, observamos que el 63% (24 casos) terminaron en Cesárea, el 11% (4 casos) en parto vaginal, 26% (10 casos) en aborto y el 0% en óbito.

En referencia a los indicadores para la meta de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, durante el 2025 tenemos una prevalencia de casos de VIH de 0.8% en base a las gestantes tamizadas; una tasa de casos de TMI del VIH de 0.1% x 1000 NV, en este periodo.

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 68% de niños cuentan con 2 PCR tomados a los niños expuestos.

Tabla 46. Indicadores para la prevención de la TMI del VIH. INMP 2025

INDICADOR	FORMULA	TASA
Prevalencia de casos de VIH: Evalúa el número de casos VIH que llegan a nuestra institución	$\frac{N^{\circ} \text{ gestantes Reactivas a VIH} \times 1000}{\text{Total de gestantes tamizadas}}$	0.8
Tasa de casos de TMI del VIH: Evalúa las intervenciones sanitarias dirigidas a la eliminación de la TMI de VIH (Meta $\leq 0.3 \times 1000$ nv)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de TMI de VIH} \times 1000}{\text{Total de nacidos vivos}}$	0.1
Transmisión Materno Infantil de VIH (Meta < 2%)	$\frac{N^{\circ} \text{ Recién Nacidos con VIH} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de RN Expuestos}}$	3.5
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%)	$\frac{N^{\circ} \text{ RNE con 2 PCR} \times 100}{N^{\circ} \text{ Total de RNE}}$	68%

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.

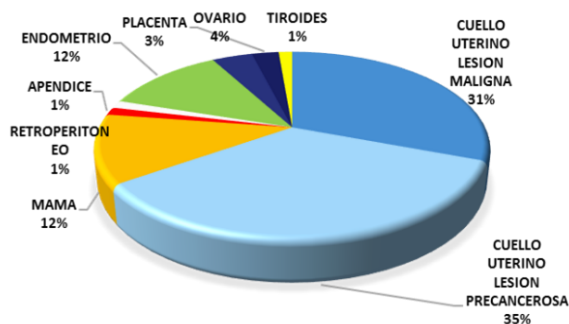
La vigilancia epidemiológica de cáncer en el INMP sigue avanzando mejorando la calidad de los registros y recojo de datos. Para el 2025 se presentaron 75 casos nuevos, el grupo de mayor prevalencia es el de mujeres mayores de 35 años, 52 (69%) casos, seguido del grupo de edad de 20 -34 años con 23 casos (31 %) pacientes y no se presentaron casos en menores de 19 años.

Es significativo destacar que las lesiones precancerosas de cuello uterino (34.7%) superan a las lesiones malignas (30.7%), lo que permite una ventana de oportunidad diagnóstica para intervenciones curativas menos invasivas. En segundo orden de frecuencia, se encuentran el Cáncer de Mama y el Cáncer de Endometrio, cada uno con un 12.0% de los diagnósticos (9 casos cada uno). Otros sitios primarios identificados incluyeron ovario (4.0%), placenta (2.7%) y localizaciones menos frecuentes como tiroides, apéndice y retro peritoneo (1.3% cada uno).

Se espera que para el 2026 el número de casos diagnosticados de lesiones precancerosas y cáncer mamario se incrementen con el uso del mamógrafo de última generación adquirido a finales del 2025.

Gráfico 44. Tipo de Cáncer – INMP 2025

SITIO PRIMARIO DE LOCALIZACIÓN	N°	%
CUELLO UTERINO LESION MALIGNA	23	30.7
CUELLO UTERINO LESION PRECANCEROSA	26	34.7
MAMA	9	12.0
APENDICE	1	1.3
RETROPERITONEO	1	1.3
ENDOMETRIO	9	12.0
OVARIO	3	4.0
PLACENTA	2	2.7
TIROIDES	1	1.3
TOTAL	75	100.0



TOTAL: 75
Fuente: OESA – INMP 2025

La incidencia de Tuberculosis en las pacientes que se atienden en el INMP no es alta y puede estar relacionado a la inadecuada captación de sintomáticos respiratorios, actualmente con el uso de metodología biomolecular para el diagnóstico específico y de la resistencia a fármacos, el INMP se coloca a la vanguardia para el manejo de estos casos en gestantes y recién nacidos.

En el caso de mujeres con VIH el manejo adecuado para la prevención de la transmisión del virus, de acuerdo con normas nacionales, tanto de la madre y el niño ha disminuido dramáticamente la transmisión vertical del virus, en este campo el INMP continúa siendo considerado modelo nacional para su manejo.

Respecto al cáncer, el del cuello uterino continúa siendo el de mayor prevalencia en mujeres mayores de 35 años, patología que es necesario continuar diagnosticando oportunamente y sobre todo promoviendo la vacunación contra el VPH en adolescentes. La introducción del mamógrafo en el Instituto permitirá hacer el diagnóstico precoz de cáncer mamario y la intervención oportuna.

