

“Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad”



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

AÑO 2012.

Lima, 2013.

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

I.-INTRODUCCIÓN

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

De esta manera, en él se realiza el análisis de todos los procesos referentes a la atención a la paciente que llega a nuestra institución y de esta manera, obtener los datos necesarios para conocer el perfil de la salud-enfermedad. Los tres componentes del Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO): (a) análisis de los factores condicionantes, (b) análisis del proceso salud-enfermedad y (c) el análisis de la respuesta social, forman parte de este documento.

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

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

1.- Reseña Histórica

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

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

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

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

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

En 1840 se traslada de la casa de la Maternidad al Hospital Santa Ana, en el local que actualmente ocupa en Barrios altos.

En 1922 la casa de la Maternidad cambia de nombre por el de Instituto Obstétrico Ginecológico.

En 1985 se conforma el Instituto Materno Infantil, con la fusión de la Maternidad de Lima con el Hospital San Bartolomé. En 1990 se separan y en 1992 se crean los Institutos especializados entre ellos el **Instituto Nacional Materno Perinatal** por D.S. 002-92-SA..

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

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el Siglo XXI

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

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

2.- CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO

MISION

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

VISION

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

Es así que la perspectiva del Instituto acorde con esta Visión es salir de sus muros al resto del país, no sólo para ejercer acciones de capacitación, sino también para proveer asistencia técnica que permita fortalecer el desarrollo de las redes materno perinatales y contribuir así de

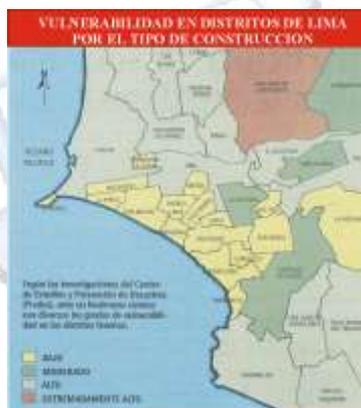
manera efectiva en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal, coadyuvando así al cumplimiento de los compromisos nacionales con los objetivos del milenio.

Ubicación geográfica

2.1.-Ubicación Geográfica



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



Se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada y por el Este con el Jr. Huallaga.

El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana.

Esta ubicada como se puede observar dentro del Centro Histórico de la Ciudad, lo que constituye a su vez un impedimento para su crecimiento y remodelación.

Límites Distritales:

Al Norte con los distritos de San Martín de Porres y el Rimac.
Al Oeste con los distritos Carmen de la Legua, Callao, Bellavista.
Al Este con el distrito de El Agustino,
Al Sur con los distritos de Breña, La Victoria, Jesús María, Pueblo Libre, San Miguel, Lince .

Altitud :

Se encuentra a 133 m sobre el nivel del mar.

Clima :

El clima es suave y fresco durante todo el año. En verano (Diciembre a Abril) la temperatura promedio es de 25 °C y en invierno (Junio a Septiembre) la mínima varía entre 11° C. Y 15 ° C.

TEMPERATURA MINIMA, TEMPERATURA MÁXIMA Y HUMEDAD RELATIVA

Distritos ubicados en el:	TEMPERATURA MINIMA (°C)		TEMPERATURA MAXIMA(°C)		HUMEDAD RELATIVA (%)	
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta
NORTE	15.5	17.5	23.0	25.0	70	87
OESTE	16.5	18.5	22.0	24.0	75	90
ESTE	15.5	17.5	22.0	24.0	65	85
CENTRO	16.0	18.0	21.0	23.0	70	90

Temperatura :

En verano (Diciembre a Abril) la temperatura promedio es de 25 °C y en invierno (Junio a Septiembre) la mínima varía entre 11° C. Y 15 ° C.

Humedad :

La humedad es acentuada, oscila entre 80 y 100% .

Precipitaciones :

En el tiempo de invierno, se presentan garúas esporádicas.

Nubosidad :

Presenta nubosidad constante durante el período invernal, despejándose en verano.

Vías de Comunicación :

La capital de la República está unida con todas las ciudades del país por carreteras que irradian de ella tanto de la costa, como la sierra y selva.

Los servicios que comunican a los diferentes distritos son los omnibuses, microbuses y combis.

Descripción del Territorio :

El distrito de Lima-Cercado se encuentra en una superficie plana sin mayores repliegues. El Departamento de Lima está situado en la costa central del Perú, y es una de las principales ciudades de Sudamérica, centro político, económico y cultural del Perú. Aunque fue inicialmente fundada sobre el valle del Río Rímac, hoy se extiende sobre extensas zonas desérticas e incluso sobre otros valles, por lo que hay quienes la consideran la ciudad más extensa, en el mundo, sobre un desierto, luego de El Cairo.

Lima fue fundada por Don Francisco Pizarro y 68 de sus compañeros el 18 de enero de 1535 con el nombre de "Ciudad de los Reyes" y fue creado por Decreto al departamento de Lima el 4 de Agosto de 1821.

SUPERFICIE TERRITORIAL:

La superficie territorial de Lima Metropolitana es de 2811,65 Km² correspondiendo sólo al 0.2% del territorio nacional, sin embargo, es una de las áreas de mayor densidad del país.

La población censada en Lima en el 2007 fue de 8'445,211 habitantes, y la estimada por el INEI, para el año 2013 es de 9'540,996 habitantes, y la densidad poblacional se estimó en 265.9 hab./km².

El INMP se encuentra en el Cercado de Lima, cuya superficie territorial es de 22 Km²
El INMP cuenta con un área de terreno de 17,056 m² y área construida de 37,500 m².

2.2. Características Estructurales

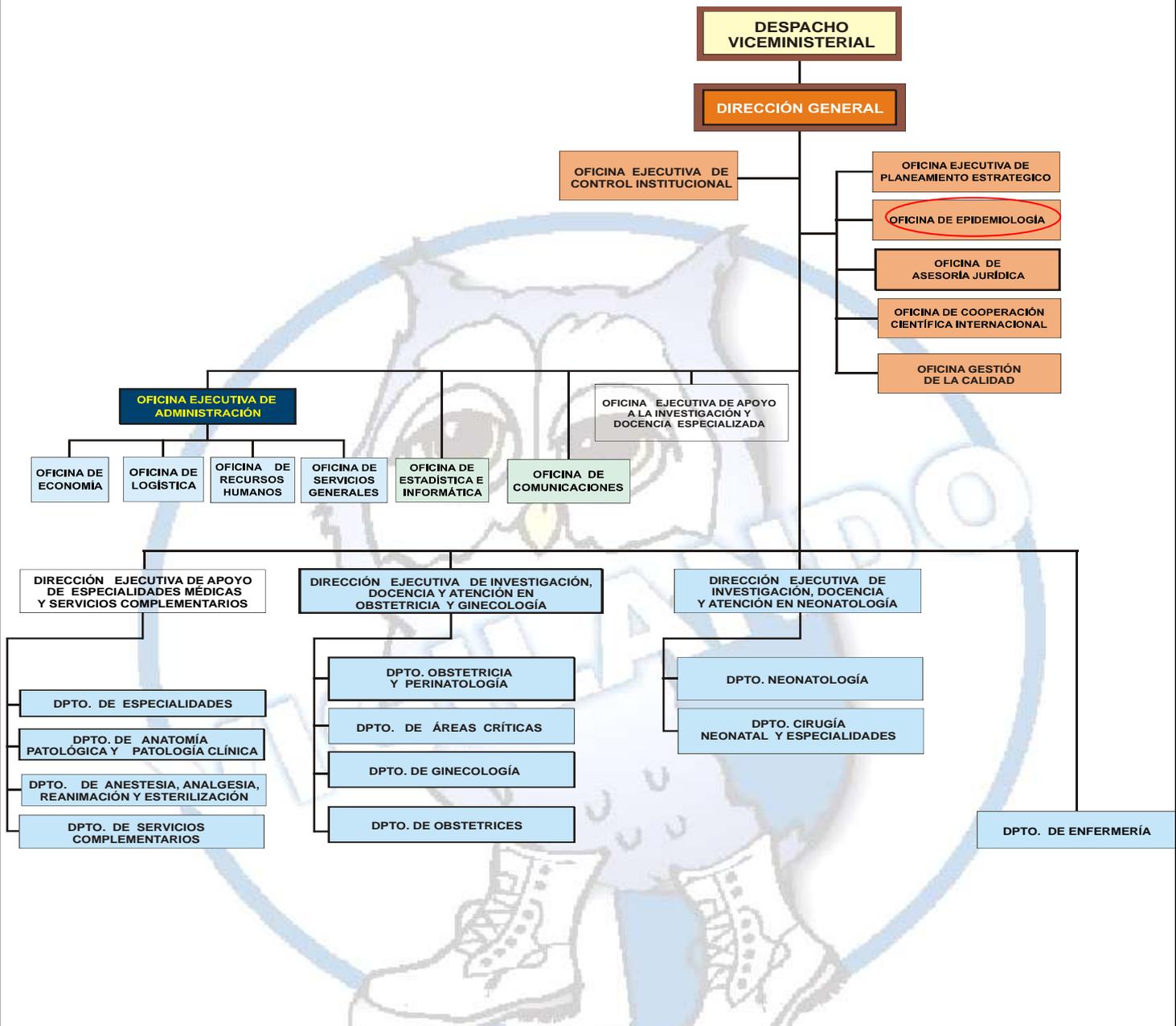
El INMP es de material noble en todas sus estructuras, consta de 13 Bloques

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

En el último trimestre del 2011 se realizó la remodelación de toda el área correspondiente a consultorios externos de Gineco Obstetricia y Especialidades Médicas, y se concluyó la remodelación de consultorios de Pediatría para para atención de niños de alto riesgo haciéndose la inauguración el 14 de diciembre del 2012.

Para el 2013 se tienen proyectados los trabajos de Banco de Sangre, Banco de Leche Humana, Patio de Comidas y Residencia Médica.

2.3.- Organización del Instituto



2.4.- Nivel de Complejidad:

Nuestra institución es de Nivel III-2, de referencia nacional para el área Gineco-Obstétrica y Neonatología, que brinda atención de alta complejidad a la madre y el niño hasta los cinco años de edad en nuestro país.

2.5.- Servicios que Presta

CONSULTORIOS EXTERNOS

• Obstetricia General	• Ginecología General
• Climaterio	• Infertilidad
• Colposcopia	• Medicina Interna
• Cardiología	• Cirugía Oncológica
• Endocrinología	• Oftalmología
• Genética	• Anestesiología
• Odontología	• Psicología
• Nutrición	• Ecografía
• Medicina Fetal	• Pediatría
• Rehabilitación	• Terapia Física
• Crecimiento y Desarrollo	• Laboratorio Clínico

HOSPITALIZACIÓN

- Obstetricia
- Ginecología
- Servicio de Tarifario Diferenciado
- Neonatología

CAPITULO II: ANALISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE SALUD

2.1. PERFIL DE LA PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.

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

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

❖ Lugar de Procedencia

1. Procedencia de pacientes en Consultorios Externos. INMP. 2012.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	N	%
SAN JUAN DE LURIGANCHO	21,433	26.2
CERCADO DE LIMA	8,356	10.2
LA VICTORIA	5,953	7.4
EL AGUSTINO	4,899	6.0
SAN MARTIN DE PORRRES	4,528	5.5
ATE	4,526	5.3
SAN JUAN DE MIRAFLORES	3,315	4.0
VILLA EL SALVADOR	3,133	3.8
SANTA ANITA	2,526	3.1
RIMAC	2,266	2.8
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	2,299	2.8
CHORRILLOS	1,836	2.2
COMAS	1,699	2.1
LOS OLIVOS	1,688	2.1
INDEPENDENCIA	1,266	1.6
OTROS DISTRITOS	12,173	14.9
TOTAL	81,896	100

2. Procedencia de pacientes en Hospitalización. INMP. 2012.

DISTRITO	N°	%
SAN JUAN DE LURIGANCHO	4,255	27.1
CERCADO DE LIMA	1065	6.8
ATE	988	6.3
LA VICTORIA	979	6.2
SAN JUAN DE MIRAFLORES	910	5.8
VILLA EL SALVADOR	810	5.2
CHORRILLOS	805	5.1
SAN MARTIN DE PORRES	736	4.7
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	710	4.5
EL AGUSTINO	601	3.8
SANTA ANITA	533	3.4
RIMAC	401	2.5
COMAS	388	2.2
LOS OLIVOS	399	2.1
INDEPENDENCIA	331	2.1
SANTIAGO DE SURCO	366	2.0
CARABAYLLO	210	1.3
SURQUILLO	155	1.0
OTROS DISTRITOS DEL PERU	1237	7.9
TOTAL	15,728	100

Al realizar el análisis del lugar de procedencia de nuestras pacientes usuarias en la Tablas 1 y 2, se encontró que acuden en mayor número del distrito de San Juan de Lurigancho.

El 26 % de nuestras usuarias son del distrito de San Juan de Lurigancho, esto se suscita por ser más accesible, ya que existen diversas líneas de transporte (combis o microbuses) que cruzan por la Institución.



Población en el Distrito de San Juan de Lurigancho

Es importante anotar que el distrito de San Juan de Lurigancho, actualmente debe de estar representando el 11.0% de la población de Lima Metropolitana (Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao), y su volumen poblacional es cercano o mayor a los departamentos, como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Moquegua, etc. En resumen San Juan de Lurigancho, es el distrito más poblado de Lima Metropolitana y el Perú.

En resumen, por accesibilidad, falta de hospitales con gran oferta en el área materna y perinatal, y sobre todo por su nivel de pobreza muy acentuado en comparación con el resto de distritos de Lima Metropolitana, San Juan de Lurigancho es nuestro principal cliente. Por ello hacemos un detalle adicional de sus características más importantes

Aspectos Geográficos.