IV.4 MORTALIDAD

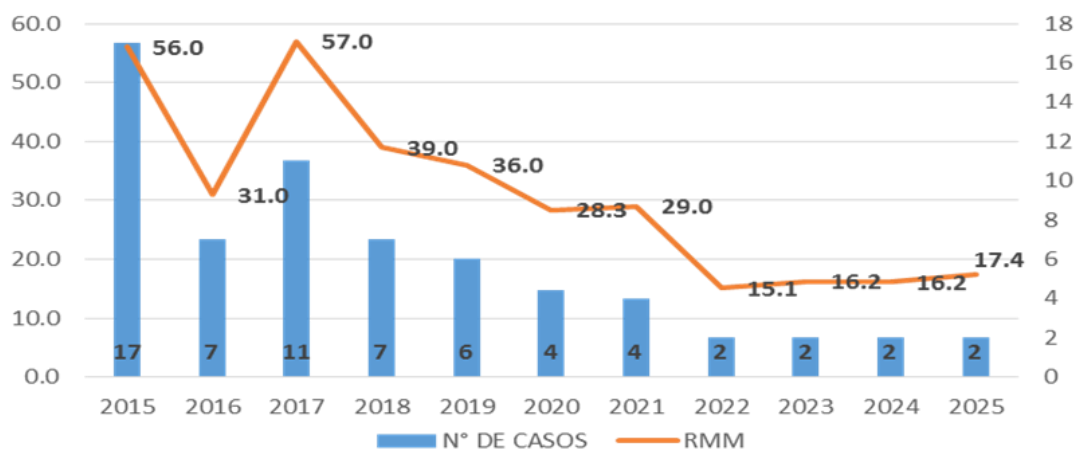
4.4.1 MORTALIDAD MATERNA

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 2025 de 17.4 por 100,000 NV.

Ambas pacientes fueron derivadas de provincias y la causa básica de muerte fueron hemorragia posparto severa secundaria a atonía uterina y a una complicación hipertensiva grave con rotura hepática (síndrome de HELLP). 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 2015-2025



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

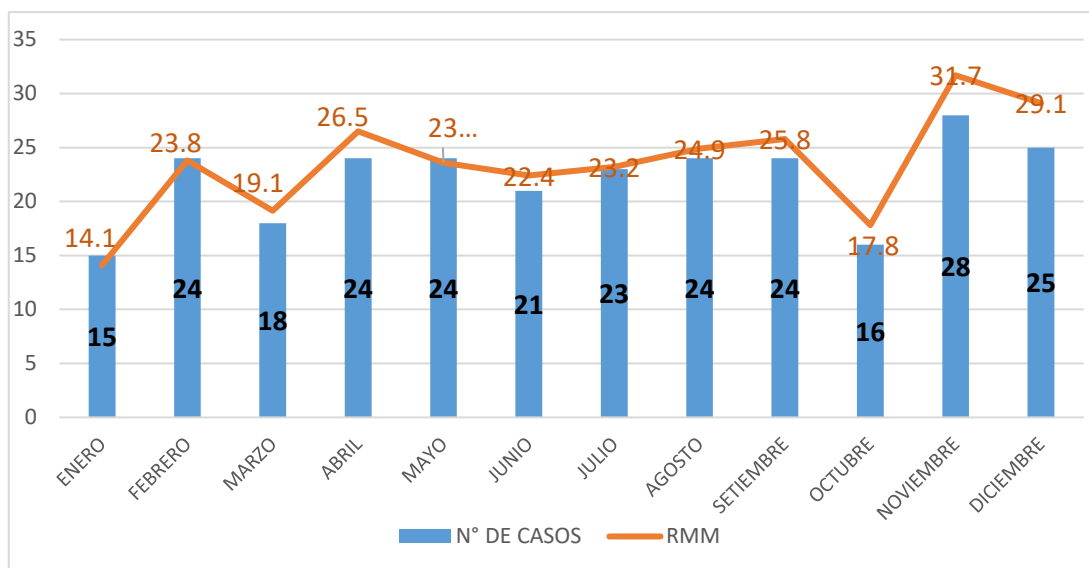
La importante caída de casos de muerte materna observada en los tres últimos años se relaciona a la identificación y manejo oportuno de las pacientes consideradas con morbilidad materna extrema que llegan al Instituto; la evolución tórpida de las pacientes procedentes de otras regiones, que llegan en mal estado a la institución, puede prevenirse fortaleciendo el sistema de referencia y contrareferencia nacional y 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 (MME) 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 permite tener elementos de análisis para encontrar asociación en los factores de riesgo, diagnósticos precisos y proporcionando información para el desarrollo acciones efectivas para la resolución del daño. Durante el 2025 se identificaron 266 casos que cumplieron criterios de MME, los mismos que fueron notificados al CDC.

La razón de MME se ha presentado oscilante a lo largo del año observándose un incremento en los dos últimos meses del año.

Gráfico 46. Número de Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2025



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

Comparando las causas agrupadas de MME 2024-2025, la Hemorragia Posparto se mantiene como la principal causa de morbilidad grave en el INMP, concentrando el 32.0% (85 casos) en 2025, frente al 35.2% registrado en 2024. Por el contrario, los casos por Trastornos Hipertensivos ascendieron del 18.0% al 21.1% (56 casos) en el último año, consolidándose como la segunda causa de mayor impacto.

Tabla 47. Causa agrupada de pacientes de MME del INMP 2024-2025

CAUSA AGRUPADA	2024	%	2025	%
HEMORRAGIA POSPARTO	100	35.2	85	32.0
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	51	18.0	56	21.1
SEPSIS OBSTETRICA (NO INCLUYE ABORTO SEPTICO)	21	7.4	30	11.3
SEPSIS NO OBSTETRICA	10	3.5	12	4.5
ABORTO COMPLICADO CON SEPSIS	16	5.6	15	5.6
HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIM,	10	3.5	11	4.1
ABORTO COMPLICADO CON HEMORRAGIA	11	3.9	11	4.1
EMBARAZO ECTOPICO	6	2.1	5	1.9
OTRAS OBSTETRICAS Y NO OBSTETRICAS	59	20.8	41	15.4
TOTAL	284	100.0	266	100.0

Dentro de los criterios de inclusión de MME en 2025, destaca el predominio del manejo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI > 72 horas), que ascendió al 31% (186 criterios) frente al 25% del 2024. Asimismo, el Shock Hipovolémico se mantuvo como el principal criterio cardiovascular con un incremento al 21% (123 casos).