Ubicación y Geografía: El distrito de San Juan de Lurigancho está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, se desarrolla desde la margen derecha del río Rímac Hacia las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueado hacia el este por divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería; por el oeste la divisoria la definen los Cerros Balcón, Negro, Babilonia. Tiene como puntos extremos las siguientes coordenadas:

ORIENTACIÓN	NORTE	ESTE	SUR	OESTE
Latitud Sur	11°51'27"	12°59'12"	12°02'02"	11°51'45"
Longitud Oeste	76°56'27"	77°01'48"	77°00'38"	76°53'35"

La altura del territorio del distrito de San Juan de Lurigancho varía entre los 2240 m.s.n.m., en las cumbres del Cerro Colorado Norte y de 200 m.s.n.m que alcanza la rivera del río Rímac.

Sus límites son: Por el Norte con el distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí), por el Este continúa limitando con el distrito mencionado y el distrito de Lurigancho - Chosica, por el Sur con los distritos de El Agustino y Lima (teniendo como línea divisoria al río Rímac), por el Oeste con los distritos de Rímac, Independencia, Comas y Carabaylo de la misma provincia de Lima.

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

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

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

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

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

Población y Crecimiento: La población del distrito de San Juan de Lurigancho, se ha incrementado en cerca de ocho veces en los últimos treinta años, al pasar de 89,206 en 1972, a 699,867 habitantes en 1998, constituyéndose en distrito más poblado del país, para el año 2007 se estimó una población de 1'898,443 habitantes aproximadamente.

(*) Fuente Instituto Nacional de Estadístico e Informática.



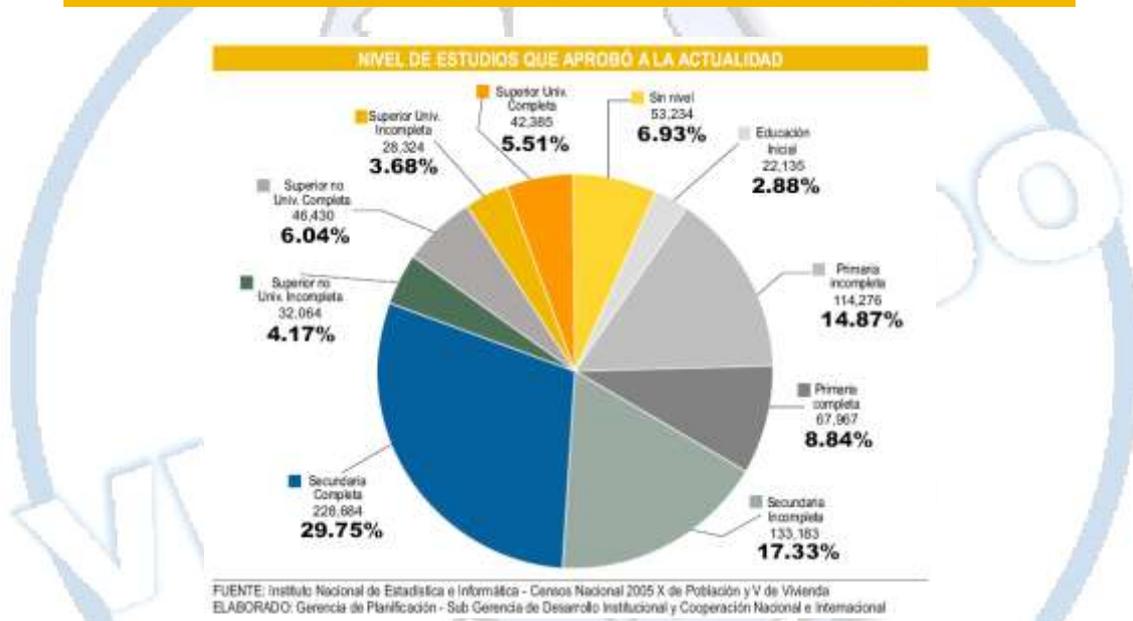
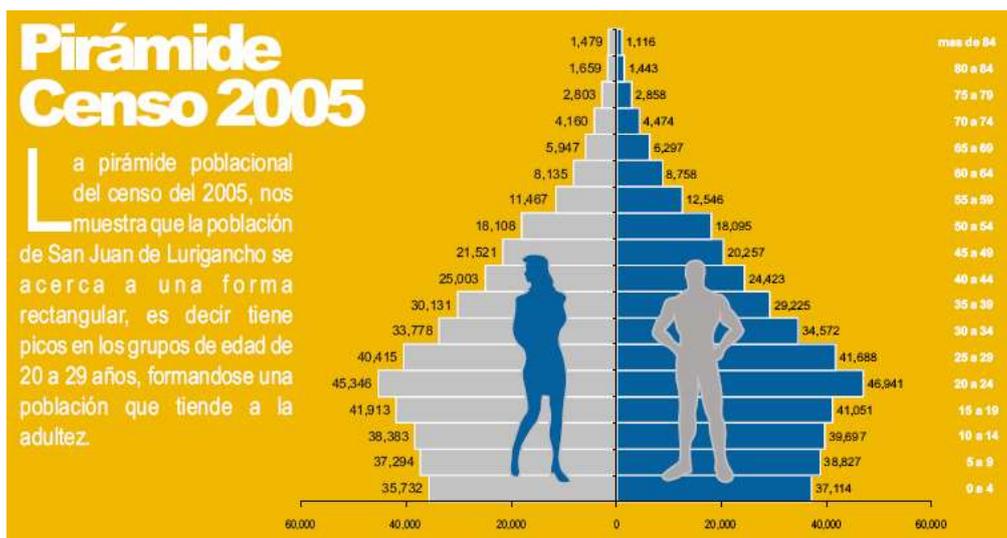
POBLACIÓN POR SEXO Y CATEGORÍA DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

CATEGORÍA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	Porcentaje respecto al Total de la Población
Niños (0 - 12)	100,091	96,345	196,436	24.17
Adolescentes (13 - 18)	48,700	49,085	97,785	12.03
Jóvenes (19 - 34)	131,099	127,431	258,530	31.81
Adultos (35 - 64)	113,304	114,365	227,669	28.02
Ancianos (mas de 65)	16,188	16,048	32,236	3.97
TOTAL	409,382	403,274	812,656	100.00

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos Nacional 2005 X de Población y V de Vivienda

ELABORADO: Gerencia de Planificación - Sub Gerencia de Desarrollo Institucional y Cooperación Nacional e Internacional

NOTA: La categoría niños y adolescentes comprenden ese intervalo de edad, según el código del niño y de los adolescente del Perú



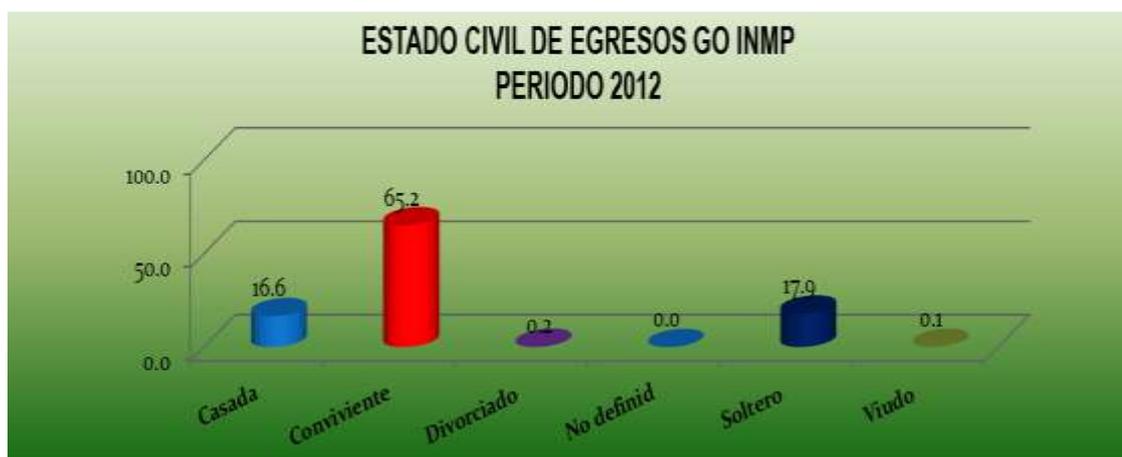
2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE OTRAS PRINCIPALES POBLACIONES DE REFERENCIA.

El perfil de procedencia de los pacientes que demandan atención en el Instituto Nacional Materno Perinatal es muy variable. También se reciben de los distintos Departamentos y ciudades del país, por ser este un instituto de alta complejidad y de referencia nacional. En los últimos años, la población transeúnte, llámesele mejor referidas, del interior del país ha crecido muchísimo.

2.3 PERFIL DE LA DEMANDA

❖ ESTADO CIVIL.

Observamos que el 65.2% de nuestras usuarias en el área de Hospitalización son convivientes, y 16.6% casadas, correspondiendo entonces el 81.2% de nuestras pacientes a mujeres con unión estable.



❖ NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Como se verá en el siguiente gráfico, la población que acude al INMP, de acuerdo a los datos proporcionados para el año 2012; el 73.8% tiene instrucción secundaria, y el 92.1% corresponden a mujeres que tienen educación secundaria o mayor a esta.

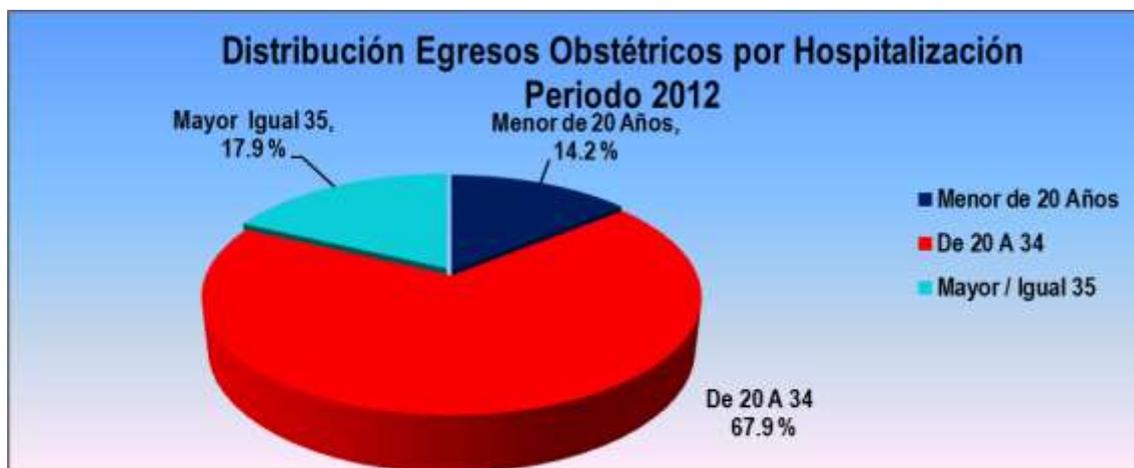
En el periodo de los años 1997 – 2012 se está observando un ligero incremento de la población con grado de instrucción secundaria, disminuyendo las pacientes con instrucción primaria, así mismo también con la población analfabeta, y se han incrementado las pacientes con grado de educación superior. Algunas de ellas deberían atenderse en el IPSS, y prefieren la atención del MINSA; otros, nos demuestran que a pesar de los estudios superiores, son pacientes desocupados, por lo que carecen de seguro social y entran en el SIS.



GRUPO ETAREO

Observamos que el grupo etáreo de la población que acudió para la atención en Consultorios Externos de Obstétrica y Ginecológica durante el 2012 predominante fue el de 20 a 34 años (67.9%), lo que está de acuerdo con la edad de mayor reproductividad. Sin embargo debemos hacer notar que lentamente y sostenidamente el grupo de mujeres con edades mayores a 35 años ha estado incrementándose en la última década, fenómeno que podemos llamar, la transición epidemiológica de la salud materna en Lima, a ello hay que agregar que no es que las mujeres tengan más hijos en edades más tardías sino que muchas mujeres están

retrasando al maternidad debido a su inclusión en la vida económica del Perú. Finalmente, el grupo de mujeres adolescentes que atendemos se mantiene cercano al 15%, así en el año 2012 correspondió al 14.2%, lo que deja ver que este continúa siendo un problema de salud pública, debiéndose impulsar la educación en salud sexual y reproductiva en los colegios en coordinación con el sector salud.



INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA

A continuación se presenta un panorama de los principales indicadores de Gestión Hospitalaria (de estructura, proceso y resultado) que explican un poco la dinámica de la Institución.

INDICADORES DE ESTRUCTURA

RECURSOS HUMANOS ASISTENCIALES	N°
MEDICOS GINECO OBSTETRAS	101
MEDICOS NEONATOLOGOS	38
CIRUJANOS PEDIATRAS	6
ANESTESIOLOGOS	28
INTENSIVISTAS	7
CARDIOLOGO	1
MEDICO INTERNISTA	1
OFTALMOLOGO	1
ENDOCRINOLOGO	1
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1
GENETISTA	1
ANATOMOPATOLOGOS	6
PATOLOGOS CLINICOS	1
HEMATOLOGO	1
MEDICOS DE CENARUE	5
BIOLOGOS	7
OBSTETRICES	193
ENFERMERAS	281
TECNOLOGOS MEDICOS	43
QUIMICO FARMACEUTICOS	13
TECNICOS DE ENFERMERIA	406
TÉCNICOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	27
ASISTENTAS SOCIALES	32
PSICOLOGOS	9
ODONTOLOGOS	3

RECURSOS FISICOS	
CONSULTORIOS	Nº
OBSTETRICIA	9
GINECOLOGIA GENERAL	2
GINECOLOGIA ESPECIALIZADA	6
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	1
ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA	1
NEONATOLOGIA	7
ESPECIALIDADES MEDICAS	11
ESPECIALIDADES NO MEDICAS	19
TOTAL	56
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA	308
OBSTETRICAS	255
GINECOLOGICAS	24
CLINICA	24
UCI MATERNA	5
HOSPITALIZACIÓN EN NEONATOLOGIA	100
CUNETAS NEONATALES (INTERMEDIOS)	70
INCUBADORAS DE UCI NEONATAL	30
OTROS AMBIENTES	
CONSULTORIOS DE EMERGENCIA	4
CONSULTORIO DE ECOGRAFÍA DE EMERGENCIA	1
OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	7
SALAS DE PARTO	20
SALAS DE OPERACIONES	9
EQUIPOS EN GINECO OBSTETRICIA	
ECÓGRAFOS	2
ECÓGRAFOS DOPPLER	7
COLPOSCOPIOS	4
VENTILADORES MECÁNICOS	6
AMBULANCIAS	5
EQUIPOS EN NEONATOLOGÍA	
VENTILADORES NEONATAL	16
PULSO - OXIMETROS	17
EQUIPO DE REANIMACION	6
MONITORES NEONATALES	11
BOLSA AUTO-INFLABLE	40

INDICADORES DE PROCESO GINECO OBSTETRICIA

Como se puede ver en la siguiente tabla, se mantienen estables los indicadores de procesos en Gineco Obstetricia en los últimos 3 años, habiendo una ligera disminución en la estancia hospitalaria de las pacientes que tuvieron parto vaginal.

HOSPITALIZACION			
INDICADOR	2010	2011	2012
ESTANCIA POST PARTO VAGINAL (días)	2.9	3.0	2.6
ESTANCIA POST VAG. SIN PATOLOGIA	2.3	2.5	2.5
ESTANCIA POST VAG. CON PATOLOGIA	3.5	4.2	3.9
ESTANCIA POST PARTO CESAREA (días)	4.8	4.4	5.0
ESTANCIA POST ABORTO (días)	2.9	2.4	2.6
ESTANCIA GESTANTE	3.4	3.4	3.6
ESTANCIA PUERPERA	5.4	5.3	5.2
% OCUPACION CAMA EN OBSTETRICIA	84.2	83.4	81.1%
INTERVALO DE SUSTITUCION EN OBSTETRICIA	0.9	1.0	1.0
RENDIMIENTO CAMA	5.5	5.0	5.4
ESTANCIA GINECOLOGICA (días)	4.0	4.0	4.0
% OCUPACION CAMA EN GINECOLOGÍA	71.3%	68.5%	74.7%
INTERVALO DE SUSTITUCION GINECOL.	1.6	1.5	1.4
RENDIMIENTO CAMA GINECOLÓGICA	4.4	4.0	4.0

En lo referente a consultas de Gineco Obstetricia, en la siguiente tabla podemos apreciar que pese a haber una disminución en el número de gestantes atendidas, la cantidad de atenciones ha subido, lo que estaría en relación a una mayor cantidad de controles prenatales, es decir un mejor seguimiento de casos. De la misma manera se observa un incremento en las atenciones en las púerperas; y una leve disminución en las atenciones a pacientes ginecológicas.

CONSULTORIOS EXTERNOS			
INDICADOR	2010	2011	2012
GESTANTES ATENDIDAS	12239	13504	12818
ATENCIONES DE GESTANTES	45512	46621	47108
PUERPERAS ATENDIDAS	3160	3512	3505
ATENCIONES DE PUERPERAS	3572	4212	4928
TOTAL DE ATENCIONES OBSTETRICAS	49084	50833	52036
ATENDIDAS GINECOLOGICAS	10803	14196	10872
ATENCIONES GINECOLOGICAS	25796	32460	32111
TOTAL DE ATENCIONES EN GINECO OBSTETRICIA	74880	83293	83293
CONCENTRACION DE GESTANTES	3.7%	3.5%	3.0%
RENDIMIENTO DE GESTANTES	2.5%	4.1%	4.0%
CONCENTRACION DE PUERPERAS	1.1%	1.2%	1.4%
RENDIMIENTO DE PUERPERAS	3.0%	3.0%	2.9%
CONCENTRACION DE GINECOLOGICAS	2.4%	2.3%	2.5%
RENDIMIENTO DE GINECOLOGICAS	2.9%	3.0%	3.0%
COBERTURA TOTAL CONTROL PUERPERAL	17.3	20.8	19.9
COBERTURA DE CESAREADAS	40.1	43.6	43.9
COBERTURA PLANIFICACION FAMILIAR	76.9	72.4	77.6



Con respecto al uso de métodos anticonceptivos al egreso del INMP, podemos observar que sólo el 20% de las pacientes que usan métodos anticonceptivos modernos (inyectable, píldora, DIU, BTB) al egreso, la mayoría usan condones o MELA y un 23% salió de la institución sin usar ningún método, lo que hace pensar en que puede haber una demanda insatisfecha de anticoncepción, por lo que la institución debe fortalecer la consejería en planificación familiar que permita a las pacientes tomar una decisión informada para el uso de métodos anticonceptivos; toda vez que esta es una estrategia adecuada para evitar embarazos no deseados, espaciar el periodo intergenésico y de esta manera disminuir la mortalidad materna.

INDICADORES DE RESULTADO EN GINECO OBSTETRICIA

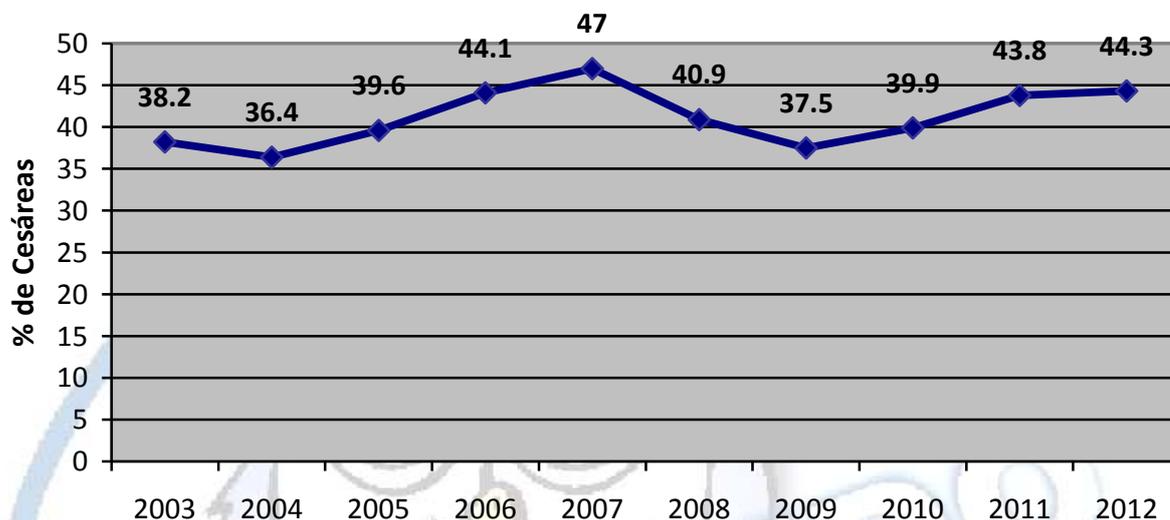
PARTO INMP - COMPARATIVO 2010 – 2012

Como se observa en la siguiente tabla, hubo un aumento del total de partos en comparación al año 2011, aún cuando el total de partos sigue siendo menor al del año 2010.

POBLACION GENERAL	2010	2011	2012
PROMEDIO PARTO MENSUAL	1,407	1,253	1331
PROMEDIO PARTO DIARIO	46	41	43
TOTAL PARTOS VAGINALES	10,134	8,441	8759
TOTAL PARTOS POR CESAREA	6744	6,592	6969
% DE CESÁREAS	39.9	43.8	44.3
TOTAL PARTOS EN EL AÑO	16,878	15,033	15728
PARTOS ATENDIDOS EN EMERG.	20	8	4
PARTOS GEMELARES	214	194	242
PARTOS TRILLIZOS	4	5	2

ADOLESCENTES	2010	2011	2012
PARTOS DE 10 a 13 años	17	18	18
PARTOS DE 14 a 16 años	503	439	553
PARTOS DE 17 a 19 años	2,157	1,901	2019
TOTAL PARTOS VAGINALES	1,857	1,582	1787
TOTAL PARTOS CESAREA	820	766	803
% DE CESÁREAS	30.6	32.6	31.0
TOTAL PARTOS ADOLESCENTES	2,677	2,348	2590
< 17 AÑOS NO EGRE SERV "A"	24	14	20
>19 ANOS EGRE SERV "A"	130	75	131

Evolución porcentual de Cesáreas INMP. Periodo 2003 - 2012



Se puede observar que el porcentaje de cesáreas sigue siendo alto en la institución, lo que está en relación que el INMP es el centro de referencia de mayor complejidad del MINSA, por lo que se están recibiendo referencias de mayor complejidad que en años anteriores. Sin embargo, en las adolescentes el porcentaje de cesáreas no es tan alto, dato que tiene relación con las estadísticas de años anteriores, y que permite establecer un menor riesgo de cesárea en este grupo.

Además se nota un incremento en los egresos de pacientes obstétricas hospitalizadas en relación al año 2011.

INDICADOR	2010	2011	2012
PARTO VAGINAL	10,134	8,441	8759
PARTO VAG. SIN PATOLGIA	4,110	3,499	3566
PARTO VAG. CON PATOLOG	6,024	4,962	5193
PARTO POR CESAREA	6,744	6,592	6969
EGRESO ABORTO	1,146	910	885
EGRESO COMO GESTANTE	2,112	2,139	2212
EGRESO COMO PUERPERA	235	218	206
TOTAL DE EGRESOS OBSTETRICOS	20,371	18,300	19031
TASA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	1.68 %	1.68 %	1.15 %
MUERTES MATERNAS	8	9	9
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	41.8/100000 nv	59.2/100000 nv	56/100000 nv

Por otro lado, en los últimos años se evidencia una disminución considerable de las infecciones intrahospitalarias en Gineco Obstetricia, el cual es un buen indicador de gestión, y está en relación a mejoras en infraestructura, equipamiento y procesos de atención a la gestante.

INDICADORES DE PROCESO EN NEONATOLOGIA

Como se puede observar en la siguiente tabla, hay una tendencia a la disminución de la estancia de los neonatos que ameritan hospitalización, sin embargo, siempre se encontrará una estancia larga porque la mayoría de los neonatos que necesitan hospitalización son prematuros, requiriendo muchos de ellos de ventilación mecánica en la UCI Neonatal y otros procedimientos invasivos que pueden condicionar infecciones intrahospitalarias; lo que también explica el alto porcentaje de ocupación de hospitalización en Neonatología.

HOSPITALIZACION	2010	2011	2012
EGRESOS REFERIDOS A OTROS ESTABLECIMIENTOS	95	92	75
PROMEDIO DE ESTANCIA EN UCIN (días)	16.4	14	13.2
PROMEDIO DE ESTANCIA INTERMEDIOS(días)	15.0	13	12.6
% OCUPACION CAMA UCIN	95.5	96.6	96.3
% OCUPACION INTERMEDIOS	94.7	93.5	94.7
INTERVALO DE SUSTITUCION UCIN	0.8	0.5	0.5
INTERVALO DE SUSTITUCION INTERMEDIOS	0.8	0.9	0.7

En la siguiente tabla observamos una disminución considerable (cerca al 50 %) en las atenciones en consultorios de Neonatología, debidos a que se tuvo que suspender las atenciones para que se realice la remodelación de los ambientes de Consultorios externos de Neonatología.

CONSULTORIOS PEDIATRIA	2010	2011	2012
ATENDIDOS	11100	16232	6175
ATENCIONES	29468	34274	15820
CONCENTRACION	2.7	2.12	2.6
RENDIMIENTO PEDIATRA	3.2	3.9	4.2
ATENDIDOS NAR I	1,614	1266	586
ATENCIONES NAR I	4,435	3799	1927
ATENDIDOS NAR II	438	1656	746
ATENCIONES NAR II	1,536	4627	2141
ATENDIDOS NAR III	1,295	1512	998
ATENCIONES NAR III	4,973	5108	2260
CONCENTRACION NAR I	2.7	3.0	3.3
CONCENTRACION NAR II	3.5	2.8	2.9

INDICADORES DE RESULTADO EN NEONATOLOGÍA

RESULTADO	2010		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RECIEN NACIDOS VIVOS	16,879	98.85	15176	99	16068	99.0
NUMERO DE NATIMUERTOS	197	1.15	171	1	167	1.0
TOTAL NACIMIENTOS	17,076	100.00	15,347	100	16235	100
NACIMIENTOS BAJO PESO	1372	8.03	1345	8.76	1366	8.4
NACIMIENTOS MUY BAJO PESO	381	2.23	364	2.3	380	2.3
NACIMIENTOS PRE-TERMINO	1462	8.56	1426	9.2	1653	10.2
APGAR ≤ 3 A LOS 5 MIN	317	4.9	376	2.5	399	2.5
APGAR < 6 A LOS 5 MIN	154	0.9	182	1.2	201	1.3
TOTAL INGRESOS A NEONATOLOGÍA	2205	13.1	2280	15	2280	14.2
NÚMERO DE INGRESOS A UCI	701	31.8	646	28.3	621	27.2
PROMEDIO DIARIO DE RN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO	38.3		32		35	
EGRESOS DE RN VIVOS	1924	91.0	2045	91.7	2144	91.8
EGRESADOS FALLECIDOS	213	10.1	164	7.3	170	7.3

Como se puede ver a habido un incremento en el total de nacimientos en relación al año 2011, manteniéndose el porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso, y presentándose un ligero incremento en el porcentaje de recién nacidos prematuros.

Los casos de asfixia se mantienen en porcentajes similares a los del año pasado.

También se mantienen en valores similares las tasas de mortalidad neonatal y perinatal.

RESULTADOS	2010		2011		2012	
	Nº	TASA (*)	Nº	TASA (*)	Nº	TASA (*)
Mortalidad neonatal precoz	131	7.8	134	8.8	137	8.7
Mortalidad neonatal			164	10.8	170	10.8
Mortalidad perinatal I	273	16.2	245	16.1	250	15.9

(*) por 1000 nacidos vivos

III. ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.1 Análisis de Morbilidad

3.1.1. Hospitalización

A. Distribución del total de egresos hospitalarios por servicios

Egresos Hospitalarios	2008	2009	2010	2011	2012
Gineco Obstetricia	23804	21948	21636	19429	20215
Neonatología	2643	2756	2834	2230	2333

Se ha observado un aumento de los egresos en Gineco Obstetricia y en Neonatología en relación al año pasado, pero todavía se mantiene una tendencia a la disminución si hacemos la comparación con los 5 últimos años.