Tabla 48—MME Criterios de Inclusión (AÑO 2024 /2025)

CRITERIOS DE INCLUSION		2024		2025	
		N°	%	N°	%
CARDIOVASCULAR	SHOCK HIPOVOLEMICO	99	17	123	21
	PARO CARDIORESP.	5	1	2	0
	Ph<7,1	0	0	3	1
	Lactato >5 mmol/l	7	1	5	1
	Adm.Agente Vas	26	4	24	4
	RCP	4	1	2	0
RESPIRATORIO	Resp. Jadeante	0	0	0	0
	Sat. Ox <90% (hipoxia severa)	19	3	14	2
	Intubación y ventilación	35	6	25	4
RENAL	Creatinina ≥ 3.5 mg/dl	7	1	5	1
	Dialisis	4	1	3	1
	Oliguria	3	1	2	0
HEMATOLOGICOS	Alteración de la coagulación	0	0	4	1
	Plaquetas < 50,000	20	3	19	3
	Transf. Sang ≥ 3 unidades	132	22	120	20
HEPATICOS	Ictericia	1	0	1	0
	Bilirrubina > 6mg/dl	2	0	2	0
NEUROLOGICOS	CRISIS EPILEPTICAS	10	2	8	1
	COMA, ACV	2	0	2	0
MANEJO ESPECIFICO	HAT	66	11	50	8
	UCI > 72 horas	147	25	186	31
TOTAL DE CRITERIOS		589	100	600	100

Fuente: OESA – INMP, SE 53/2025

En el INMP la razón de MME para el 2025 es 23.13 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 indicador es alto por ser un centro de referencia.

El índice de Mortalidad Materna refleja la letalidad de la MME y evalúa la calidad de la atención; en el INMP este indicador fue 0.74 para el año 2025, 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 49. Indicadores de Resultados MME. INMP 2024-2025

INDICADOR	FORMULA	2024	SE 2025
Razón de MME (Prevalencia): Evalúa calidad de atención en los servicios de salud (Meta < 8 x 1000 nv)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total de nacidos vivos}}$	$\frac{284 \times 1000}{12377} = 22.9$	$\frac{266 \times 1000}{11496} = 23.13$
Índice de Mortalidad: Letalidad en mujeres con MME - Calidad de atención (Meta < 4%)	$\frac{N^{\circ} \text{ MM} \times 100}{N^{\circ} \text{ MM} + N^{\circ} \text{ MME}}$	$\frac{2 \times 100}{2+284} = 0.69$	$\frac{2 \times 100}{2+266} = 0.74$
Relación MME/MM: Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM - Calidad de atención (Meta > 35)	$\frac{N^{\circ} \text{ MME}}{N^{\circ} \text{ MM}}$	$\frac{284}{2} = 142$	$\frac{266}{2} = 133$
Relación Criterio / Caso: Severidad de la salud materna (Meta < 5)	$\frac{N^{\circ} \text{ total de crit. de inclus.}}{N^{\circ} \text{ MME}}$	$\frac{589}{284} = 2.07$	$\frac{600}{266} = 2.25$

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

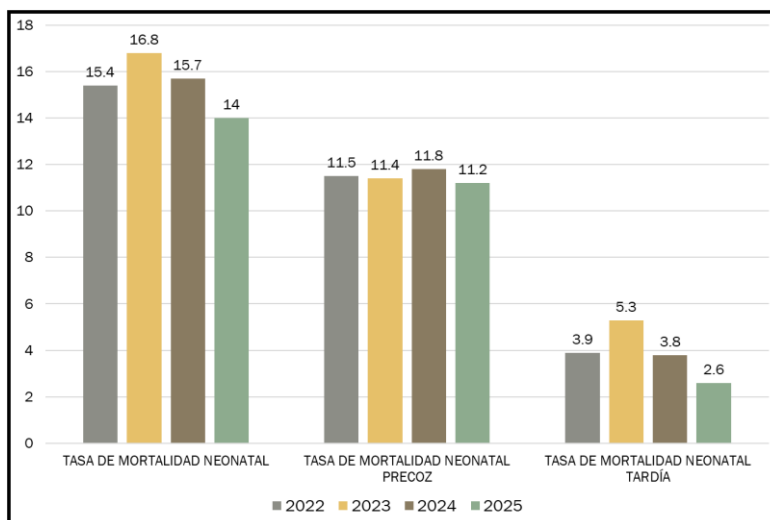
La identificación e intervención oportuna en los casos de morbilidad materna extrema han permitido reducir la tasa de mortalidad materna. En el INMP los casos de MME han estado ligados a problemas hemorrágicos y de trastornos hipertensivos del embarazo, para los cuales la institución con su equipo multidisciplinario debe estar permanentemente preparada y equipada para su manejo inmediato.

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 2025 de los 11, 430 nacimientos el 2.3% 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 287 casos muerte perinatal en total durante el 2025, de los cuales 128 fueron muertes fetales (óbitos) y 159 fueron muertes neonatales. Los índices de Mortalidad neonatal fueron 13.83 x 1000 rnv, Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz de 11.22 x 1000 rnv y la Tasa de mortalidad perinatal de 22.23 x 1000 rnv. Haciendo una comparación con los años 2022 al 2025, estos índices tienden a la disminución.

Gráfico 47. Indicadores de mortalidad perinatal. Tasas comparativas x 1000 rnv. 2022-2025



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA/INMP

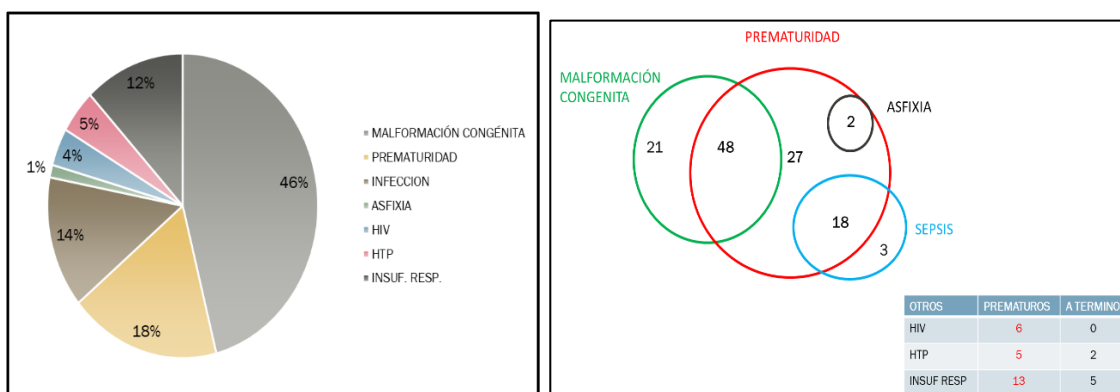
Considerando el peso de nacimiento, la mayor cantidad de defunciones se ha presentado en el grupo de neonatos de peso en menores de 1,500 gr con el 47.1% del total de fallecidos (75 casos).

Las muertes neonatales precoces, acontecidas dentro de los primeros 7 días de vida, representan el mayor porcentaje de muertes neonatales con 81 %. 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 94% de fallecidos, las causas básicas de mortalidad encontradas son malformaciones congénitas en 46%, prematuridad 18%, infección 14%, y asfixia 1%, otras causas 21% (Hemorragia intraventricular, hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria).

Al establecer la relación entre las causas básicas de muerte y la edad gestacional del fallecido, se encuentra que el 70% con malformaciones congénitas fueron prematuros, asimismo que el 86% de los que fallecieron por infección y 100% de los que murieron por asfixia, además del 77% fallecidos por otras causas. Lo anterior permite dimensionar el impacto de la prematuridad en la mortalidad neonatal.

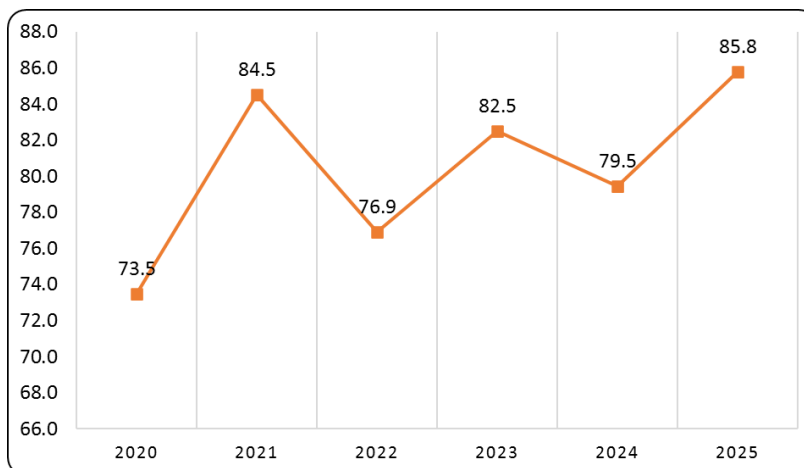
Gráfico 48. Porcentaje de causa básica de mortalidad neonatal y relación de las causas básicas con la prematuridad. INMP 2025



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 30%, y entre los 1000 a 1500 gr la supervivencia se elevó al 85.1%; estos porcentajes están dentro del promedio esperado en Latinoamérica en instituciones con características como la del INMP

Gráfico 49. Porcentaje de sobrevivencia en RNMBP (1000-1499gr). INMP 2020 – 2025



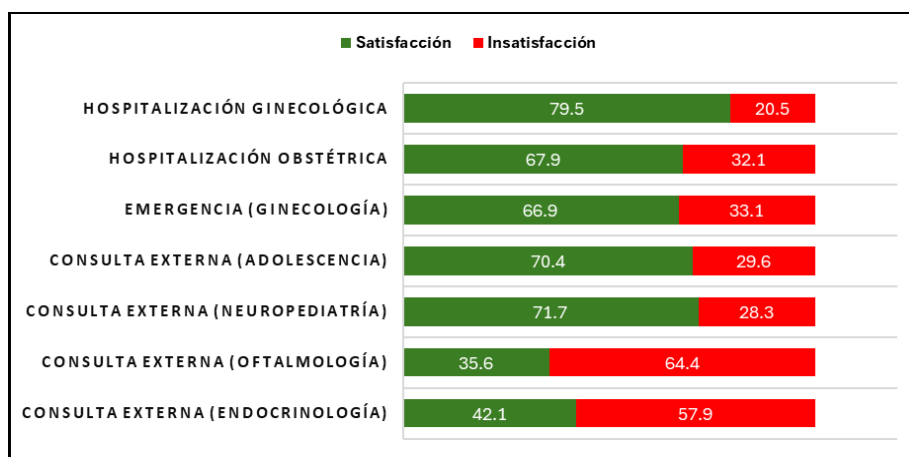
La alta tasa mortalidad neonatal en el INMP se relaciona en el elevado porcentaje de nacidos prematuros y menores de 1500 gr que incrementa el riesgo de muerte por las características con las que nace y por la estancia prolongada que por su condición requieren.

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 endocrinología (198 encuestas); consulta externa oftalmológica (213); Consulta externa neuropediatría (224); Consulta externa Adolescencia (163); Hospitalización obstétrica (127); Hospitalización ginecológica (127); Emergencia ginecología (178 encuestas).

Los resultados obtenidos para los estudios que siguieron el modelo SERVQUAL muestran una mayor satisfacción del paciente en Hospitalización obstétrica (tangibilidad y empatía) y Consulta externa de neuropediatría (seguridad y empatía); y mayor insatisfacción en Consulta Externa de oftalmología y endocrinología.