B. Principales causas de egresos hospitalarios por servicios

Ginecología

Principales Diagnósticos Egreso 2012

Diagnóstico	Nº	%
Miomatosis uterina	233	20.3
Infertilidad femenina de origen tubárico	101	8.8
Quiste ovárico	88	7.7
Embarazo ectopico	54	4.7
Prolapso genital	48	4.2
Pólipo del Cuerpo del útero	46	4
Adherencias peritoneales pélvicas femeninas	41	3.6
Hiperplasia Endometrial	39	3.4
Displasia cervical moderada	33	2.9

La mayoría de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología tienen cirugías electivas; siendo la Miomatosis Uterina la patología más frecuente, como se sabe hasta cerca al 50% de mujeres pueden tener esta enfermedad en forma sintomática y asintomática, y hasta la mitad de todas ellas requerirán de tratamiento quirúrgico. En segundo lugar están las pacientes con problemas de infertilidad de causa tubárica, quienes en la mayoría de los casos son sometidas a procedimientos de Laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

Obstetricia

Diagnósticos de Egreso - Población General 2012

Diagnóstico	Nº	%
Enf. Hipertensiva del Embarazo	1572	8.26 *
Preeclampsia	1490	94.8
Eclampsia	21	1.3
Síndrome de HELLP	61	3.9
Hemorragia Obstétrica	562	2.95 *
DPP	93	16.5
Placenta Previa	131	23.3
Ruptura Uterina	24	4.3
Hemorragia posparto	302	53.7
Shock Hipovolémico	12	2.1
Aborto	885	5 *
Aborto incompleto	424	47.9
Aborto frustrado	187	21.1
Aborto incompleto infectado	39	4.4
Embarazo ectópico	25	2.8
Otros	210	23.7
Infecciones maternas	2449	12.86 *
RPM - Corioamnionitis	1465	59.8
ITU	825	33.7
Sepsis	79	3.2
Shock Séptico	62	2.5
VIH	18	0.7

*los porcentajes son establecidos en relación al total de egresos obstétricos: 19031

Las patologías que vemos con más frecuencia entre las gestantes hospitalizadas son los problemas infecciosos, correspondiendo la mayor parte de las mismas a pacientes que presentan ruptura prematura de membranas (RPM) y Corioamnionitis, aunque debemos tener en cuenta que no siempre los casos de RPM están asociados a problemas de índole infecciosa.

Otra causa importante de hospitalización de gestantes son los Trastornos Hipertensivos del embarazo, correspondiendo al 8.6% de las pacientes obstétricas hospitalizadas, y quienes pueden presentar complicaciones serias que afectan la salud materna y perinatal.

Los abortos corresponden al 5 % de las pacientes obstétricas hospitalizadas, sin embargo debemos mencionar que la mayor parte de los casos tienen manejo ambulatorio en el servicio de Emergencia, hospitalizándose generalmente las pacientes con complicaciones hemorrágicas o infecciosas, y aquellas con gestaciones mayores a 13 semanas.

Los casos de Hemorragia Obstétrica corresponden a un porcentaje menor, sin embargo implican una alta morbilidad, teniendo muchas de ellas la necesidad de hospitalizarse en Cuidados Intensivos.

Neonatología

Diagnósticos de Egreso Neonatología 2012

Diagnóstico de egreso	Nº	%
SDR	701	30
ITRN (P221)	488	20.9
EMH (P220)	105	4.5
SAM (P241)	55	2.3
Neumonía - Bronconeumonía (P239)	42	1.8
Neumotorax (P251)	11	0.4
INFECCION	939	40.2
Sepsis (P369)	844	36.2
NEC (P77)	10	0.4
Sífilis (A50 - A53)	77	3.3
VIH (RN de madre con VIH+)	8	0.3
TRASTORNO METABOLICO	228	9.7
Hipoglicemia (P704)	188	8
Hiperglicemia (R739)	40	1.7
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	81	3.5
CID (P60)	12	0.5
Anemia (P614)	69	2.9
HIPERBILIRRUBINEMIA	993	42.5
Incompatibilidad ABO (P551)	41	1.7
Incompatibilidad Rh (P550)	2	0.1
Otras hiperbilirrubinemias (P599)	950	4.7
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	6	0.3
Hemorragia Intra ventricular (P523)	5	0.2
Síndrome Convulsivo (P90x)	1	0.0
MALF. CONGENITAS QUIRURGICAS	15	0.6
Onfalocela (Q792)	1	0.0
Gastrosquisis (Q793)	1	0.0
Hidrocefalia (G911)	13	0.5
SINDROMES		
Síndrome Down	29	1.2

Como se puede ver en la tabla anterior, tanto los problemas infecciosos, como los cuadros de Síndrome de Dificultad Respiratoria representan dos de las causas más frecuentes por las que se tiene que hospitalizar a neonatos, en especial a los prematuros, en quienes tanto el sistema respiratorio como el inmunológico están todavía en desarrollo.

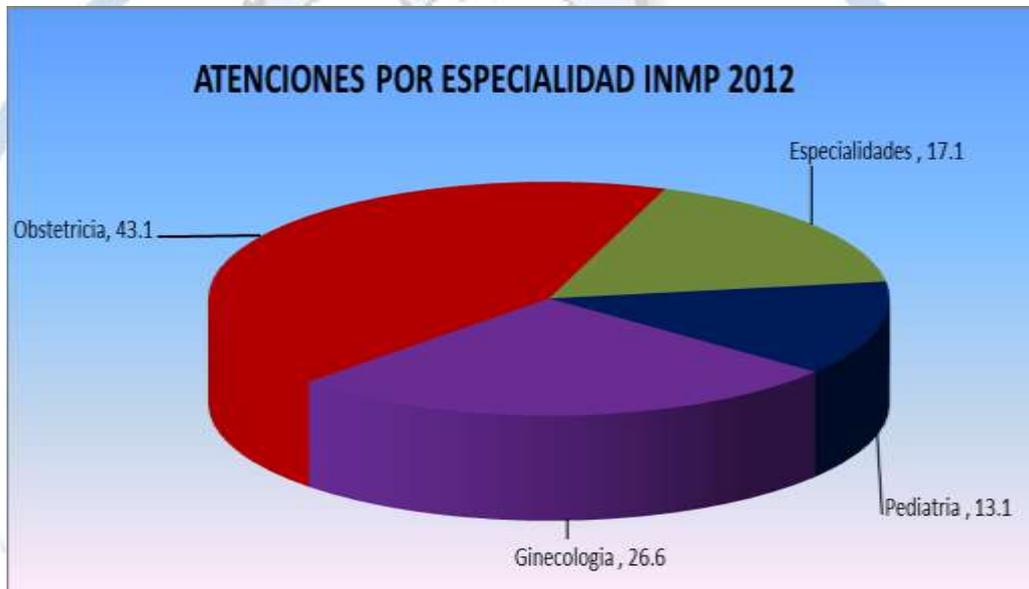
Otro motivo frecuente de hospitalización son los casos de Hiperbilirrubinemia.

3.1.2. Consulta externa

A. Causa de consulta externa en general

A continuación vemos la distribución de las Atenciones en Consultorios Externos, observándose una disminución en las atenciones en los 2 últimos trimestres del año, lo que podría estar en relación al periodo en el cual se dio la Huelga Médica. Además en este periodo se tuvo que suspender la atención en consultorios de Neonatología por remodelación de los mismos, atendándose en forma bastante restringida en emergencia.

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



Atenciones en Consultorios por Especialidades por trimestres 2012

ATENCIONES CONSULTA EXTERNA	1er TRIM	2doTRIM	3er TRIM	4to TRIM	TOTAL	%
OBSTETRICIA	14,614	14,640	11,891	10,891	52,036	43.1
GINECOLOGIA	9,850	9,459	6,697	6,105	32,111	26.6
PEDIATRIA	7,806	5,781	1,242	991	15,820	13.1
ESPECIALIDAES	7,091	6,009	2,614	4967	20,681	17.1
TOTAL	39,361	35,889	22,444	22,954	120,648	100.0

En los siguientes gráficos se aprecia la distribución de los pacientes atendidos en Consulta Externa según especialidades, durante el año 2012.



Pacientes atendidos en Consultorios por Especialidades por trimestres 2012

ATENDIDAS CONSULTA EXTERNA	1er TRIM	2do TRIM	3er TRIM	4to TRIM	TOTAL	%
OBSTETRICIA	4,902	4,401	3,776	3,244	16,323	34.7
GINECOLOGIA	3,778	3,131	2,329	1,634	10,872	23.1
PEDIATRIA	5,183	1,814	292	273	7,562	16.1
ESPECIALIDADES	4,070	3,606	2,663	1,999	12,338	26.2
TOTAL	17,933	12,952	9,060	7,150	47,095	100.0

En las siguientes tablas podemos ver algunos indicadores de Consultorios de Especialidades Médicas y No Médicas en el año 2012.

Indicadores de Consultorios de Especialidades Médicas 2012

CONSULTORIOS ESPECIALIDADES	ATENDIDAS	ATENCIONES	CONCENTRAC	RENDIMIENTO
OFTALMOLOGIA	2223	3643	1.6	3.3
ENDOCRINOLOGIA	1530	3474	2.3	2.4
MEDICINA INTERNA	1815	3065	1.7	3.1
CARDIOLOGIA	2001	2648	1.3	2.4
ANESTESIOLOGIA	1422	1807	1.3	1.6
REHABILITACION	765	1086	1.4	1.2
GENETICA	141	380	2.7	1.1

Indicadores de Consultorios de Especialidades No Médicas 2012

CONSULTORIOS	Nº PROF	ATENDIDAS	ATENCIONES	%	CONCENTR.	RENDIMIENTO
ODONTOLOGIA	3	8,264	9,037	53.3	1.1	3.6
PSICOLOGIA	2	2,937	3,571	21.1	1.2	3.0
NUTRICION	1	451	522	3.1	1.1	2.2
TERAPIA FISICA	2	430	3,807	22.5	8.8	3.3
TOTAL	8	12,082	16,937	100.0	1.4	3.5

B. Causa de consulta externa por servicios.

Diagnósticos más frecuentes en la Atención prenatal 2012 – Consultorios externos

Diagnóstico	Nro	%
Supervisión de embarazos normales	18766	40.25
Supervisión del embarazo de alto riesgo	6389	13.7
Supervisión de primigesta muy joven	1105	2.37
Infección genital en el embarazo	488	1.05
Atención por cesareada anterior	255	0.55
Supervisión de embarazo con historia de infertilidad	188	0.4
Anemia que complica el parto y puerperio	196	0.42

Como se observa en la tabla anterior, el INMP todavía continúa haciendo control prenatal de pacientes de bajo riesgo, quienes acuden a nuestra institución por el prestigio ganado; lo que evidencia que falta mejorar el sistema de red del MINSA. Debemos considerar que muchas de las referencias de otros establecimientos de salud se atienden directamente por emergencia y se hospitalizan, por lo que no vemos un mayor porcentaje de embarazos de alto riesgo en la consulta externa.

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Puerperio INMP. 2012

Diagnóstico	Nro	%
Seguimiento postparto, (Cesárea)	1,303	31.45
Seguimiento postparto, de rutina	903	21.80
Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	444	10.72
Esterilización	91	2.20
Prueba y ajuste de dispositivo no especificado	89	2.15
Atención de apósitos y suturas	61	1.47
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	40	0.97
Seguimiento consecutivo a cirugía por tumor	25	0.60
Anemia que complica el embarazo parto y puerperio	23	0.56

Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología 2012:

En la siguiente tabla se muestran los principales diagnósticos consignados en las historias clínicas de las pacientes que acuden por patología ginecológica.

Diagnóstico	Nro	%
Infección de vías urinarias sitio no especificado	2994	11.7
Estados menopáusicos y climaterio femeninos	2381	9.3
Cuidado posterior a la Cirugía	1884	7.4
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1848	7.2
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	1067	4.2
Displasia cervical leve	1009	4.0
Supervisión post AMEU	1001	3.9
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	3.2
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	3.1
Leiomioma del útero	773	3.0
Infertilidad femenina no especificada	601	2.4
Hemorragia uterina anormal	457	1.8
Amenorrea secundaria	427	1.7
Mastopatía quística difusa	426	1.7
Abortadora habitual	288	1.1
Infección por Papiloma Virus	227	0.9
Estados asociados con menopausia artificial	181	0.7
Quiste ovárico	172	0.7
Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos especificados	153	0.6
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	0.4
Displasia cervical moderada	80	0.3

Debemos tener en cuenta que los consultorios de Ginecología en el INMP se han dividido por especialidades como Ginecología General, Oncología Ginecológica, Infertilidad, Climaterio y Uroginecología; así en las siguientes tablas se muestran los diagnósticos más frecuentes en cada uno de estos consultorios.

Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología General

Diagnóstico	Nro	%
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1830	15.96
Supervisión post AMEU	966	8.42
Cuidado posterior a la Cirugía	869	7.58
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	7.08
Leiomioma del útero	630	5.49
Infección de la vías urinarias	555	4.84
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	488	4.25
Estados menopáusicos y climatéricos femeninos	428	3.73
Amenorrea secundaria	379	3.30
Hemorragia uterina anormal	335	2.92
Quistes ováricos	172	1.50

Como se aprecia en la tabla anterior los problemas infecciosos son la principal causa por la que las pacientes acuden a consultorio de Ginecología General.

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Climaterio 2012.

Diagnóstico	Nro	%
Estados menopáusicos y climaterio femeninos	1544	67.96
Estados asociados con menopausia artificial	179	7.88
Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos especificados	153	6.73
Menstruación excesiva, frecuente e irregular	109	4.80
Cuidado posterior a la Cirugía	42	1.85
Prolapso genital no especificado	38	1.67
Prolapso uterovaginal completo	33	1.45
Vaginitis atrófica postmenopáusica	29	1.28
Leiomioma del útero	25	1.10
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	18	0.79

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Infertilidad 2012.

Diagnóstico	Nro	%
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	24.13
Infertilidad femenina no especificada	601	18.24
Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	382	11.59
Abortadora habitual	288	8.74
Infertilidad femenina de origen uterino	172	5.22
Investigación y prueba de procreación	101	3.07
Supervisión de embarazo con historia de infertilidad	76	2.31
Infertilidad asociada a factor masculino	61	1.85
Amenorrea secundaria	48	1.46
Cuidado posterior a la Cirugía	46	1.40

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Uroginecología 2012.