Gráfico 50. Proporciones de satisfacción e insatisfacción totales para los estudios según el modelo SERVQUAL realizados el 2025



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad. Informe estudios basados en encuestas 2025.

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 2025 el mayor porcentaje de eventos adversos se dieron en Hospitalización obstétrica, Farmacia, Atención Inmediata y Centro obstétrico.

Tabla 50. Número de eventos adversos por lugar de ocurrencia. INMP 2025

EVENTOS ADVERSOS	N°	%
Hospitalización obstétrica	78	25.5
Farmacia	60	19.6
Atención inmediata	54	17.6
Centro obstétrico	46	15.0
Centro quirúrgico	35	11.4
Intermedios neonatal	11	3.6
UCI neonatal	5	1.6
UCI materna	3	1.0
Hospitalización ginecología	2	0.7
Cirugía neonatal	1	0.3
Servicio de emergencia	2	0.7
Otros	9	2.9
TOTAL	306	100

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 con la prevención de estos. Tabla:

Tabla 51. Grupo de clasificación del evento adverso. INMP 2025

GRUPO DE CLASIFICACIÓN	CANTIDAD	%
Trauma obstétrico neonatal	79	25.8
Relacionado a procedimientos	70	22.9
Relacionado a medicamentos	49	16.0
Infecciones intrahospitalarias	39	12.7
Sospecha de dispositivo médico	24	7.8
Trauma obstétrico materno	22	7.2
Mortalidad	9	2.9
Relacionado a equipamiento	2	0.7
Otros	12	3.9
TOTAL	306	100

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 0.8% 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 los planes de mejora continua en 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, Huánuco, Loreto y Cajamarca.
- 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, medicina fetal para el diagnóstico preventivo la salud fetal y de malformaciones.
- La atención en sala de partos disminuye al disminuir el número de nacimientos en general e incrementarse los nacimientos por cesáreas.
- La atención de las patologías de prioridad I en Emergencia (según la calificación del MINSA), es predominante, los criterios para calificar a las prioridades en instituciones como la nuestra debe ser reformulada para identificar adecuadamente a aquellas que deberían ser solucionadas en centros de salud de menor nivel de atención.

- La producción de los servicios especializado de medicina reproductiva y medicina fetal 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 existe mejora en el seguimiento de estos niños.
- El mayor riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud IAAS en el INMP se encuentra en las unidades neonatales, por la alta densidad de prematuros quienes, por sus características intrínsecas y 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.
- 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. Se espera que con la adquisición del mamógrafo, las patologías oncológicas mamarias sean diagnosticadas en forma oportuna para su inmediata solución.

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 2025 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, sobre todo en adolescentes.
- 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 • Fortalecer las áreas de atención a la mujer: climaterio, oncología ginecológica y especialidades
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 • Insuficiente 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:

MANTENER Y OPTIMIZAR FORTALEZAS	EXPLOTAR OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener liderazgo en la atención materna y neonatal en el país, generando normas y políticas • 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 ejecutando Plan Maestro Institucional • Mantener y ampliar la atención por personal de salud con subespecialización • 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 • Mantener y mejorar la capacitación de recursos humanos mediante la reactivación del SICAP • Optimizar las funciones de Telesalud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 31856. Fortalecer la atención y seguimiento del prematuro • Ley 31633. Liderar y ampliar la Red de Bancos de Leche Humana del país. • Ley 31975 que modifica la Ley 29885. Desarrollar y asegurar sostenibilidad del Programa de Tamizaje Neonatal Universal, donde se realice las pruebas de hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia, catarata y cardiopatía congénitas.
CORREGIR DEBILIDADES	AFRONTAR AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Reformular y ejecutar el Plan Maestro 2024-2026 • Mejorar la capacidad instalada para UCI neonatal y coordinar con el MINSA la modulación de la demanda • Ejecutar el 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 • Incrementar 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

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 resolutoria 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 resolutoria 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 resolutoria 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 Fortalecer las áreas de atención a la mujer: climaterio, oncología ginecológica y especialidades 	<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

Dimensión	Alternativa de solución	Plan Estratégico Institucional
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 	<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 • 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

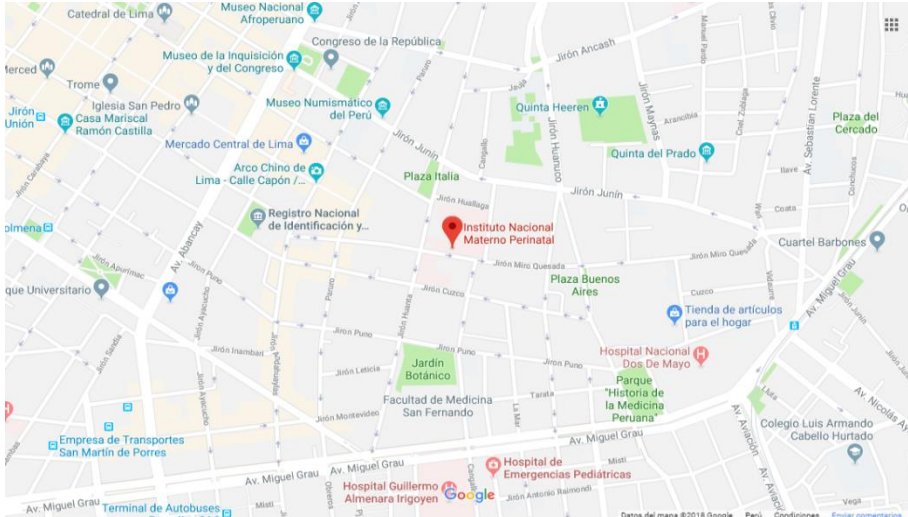
1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2025. Una mirada hacia la población adulto mayor. Julio, 2025.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Brechas de Género, 2025: Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2025. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
4. Sala Situacional de la Mortalidad Materna 2026.
https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_mm_mme_web/
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 – Programa Nacional Warmi Ñan 2025.
6. WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization; 2022
7. Seguimiento concertado entre estado y sociedad Civil a las políticas de salud. Sub Grupo “Salud Materna y Neonatal”. Reporte N° 2-2025-SC/GT Salud, MCLCP
8. Sala situacional muerte fetal y neonatal 2026 <https://www.dge.gob.pe/sala-muerte-fetal-neonatal>
9. Informe de la Universidad de Lima: Pobreza Multidimensional Perú. Diciembre 2025
10. INEI. Estadísticas de las tecnologías de información y Comunicación en los Hogares. Informe técnico N°04 diciembre 2025