Diagnóstico	Nro	%
Infección de las vías urinarias	2234	79.73
Vaginitis aguda (vulvovaginitis)	195	6.96
Cuidado posterior a la Cirugía	61	2.18
Prolapso genital no especificado	37	1.32
Supervisión post AMEU	35	1.25
Hemorragia Vaginal y Uterina Anormal	29	1.03
Leiomioma del útero	16	0.57

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Ginecología Oncológica y Mamaria 2012.

Diagnóstico	Nro	%
Displasia cervical leve	1009	17.82
Cuidado posterior a la Cirugía	866	15.29
Enfermedad inflamatoria pélvica	579	10.23
Mastopatía quística difusa	426	7.52
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	409	7.22
Infección por Papiloma Virus	277	4.89
Infección de las vías urinarias	205	3.62
Molusco contagioso	136	2.40
Hemorragia uterina anormal	122	2.15
Leiomioma del útero	102	1.80
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	1.61
Displasia cervical moderada	80	1.41
Tumor maligno de cuello uterino	76	1.34
Abdomen Agudo	75	1.32

Como se observa entre los diagnósticos más frecuentes en la Unidad de Oncología Ginecológica están las lesiones premalignas de cáncer de cérvix (como displasia leve, infección por Papiloma virus, displasia moderada), las cuales son detectadas por colposcopia; se espera lograr una mayor detección de lesiones premalignas que permitan dar un manejo oportuno, y no tener que tratar pacientes con casos de cáncer avanzado.

Consulta pediátrica

Diagnósticos más frecuentes en Consultorio Neonatal:

Diagnóstico	Nro	%
Control de atención y supervisión de la salud	6933	41.6
Rinofaringitis aguda	1133	3.8
Bronquitis aguda	609	2.1
VIH	333	1.1
EDA	303	1.0
Hipertonía congénita	288	1.0
Faringoamigdalitis	266	0.9
Ictericia neonatal	233	0.8
Otras infecciones de vías respiratorias superiores no especificada	199	0.7
Faringitis aguda no especificada	179	0.6
Rinitis alérgica	130	0.4

Como observamos en la tabla anterior, la consulta externa pediátrica corresponde en su mayoría a afecciones del sistema respiratorio.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el INMP orienta la atención hacia los neonatos de alto riesgo, presentando algunos de ellos patología crónica o secuelas neurológicas que ameritan manejo prolongado. En las siguientes tablas se muestran los principales diagnósticos que presentan los pacientes que acuden a consultorios de Medicina Física.

Principales motivos de consulta Rehabilitación

Diagnóstico	Nro	%
Hipertonía congénita	289	22.1
Trastorno específico del desarrollo de la función	233	17.8
Retardo del desarrollo	188	14.4
Historia personal de otros factores de riesgo	176	13.5
Síndrome de Down	159	12.2
Trastorno específico mixto del desarrollo	101	7.7
Cadera inestable	99	7.6
Otras deformidades congénitas de la cadera	95	7.3
Peso extremadamente bajo al nacer	33	2.5
Pie Plano	25	1.9

Principales motivos de consulta en Terapia Física

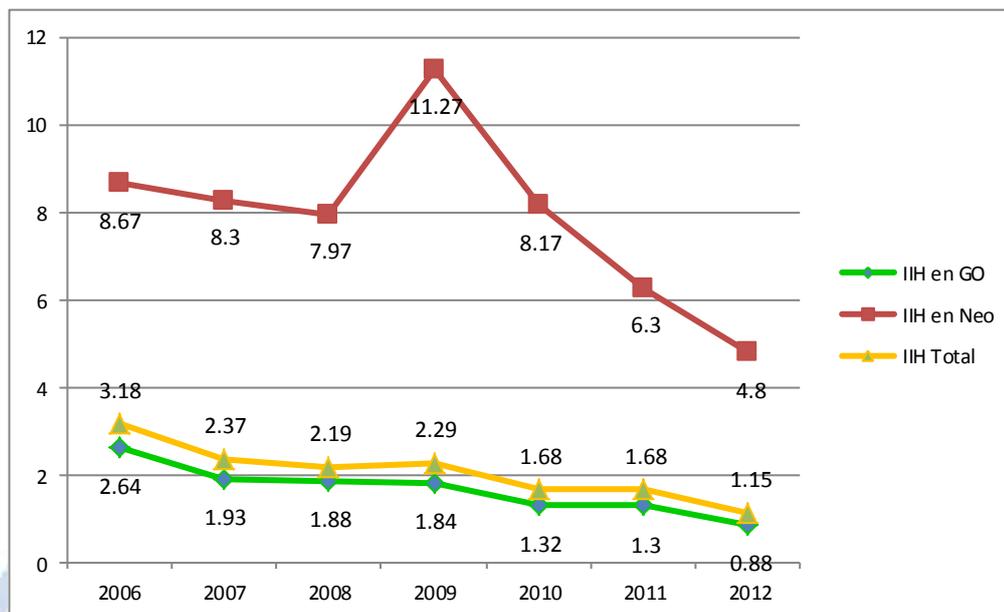
Diagnóstico	Nro	%
Trastorno específico del desarrollo de la función	466	12.2
Otros trastornos del tono muscular en el RN	179	4.7
Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica	99	2.6
Peso extremadamente bajo al nacer	85	2.2
Síndrome de Down	79	2.1
Parálisis cerebral espástica congénita	60	1.6
Hipertonía congénita	39	1.0
Lesión plexo branquial	4	0.1

3.1.3. Estudio de las infecciones Intrahospitalarias

La tendencia de las infecciones intrahospitalarias es un indicador de la calidad de los servicios de salud.

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

Tasa de Infecciones Intrahospitalarias 2006 – 2012



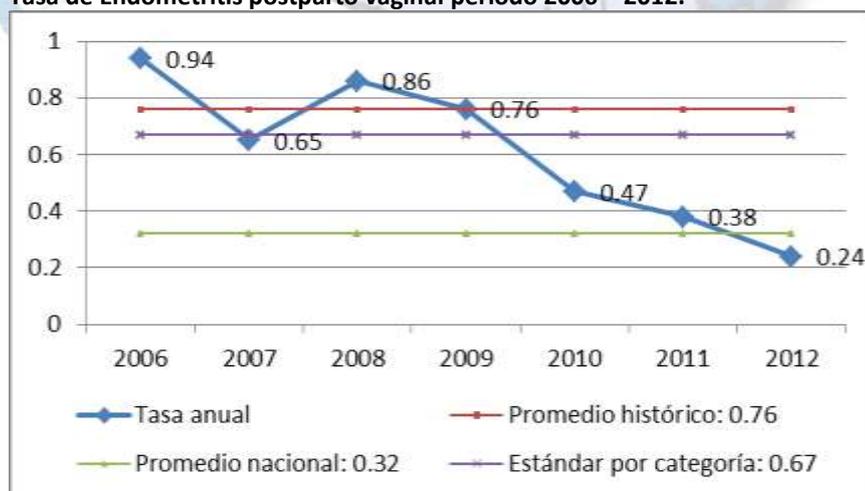
Fuente OESA – INMP

Servicio de Obstetricia

Las infecciones intrahospitalarias en las pacientes obstétricas han presentado una tendencia franca a la disminución en los últimos años, de esta manera las tasas de endometritis post parto vaginal y postcesárea se encuentran dentro de valores adecuados para establecimientos de nuestra categoría, e incluso por debajo del promedio nacional.

Las infecciones de herida operatoria de cesárea también han disminuido considerablemente, estando en valores adecuados para la categoría del establecimiento, y con tendencia a alcanzar el promedio nacional.

Tasa de Endometritis postparto vaginal periodo 2006 – 2012.



Tasa de Endometritis post cesárea periodo 2006 – 2012.



Tasa de Infecciones de herida post cesárea periodo 2006 – 2012.



UCI Materna

En la UCI Materna y en Neonatología se establecen Densidades de Incidencia, puesto que se evalúa el factor de riesgo (catéter venoso central, catéter venoso periférico y ventilación mecánica) por el tiempo de exposición, en este caso por 1000 días de exposición.

La vigilancia de las IIH en la UCI-M se empezó a realizar en forma activa desde enero del 2012, por lo que no se puede presentar un histórico. En lo que va del año, sólo se han identificado 2 casos de Infección de torrente sanguíneo asociada a catéter venoso periférico, lo que se puede ver en la siguiente tabla.

Vigilancia de IIH en la UCI Materna.

IIH	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº casos de IIH	Densidad de Incidencia de ITS x 1000
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVC	311	81	0	0
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVP	977	264	2	2.05
Neumonía asociada a Ventilación Mecánica	186	58	0	0

Neonatología.

Los datos presentados corresponden al consolidado de toda la hospitalización de Neonatología, tanto de UCI Neonatal como de Intermedios. Las infecciones intrahospitalarias en Neonatología han disminuido de manera considerable en comparación con las tasas encontradas en el año 2006, de manera que se encuentran por debajo de los valores establecidos para el nivel de complejidad de nuestro instituto; y sólo en infecciones de tracto sanguíneo asociadas a CVP el valor promedio anual está ligeramente superior al promedio nacional.

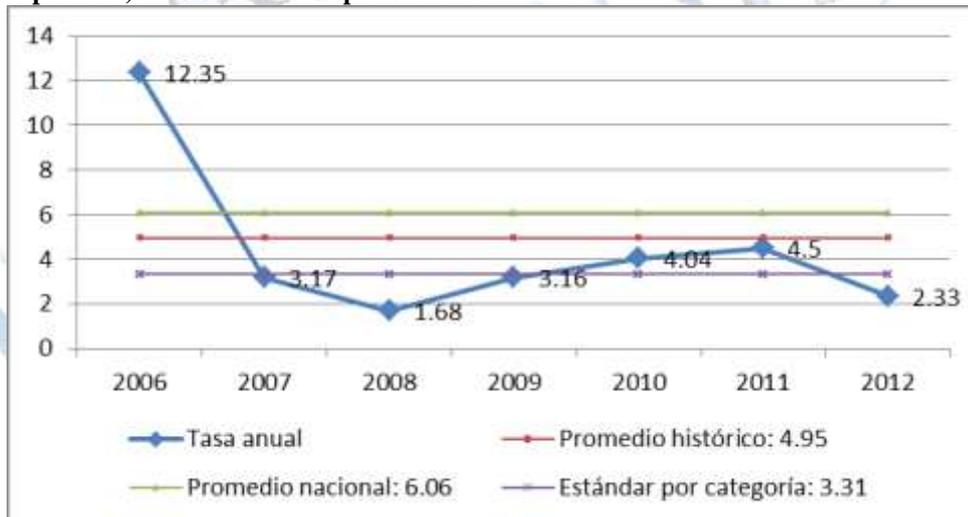
Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVC (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal periodo 2006 – 2012.



Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVP (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal periodo 2006 – 2012.



Densidad de Incidencia de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal periodo 2006 – 2012.



3.1.4. Análisis de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica

Como se ve en las siguientes tablas hay una disminución en los casos de IRAS y EDAS, lo que está en relación al periodo en que se restringió la atención de Neonatología, por la remodelación de los consultorios.

Infecciones Respiratorias Agudas – IRAS.

		2008	2009	2010	2011	2012
IRA	Menores de 2 meses	246	380	203	381	196
	De 2 a 11 meses	515	379	380	829	440
	De 1 a 4 años	125	303	187	356	131
Neumonía	De 2 a 11 meses	0	1	2	1	1
	De 1 a 4 años	0	0	1	0	0
Hospitalizadas	Menores de 2 meses	170	110	234	211	225
	De 2 a 11 meses	1	1	1	1	4
	De 1 a 4 años	0	0	0	0	2
SOB/ASMA	Menores de 2 años	74	128	140	78	28
	De 2 a 4 años	0	4	14	0	0

Infecciones Diarrea Acuosa – EDAS (No incluye sospechosos de Cólera)

Grupo Etéreo	Enfermedad diarreica aguda					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1 año	490	469	569	544	619	209
De 1 a 4 años	143	100	144	158	78	44

Otras enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica

Enfermedad sujeta a vigilancia obligatoria	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sífilis Congénita	53	26	264	98	77	62
ESAVI	0	1	0	0	0	0
Gestante Vacunada Inadvertidamente	0	0	0	0	0	0
Gestante Vacunada Inadvertidamente - Hijo	322	0	0	0	0	0
Muerte Materna	6	10	8	8	9	9
Sospecha de Síndrome de Rubéola Congénita	154	47	97	90	57	23

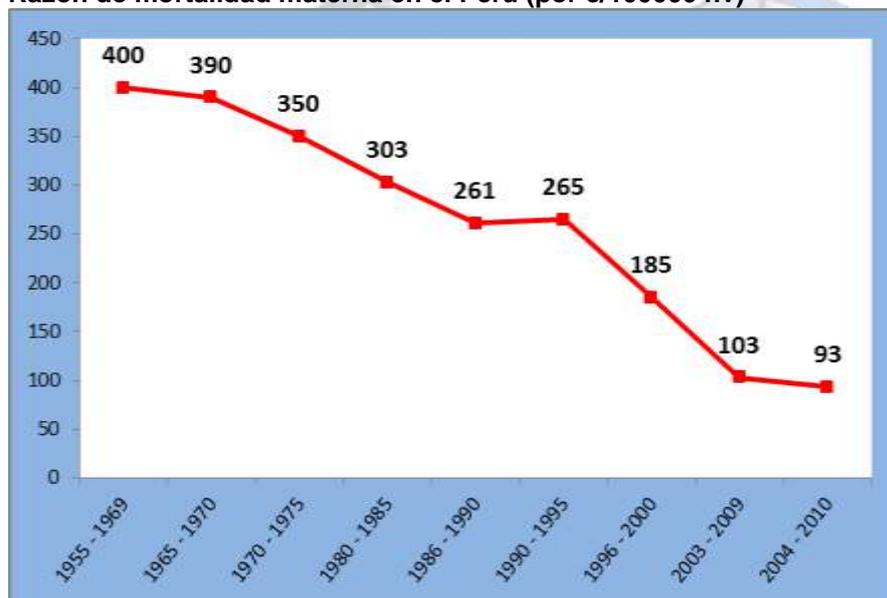
3.3 ANALISIS DE MORTALIDAD

3.3.1 Mortalidad Materna.

Las muertes maternas están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico y cultural de las mujeres. En los últimos años, el Perú ha tenido un crecimiento económico sostenido, el mismo que en el sector salud se ha visto reflejado en una mejor cobertura de control prenatal, partos institucionalizados, mejoras del sistema de referencias con la conformación del CENARUE y mejoras en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Todos estos cambios explican la disminución de la mortalidad materna en el país, lo cual podemos ver en el siguiente gráfico de razón de mortalidad materna en base a las encuestas realizadas por el INEI.

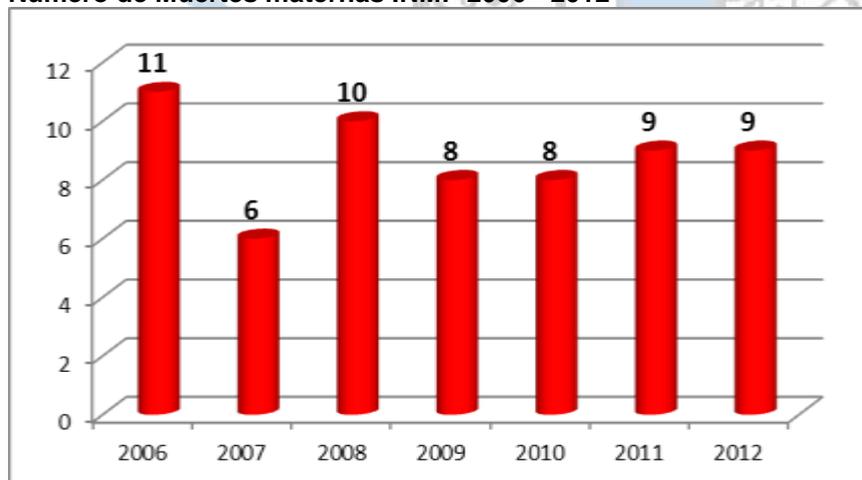
Razón de mortalidad materna en el Perú (por c/100000 nv)



Fuente: INEI - ENDES 2010

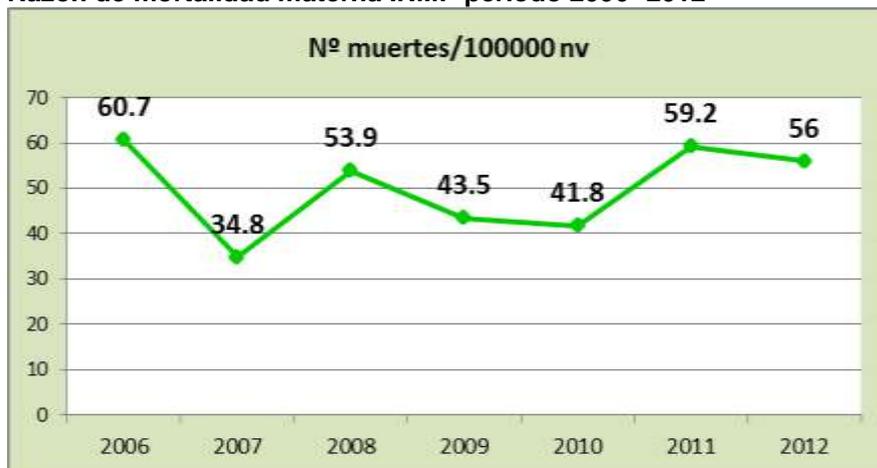
A continuación podemos observar la tendencia de la mortalidad materna en el INMP desde el año 2006 hasta el 2012.

Número de Muertes maternas INMP 2006 - 2012



Fuente OESA - INMP

Razón de mortalidad materna INMP periodo 2006 -2012



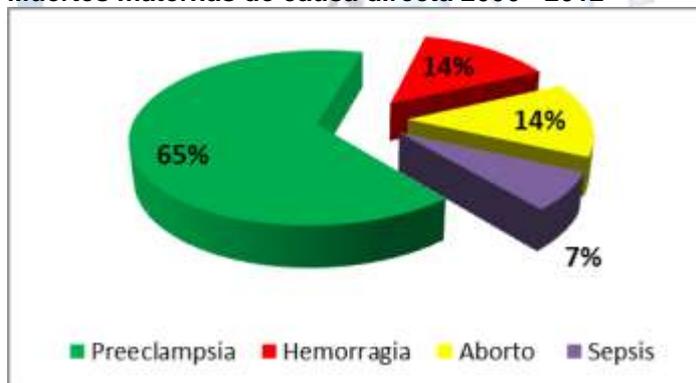
Fuente OESA - INMP

Cuando hacemos el análisis de estos casos, debemos tener en cuenta que en este periodo de tiempo, el 69% de las pacientes fueron referidas de otro establecimiento, y que el 28% de estas pacientes tuvieron una estancia hospitalaria menor a 48 horas; lo que está de acuerdo con el nivel de complejidad del INMP, ya que muchas veces ingresan pacientes por emergencia manejadas previamente en otros establecimientos y en condiciones de gravedad.

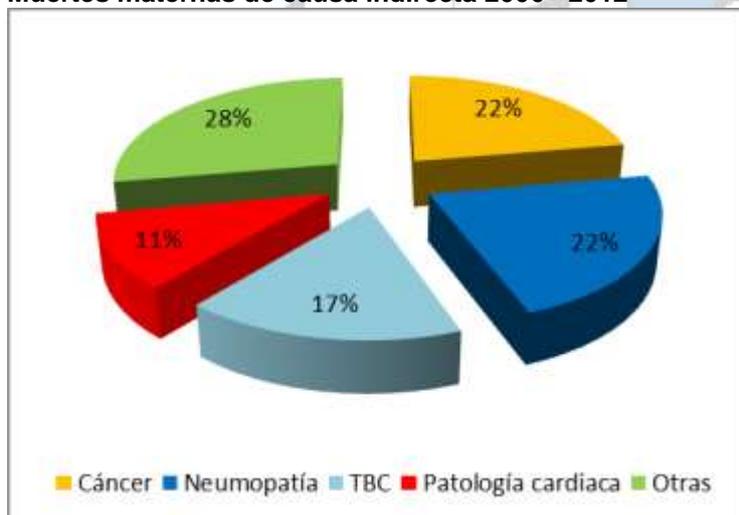
En este periodo del 2006 al 2012, el 70% (43 casos) fueron provocados por causas directamente relacionadas al embarazo, parto o puerperio, y el 30% (18 casos) por causas indirectas.

En los siguientes gráficos vemos la distribución de las muertes según la causa básica.

Muertes maternas de causa directa 2006 - 2012



Muertes maternas de causa indirecta 2006 - 2012



De los gráficos anteriores se puede concluir que la Preeclampsia es la principal causa de mortalidad materna en el INMP; y que entre los casos de muerte materna de causa indirecta, los problemas respiratorios y en específico la TBC son las principales causas de muerte, seguidos por el cáncer.

3.3.2 Mortalidad Perinatal.

Al igual que la mortalidad materna, este es un indicador que nos refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud, tanto del punto de vista obstétrico para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad, como del punto de vista neonatal para la adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realiza esta vigilancia desde fines del año 2010.

Muerte Neonatal.

En el año 2012 nacieron en el INMP un total de 16068 recién nacidos vivos, falleciendo 167 neonatos; correspondiendo la Tasa de Mortalidad Neonatal a 10.39 x 1000 nacidos vivos.

La mayoría de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 7 días de nacido, lo cual está en relación a las condiciones previas al nacimiento (prematuridad, malformaciones congénitas, atención del parto), lo que se puede observar en el siguiente gráfico.

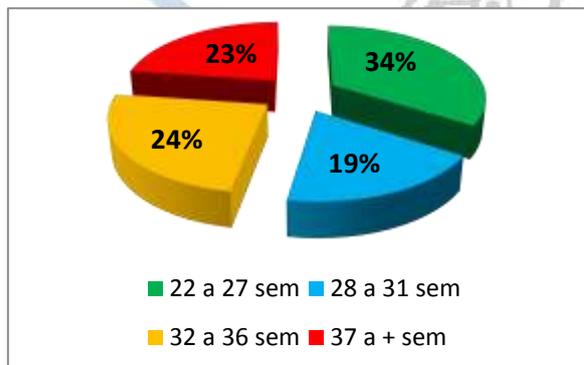
Muerte neonatal según el momento de fallecimiento



Fuente OESA – INMP

En los siguientes gráficos vemos la distribución de las muertes neonatales según edad gestacional y peso al nacer.

Muerte Neonatal 2012 según edad gestacional



Fuente OESA – INMP

Muerte Neonatal 2012 según peso al nacer

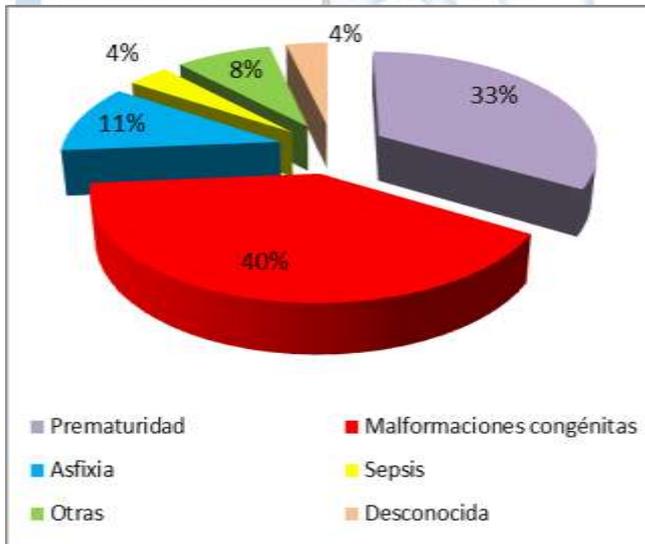


Fuente OESA – INMP

El 77% de los neonatos que fallecieron en el INMP eran prematuros, siendo la prematuridad un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa que puede causar finalmente la muerte de los neonatos.

De los gráficos anteriores, tenemos que un 23% de los neonatos fallecidos correspondían a gestaciones a término, y el 21% eran neonatos con peso al nacer \geq a 2500 gr, y este es el grupo de casos que amerita investigación por parte del Comité de Vigilancia Perinatal Neonatal, con el fin de mejorar los procesos de atención y establecer un trabajo coordinado entre Gineco Obstetras y Neonatólogos.

Causas básicas de muerte neonatal 2012.



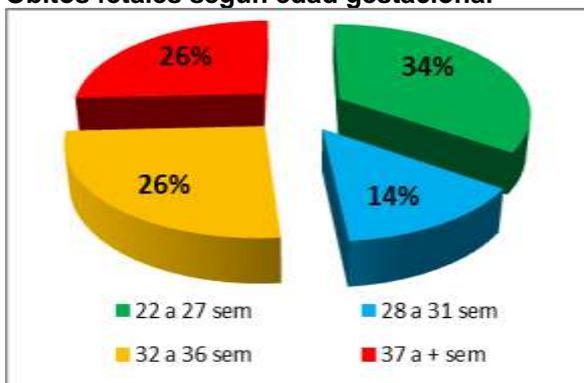
Fuente OESA – INMP

Vemos que la primera causa de muerte neonatal son las malformaciones congénitas, seguida por la prematuridad, esto debido a que el instituto es un centro de referencia a nivel nacional, además debemos tener en cuenta que estos neonatos requieren procedimiento invasivos, intervenciones quirúrgicas y hospitalización prolongada.

Óbitos Fetales.

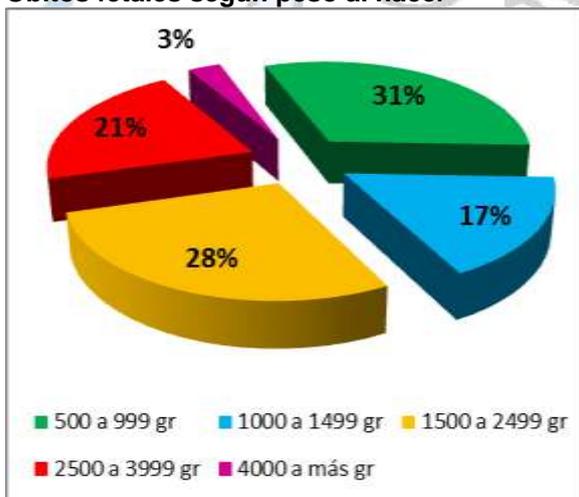
En el año 2012 hubo un total de 167 natimueertos. Los siguientes gráficos muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

Óbitos fetales según edad gestacional



Fuente OESA – INMP

Óbitos fetales según peso al nacer



Fuente OESA – INMP

Observamos que el 26% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y un 24% en fetos de peso \geq 2500 gr, en quienes en primera instancia esperaríamos que no ocurriera la muerte, y que amerita análisis individual de los casos por parte del Comité de Vigilancia Perinatal Neonatal, para determinar si la mujer no identificó oportunamente los signos de alarma, acudió tardíamente al establecimiento de salud, tuvo demoras en la referencia al INMP, se necesitó interrumpir la gestación antes, o es que el feto presentaba una malformación congénita que condicionó su muerte.

Causa de Óbitos Fetales 2012.

Causa	Nº	%
Trastornos hipertensivos del embarazo	42	25.3
Causa no especificada	39	23.5
Malformación congénita	25	15.1
Corioamnionitis	18	10.9
DPP	12	7.2
Hidrops inmunológico	5	3
Compresión del cordón	5	3
Hipoxia intraútero	3	1.8
Insuficiencia placentaria	1	0.6
Otros	17	10.2
Total	166	100

Al revisar las causas de las muertes fetales, observamos que la Preeclampsia es la patología más asociada a los óbitos fetales, lo que amerita revisar nuestras guías de diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. Por otro lado tenemos un 23% de casos en los cuales no se ha podido determinar la causa de muerte fetal, lo que amerita mejorar el sistema de registro de los casos, y también se explica por el bajo porcentaje de necropsias realizadas.