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

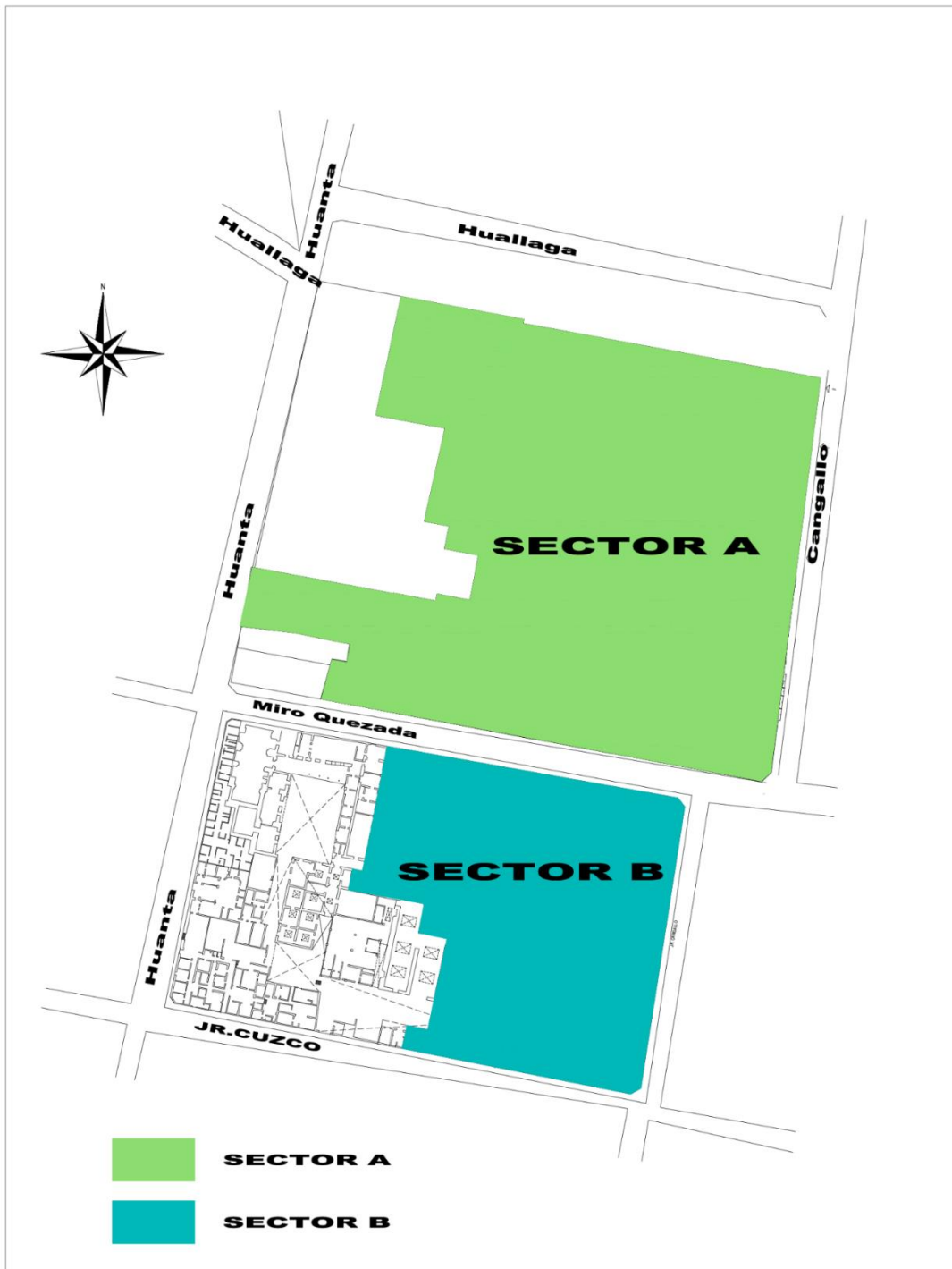
Área de terreno: 8,261.55 m²

Área de Monumental protegida: 3,757.21 m²

Área Construida: 6,273.16m²

Partida Registral: N° 11942644

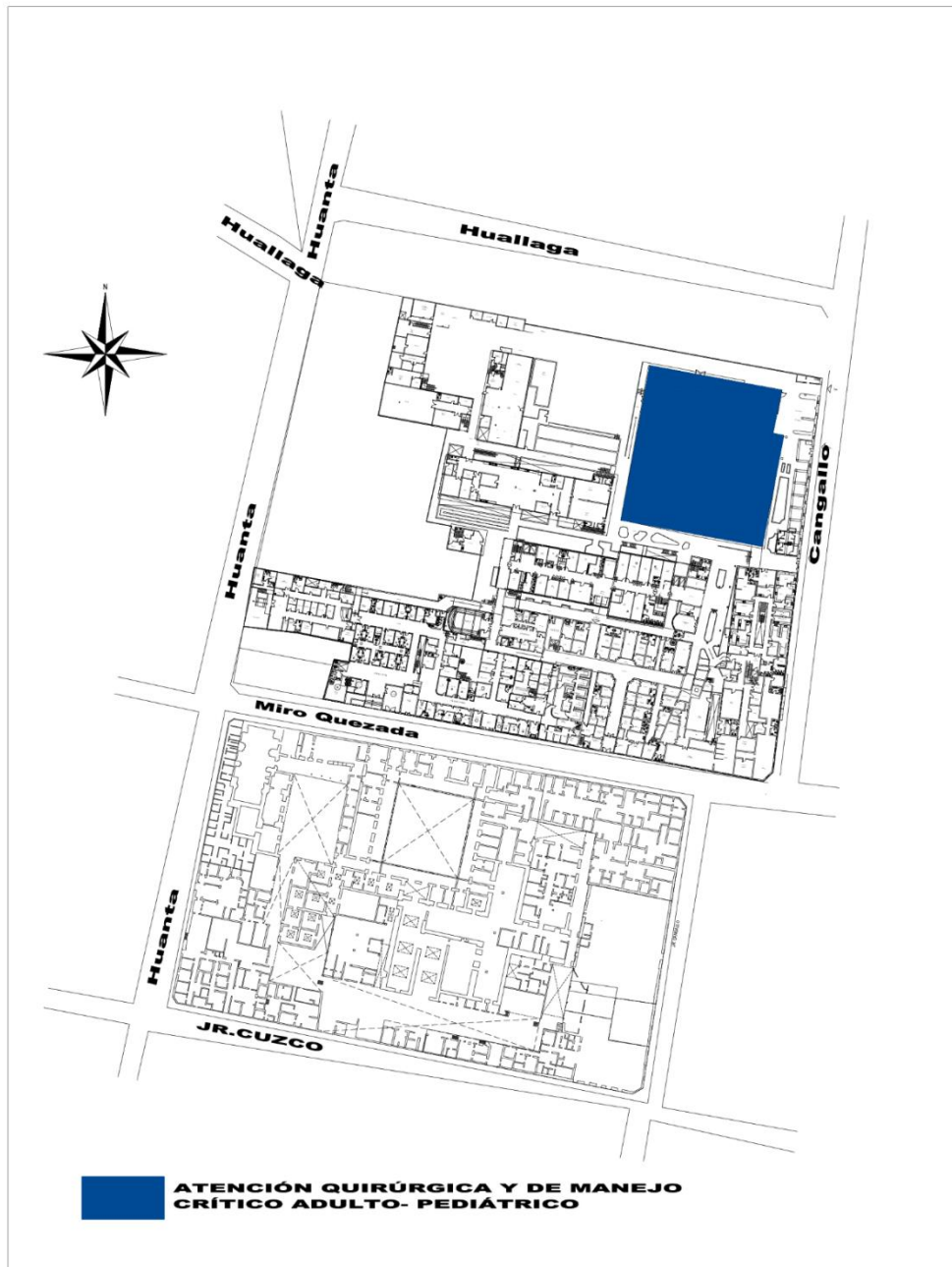