3.3.3 Morbilidad Materna Extrema.

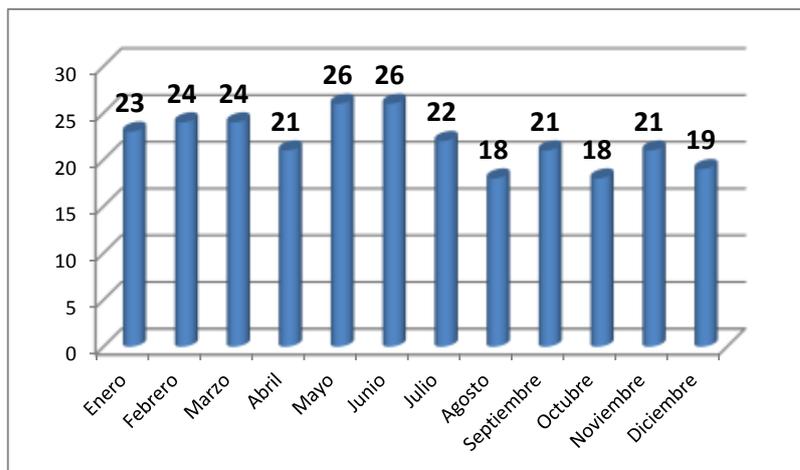
La vigilancia de los casos de Morbilidad Materna Extrema se viene realizando desde octubre del 2011 a manera de piloto, y en forma regular desde enero del 2012.

La vigilancia de la morbilidad materna extrema tiene como objetivo el mejor conocimiento de las patologías asociadas a la muerte materna, y la identificación de los retrasos en el diagnóstico y manejo de las patologías obstétricas, de manera similar al análisis de la mortalidad materna, pero con la ventaja de contar con una casuística obviamente mayor que los casos de muerte materna, además de poder obtener información directa de la paciente, y esperando mayor colaboración del personal para hacer la investigación por ser este un indicador positivo, al haberse salvado la vida de la paciente.

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

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

Reporte de Casos de Morbilidad Materna Extrema 2012



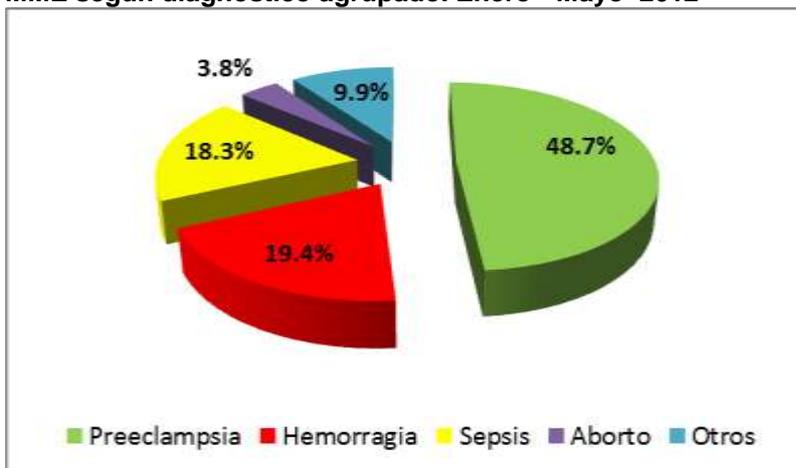
Fuente: Unidad de Cuidados Críticos - INMP

MME según patología asociada

Patología	En	Feb	Ma	Ab	Ma	Jun	Jul	Ag	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Preeclampsia-Síndrome HELLP	06	10	11	12	15	17	14	10	07	07	13	06	128
Hemorragia Post Parto	05	03	05	04	03	06	03	03	02	03	01	04	42
Hemorragia 2ª mitad emb.	01	0	0	01	02	0	01	0	02	0	01	01	09
Aborto	03	0	02	01	01	01	0	0	01	0	0	01	10
Sepsis origen obstétrico	04	02	02	0	02	01	01	01	02	02	02	03	22
Sepsis origen no obstétrico	01	03	03	01	02	0	03	03	04	03	03	0	26
Otros	03	06	01	02	01	01	0	01	03	03	01	04	26
TOTAL	23	24	24	21	26	26	22	18	21	18	21	19	263

Fuente: Unidad de Cuidados Críticos - INMP

MME según diagnóstico agrupado. Enero - Mayo 2012



Fuente: Unidad de Cuidados Críticos - INMP

Como se puede observar la mayoría de pacientes con morbilidad materna extrema han desarrollado Preeclampsia, presentándose en muchos de estos casos el Síndrome de HELLP; convirtiéndose esta complicación en la principal patología que afecta no sólo a las gestantes, sino también a los fetos y neonatos.

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

Indicador	Fórmula	Resultado	Estándar
Razón de MME (Prevalencia)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MME}}{\text{N}^\circ \text{ NV}} \times 100,000$	16.72	< 8
Índice de Mortalidad (Letalidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ MM}}{\text{N}^\circ \text{ MM} + \text{N}^\circ \text{ MME}} \times 100$	3.30	< 4
Relación MME / MM (Calidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ MME}}{\text{N}^\circ \text{ MM}}$	29.2	>35
Relación Criterios / Caso (Severidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de C.I.}}{\text{N}^\circ \text{ MME}}$	3.95	< 5

IV. ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS

4.2. Distribución de Camas por Servicios

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 408 camas para hospitalización. El Departamento de Obstetricia tiene el mayor número de camas, correspondiendo a un 60.8% y donde se han sectorizado a las pacientes por servicios, así en Obstetricia A se encuentran las Adolescentes, en Obstetricia B pacientes con aborto y sangrado durante la gestación, en Obstetricia C las pacientes con trastornos hipertensivos, en Obstetricia D las gestantes con infecciones intercurrentes con el embarazo, y el Servicio de Obstetricia E destinado a la atención de todas las púerperas de parto vaginal. Debemos recordar que existe un área para pacientes que deben ser Aislados, asignándose dos camas en cada servicio de hospitalización general.

El Servicio de Ginecología tiene un total de 24 camas, teniendo un ambiente de Cuidados Intermedios en el cual se sectoriza a las pacientes que requieren un mayor monitoreo y atención médica y de enfermería.

El Departamento de Neonatología cuenta con el 24.5% de las camas de hospitalización distribuidas en la UCI Neonatal e Intermedios, además de contar con cunetas para Alojamiento conjunto.

El Servicio bajo tarifario diferenciado, "Clínica", cuenta con 24 camas de hospitalización para pacientes obstétricas y ginecológicas, además de contar con un ambiente para el alojamiento conjunto de los neonatos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Maternos cuenta con 5 camas, de las cuales 2 están dispuestas de tal manera que puedan utilizarse como camas de aislamiento.

3. Distribución de camas por servicios. INMP. 2011

Área de Hospitalización	Número
Adolescencia	47
Servicio B	49
Servicio C	51
Servicio D	44
Servicio E	57
Servicio de Ginecología	24
UCIM	5
Emergencia	7
UCIN	30
Intermedios (I, II, III y IV)	70
Servicio bajo tarifario diferenciado - Clínica	24
TOTAL	408

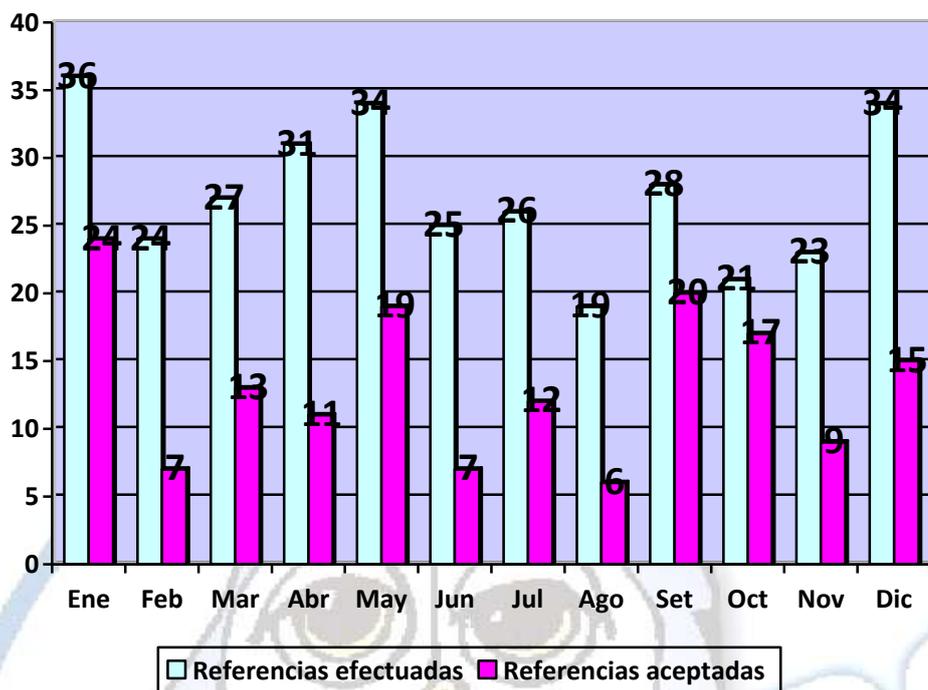
4.3. Distribución de Pacientes según referencia

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

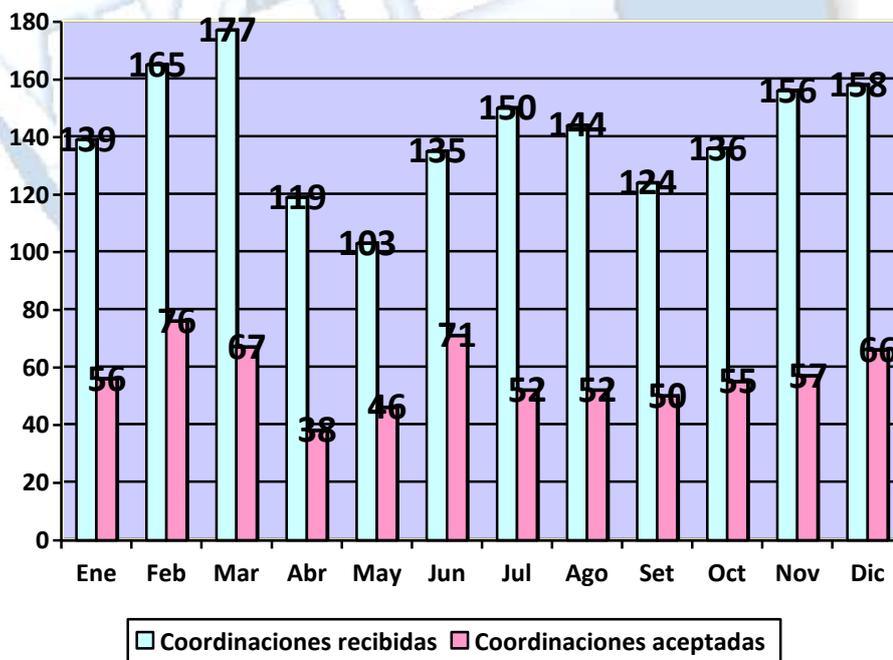
A continuación se muestran los indicadores del CENARUE en el INMP para el año 2012.

Indicador	Total
Coordinaciones recibidas	1706
Referencias recibidas aceptadas	686
Coordinaciones para referir pacientes	328
Referencias efectuadas	160
N° de gestantes recibidas	1310
N° de gestantes referidas	110
N° de neonatos recibidos	231
N° de neonatos referidos	133

Como se puede ver en el siguiente gráfico, del total de referencias de pacientes realizadas en el año 2012, fueron recibidas en otros hospitales el 48.8%



En el siguiente gráfico se observa que se recibieron el 40% de las coordinaciones de pacientes de otros establecimientos, en todos los casos se trataron de gestantes o púerperas, siendo las causas más frecuentes de la referencias: Preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas



Fuente: Oficina del CENARUE – INMP

4.4. Análisis de Recursos Humanos

4.4.1 Tipo de recurso humano:

Los recursos humanos, en los últimos años, han comenzado a continuar fortaleciendo sus capacidades operativas gracias a la oferta de posibilidades para completar o perfeccionar sus competencias, sin embargo, esta es una tarea a mediano plazo que se viene realizando para posteriormente medir su impacto.

4.4.2 Grado académico (Bachiller, Magíster, Doctor):

Existe un avance individual de muchos profesionales médicos y no médicos en la obtención de grados, especialmente en los que respectan a Maestrías. Asimismo en los profesionales no médicos destaca los estudios de especialización que es una necesidad para el nivel de complejidad de nuestra institución.