Instituto Nacional Materno Perinatal y Sectorización de Predios



Fuente: UPI-OEPE

ZONIFICACIÓN DEL SECTOR A:

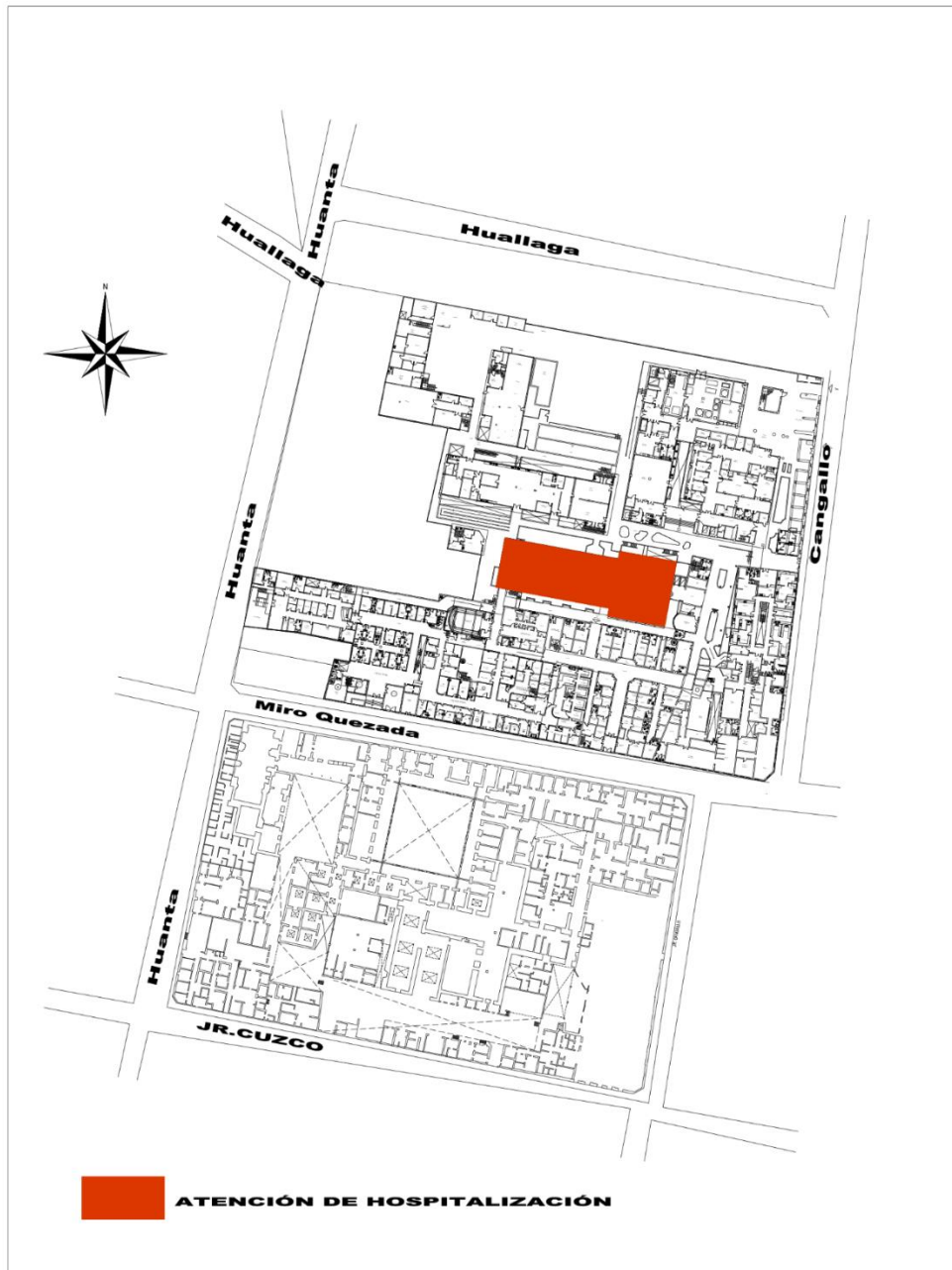
ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y DE MANEJO CRÍTICO ADULTO- PEDIÁTRICO: COMPLEJO PERÚ – JAPÓN



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

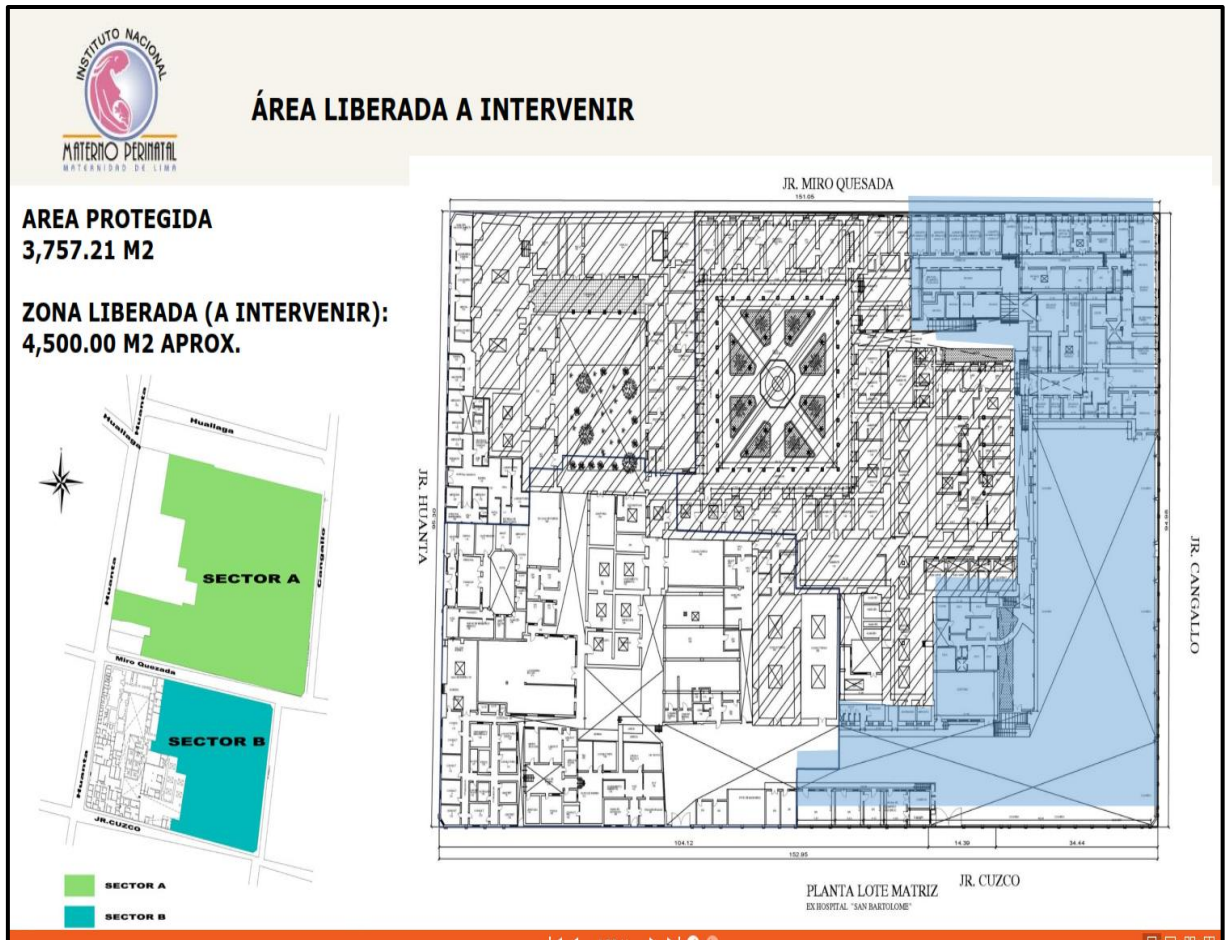


Fuente: UPI-OEPE

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: INSTITUTO DE SALUD DE LA MUJER.



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:

1. Servicio de Medicina Reproductiva (Infertilidad)
2. Servicio de Medicina Materno Fetal
3. Servicio de Climaterio y Menopausia
4. Servicio de Ginecología Oncológica y Mamaria
5. Servicio Especializado de Diagnóstico por imágenes (Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada, Densitometría Osea, Ultrasonografía intervencionista)
6. Servicio de Atención Especializada de Amenaza de Parto Pretérmino
7. Servicio de Atención Especializada del Recién Nacido Prematuro
8. Servicio de Atención Especializada en Espectro de Placenta Acreta
9. Servicio Especializado en Genética
10. Servicio Especializado de Biología Molecular

**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