TABLA 1 ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS DEL INMP 2012

CARGOS/NOMENCLATURAS	CONDICION		TOTAL
	NOMBRADOS	CONTRATADOS	
FUNCIONARIOS - DIRECTIVOS	14	0	14
MEDICOS Y PROF. DE LA SALUD	568	208	776
Médicos	140	52	192
Psicólogo	8	0	8
Obstetriz	183	8	191
Enfermeras	154	116	270
Biólogo	4	2	6
Odontólogos	3	0	3
Químico -Farmacéutico	5	8	13
Nutricionistas	3	1	4
Asistente Social	25	8	33
Tecnólogo Médico	25	11	36
Tec. Espec. Laboratorio	18	2	20
PROFESIONALES CATEGORIZADOS	65	18	83
Especialista Administrativo	4	4	8
Asistente Administrativo	26	2	28
Asistente Serv. Salud	29	1	30
Ingeniero	0	5	5
Abogado	2	3	5
Contador	1	3	4
Economista	1	0	1
Estadístico	1	0	1
Supervisor de Taller	1	0	1
TECNICOS CATEGORIZADOS	696	95	791
Artesano	116	0	116
Electricista	5	0	5
Mecánico	3	0	3
Chofer	6	1	7
Operador Máq. Industrial	2	0	2
Operador Equipo Médico	3	0	3
Operador Equipo Electrónico	1	0	1
Técnico Administrativo	125	12	137
Técnico en Enfermería	327	59	386
Técnico en Estadística	25	0	25
Técnico en Laboratorio	18	2	20

Técnico en Nutrición	31	0	31
Técnico en Transportes	2	0	2
Técnico en Seguridad	2	0	2
Técnico Electricista	1	1	2
Técnico en contabilidad	0	1	1
Técnico en Capacit. Y Difusión	1	0	1
Técnico en Computación	0	7	7
Secretaria	26	6	32
Técnico Sanitario	0	1	1
Técnico en Farmacia	2	4	6
Técnico en Optometría	0	1	1
AUXILIARES CATEGORIZADOS	24	23	47
Auxiliar Administrativo	0	11	11
Auxiliar de Nutrición	7	8	15
Auxiliar de Farmacia	2	0	2
Auxiliar de Mecánica	1	0	1
Auxiliar de Enfermería	1	1	2
Auxiliar de Laboratorio	1	0	1
Auxiliar de artesanía	0	3	3
Trabajador de Servicios	12	0	12
Total:	1367	344	1711

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

4.4.3 Descripción de los Profesionales especialistas

TABLA 4 MEDICOS POR ESPECIALIDAD INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2011

MEDICOS	CONDICION		TOTAL
	NOMBRADOS	CONTRATADOS	
Médico Pediatra	24	6	30
Médico Pediatra Neonatólogo	10	1	11
Médico Cirujano Pediatra	2	3	5
Médico Anestesiólogo	14	14	28
Médico Cardiólogo	1	0	1
Médico General	9	0	9
Médico Oncólogo Quirúrgico	1	0	1
Médico Endocrinólogo	1	0	1
Médico Oftalmólogo	1	0	1
Medicó Genética	1	0	1
Medicó Anatómo Patólogo	4	0	4
Médico Patólogo Clínico	1	4	5
Médico Hematólogo	1	0	1
Médico Radiólogo	2	0	2
Médico Internista	1	0	1

Médico Intensivista	1	5	6
Médico Físico y Rehabilitación	1	0	1
Médico Neurólogo Pediátrico	0	1	1
Médico Gineco Obstetra	75	21	96
Médico Gineco Obstetra y Oncólogo	1	0	1
Médico Gineco Obstetra – Internista	1	0	1
Médico Gineco Obstetra y Cirujano General	1	0	1
Médico Gineco Obstetra y Urólogo	1	0	1
Total	154	55	209

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

4.5 ANALISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA

4.5.1 ANÁLISIS GENERAL

4.5.1.1 Porcentaje de diagnóstico confirmado

Los diagnósticos en la Institución siguen un patrón de conducta semejante a la realidad nacional. Muchos de ellos quedan en diagnósticos presuntivos bajo los cuales se elaboran los planes terapéuticos y prácticamente se hace una prueba terapéutica. En algunas patologías se ha avanzado; por ejemplo, el diagnóstico de Preeclampsia ha mejorado con la inclusión de la proteinuria cualitativa en Emergencia. Sin embargo en otras, como en las infecciones, la posibilidad de agentes etiológicos de tipo anaerobio no puede ni podrá ser confirmada en el corto plazo por cuanto no se tiene disponible en nuestra Institución, ni en ningún lugar de Lima, un método confiable de cultivo para gérmenes anaerobios.

4.5.1.2 Porcentaje de Necropsia.

El porcentaje de Necropsia también está muy debajo del óptimo. En el caso de muertes maternas, prácticamente en todas las circunstancias en que la paciente ha estado más de 24 horas hospitalizada, no se han hecho necropsias. En cambio muchas pacientes han pasado a la morgue central de Lima para necropsias cuando la muerte ha sido luego de pocas horas de ingreso al INMP, pero en estos casos no se cuenta con los resultados oficiales de la necropsia, sólo de manera, generalmente obtenemos informes verbales; y estos datos serían de suma importancia para el análisis de mortalidad materna.

En las muertes perinatales, la situación es mucho más crítica aún; de los óbitos casi a ninguno se realiza la necropsia, y de las muertes neonatales el porcentaje esta alrededor del 40% de los casos.

4.5.2 INDICADORES DE GINECO-OBSTETRICIA

4.5.2.1 Días promedio de estancia hospitalaria

En el INMP el promedio de estancia hospitalaria es bajo porque la mayoría de los internamientos son por causa obstétrica, siendo esta más corta que por otras causas.

Los días promedio de estancia hospitalaria en Obstetricia según motivo de hospitalización son: post parto vaginal 2.6 días, post cesárea 5 días, aborto 2.6 días.

En el Servicio de Ginecología la estancia promedio es de 5.8 días, teniendo en cuenta que la mayoría son pacientes con cirugías electivas con estancias cortas, pero también se tiene un ambiente para Cuidados Intermedios, donde se hospitalizan pacientes más delicadas que ameritan un mayor control, e incluso pacientes obstétricas que salen de UCI, lo que explica la mayor estancia al compararla con la de Obstetricia.

En la siguiente tabla podemos ver la comparación de la estancia hospitalaria en los últimos años.

INDICADOR	2010	2011	2012
Estancia post parto vaginal	2.9	3.0	2.6
Estancia post parto cesárea	4.8	4.4	5.0
Estancia post aborto	2.9	2.4	2.6
Estancia gestante	3.4	3.4	3.6
Estancia de paciente ginecológica	4.0	4.0	5.8

En el Servicio de Neonatología la estancia hospitalaria ha disminuido en comparación a los últimos años (como se en la siguiente tabla), sin embargo, las estancias generalmente son prolongadas debido a que en su mayoría los neonatos que necesitan hospitalización son prematuros.

INDICADOR	2010	2011	2012
Estancia en UCI Neonatal	16.4	14.0	13.2
Estancia en Intermedios	15.0	13.0	12.6

4.5.2.2 Porcentaje de ocupación de camas

Este indicador nos sirve para establecer el grado de utilización de una cama hospitalaria. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de ocupación por servicios.

% de Ocupación de camas	2010	2011	2012
Obstetricia	84.2	83.4	81.1
Ginecología	71.3	68.5	74.7
UCI Neonatal	95.5	96.6	96.3
Intermedios de Neonatología	94.7	93.5	94.7

Como se puede ver en Obstetricia hay una ligera disminución del porcentaje de ocupación, manteniéndose por arriba del 80%. En Ginecología el porcentaje de ocupación es menor, aunque ha presentado un aumento en el último año.

En Neonatología el porcentaje de ocupación es bastante alto cercano al 95%, lo que se explica porque la mayoría de pacientes hospitalizados en Neonatología tienen largas estancias por ser prematuros, además que el INMP por ser centro de referencia constantemente recibe gestantes con patologías como la Preeclampsia que obligan a tener que interrumpir el embarazo prematuramente, por lo que la demanda supera a la oferta en Neonatología.

4.5.2.3 Intervalo de sustitución

Este indicador mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama, en promedio una cama no debe estar vacía más de un día.

En la siguiente tabla se muestra el intervalo de sustitución por servicios.

Intervalo de sustitución	2010	2011	2012
Obstetricia	0.9	1.0	1.0
Ginecología	1.4	1.5	1.4
UCI Neonatal	0.8	0.5	0.5
Intermedios de Neonatología	0.8	0.9	0.7

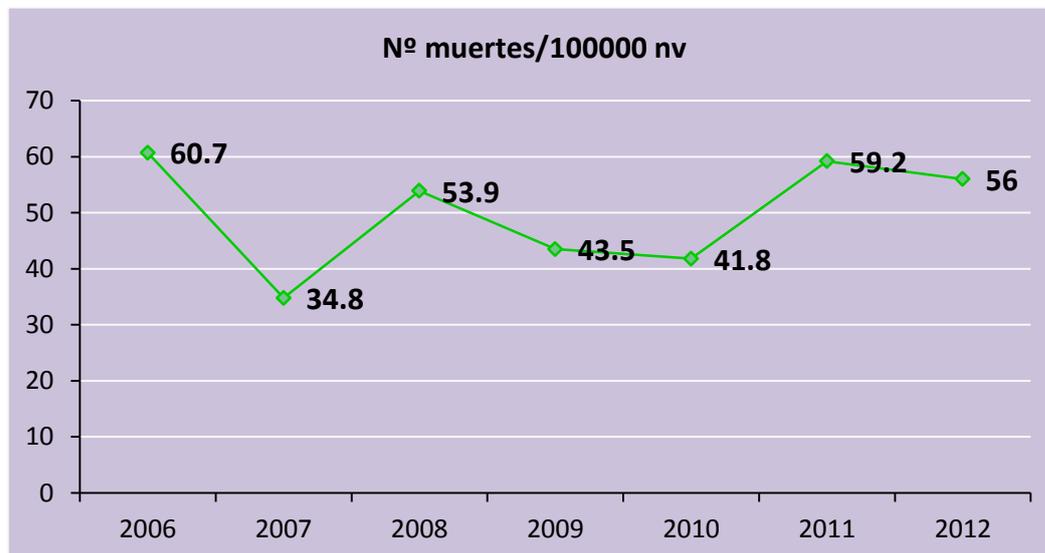
4.5.2.4 Rendimiento cama

Este indicador sirve para mostrar el número de enfermos tratados en una cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un período, en la siguiente tabla mostramos el rendimiento de camas por mes por servicios de hospitalización.

Rendimiento cama por mes	2010	2011	2012
Obstetricia	5.5	5.0	5.4
Ginecología	4.4	4.0	4.0
UCI Neonatal	1.8	1.8	1.9
Intermedios de Neonatología	4.5	4.9	5.1

4.5.2.5 Razón de Mortalidad Materna o Mortalidad Bruta

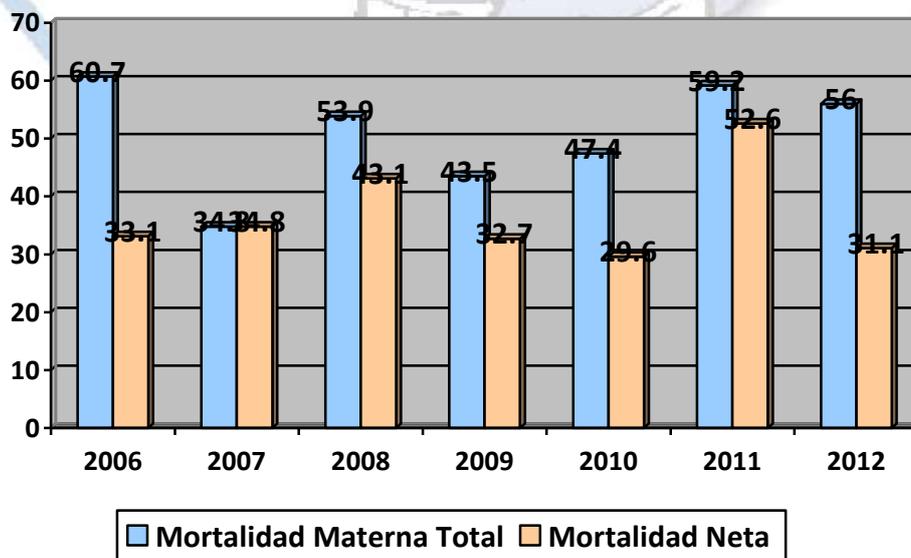
Esta tasa considera todos los fallecimientos en la Institución, inclusive aquellos que han ocurrido en pacientes con menos de 48 horas de hospitalización, siendo estimada por 100000 nacidos vivos. Este indicador sirve para obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes hospitalizados.



4.5.2.6 Razón de Mortalidad Neta

La razón de mortalidad materna neta se refiere a las muertes maternas ocurridas en pacientes con una estancia hospitalaria de 48 o más horas en la institución, por lo que indirectamente nos permite establecer si el manejo que se ha dado en la institución ha sido adecuado en vista que se ha estado manejando a la paciente por más de 2 días; o en caso contrario, cuando tienen estancias menores a 48 horas, sospechar que se trate de referencia tardías o pacientes que llegaron al INMP con complicaciones severas, que terminaron en la muerte de la paciente.

Razón de Mortalidad materna total vs Mortalidad materna neta



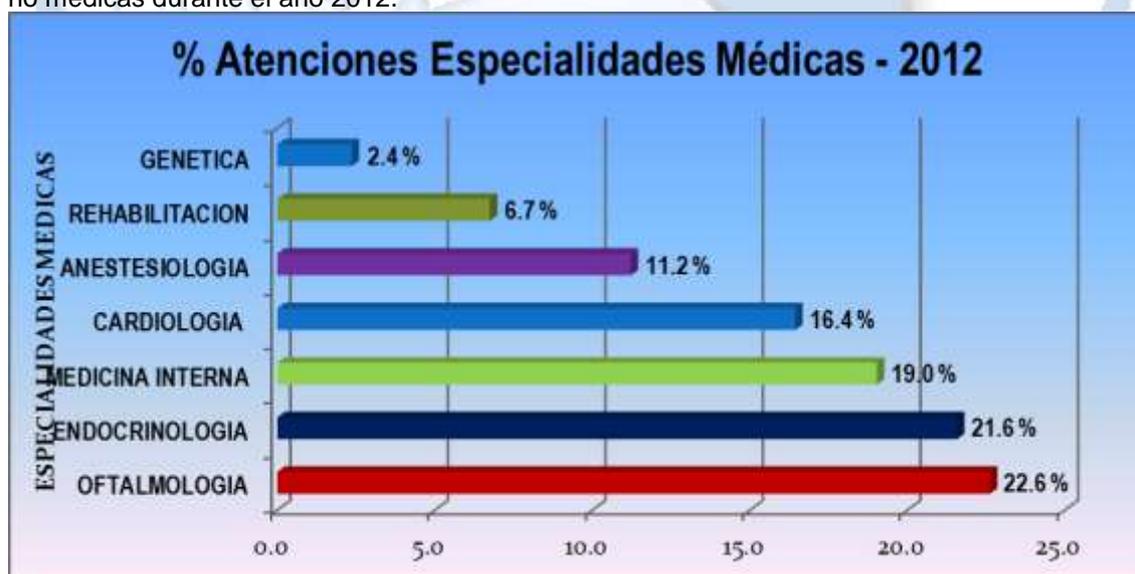
4.5.3 INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA

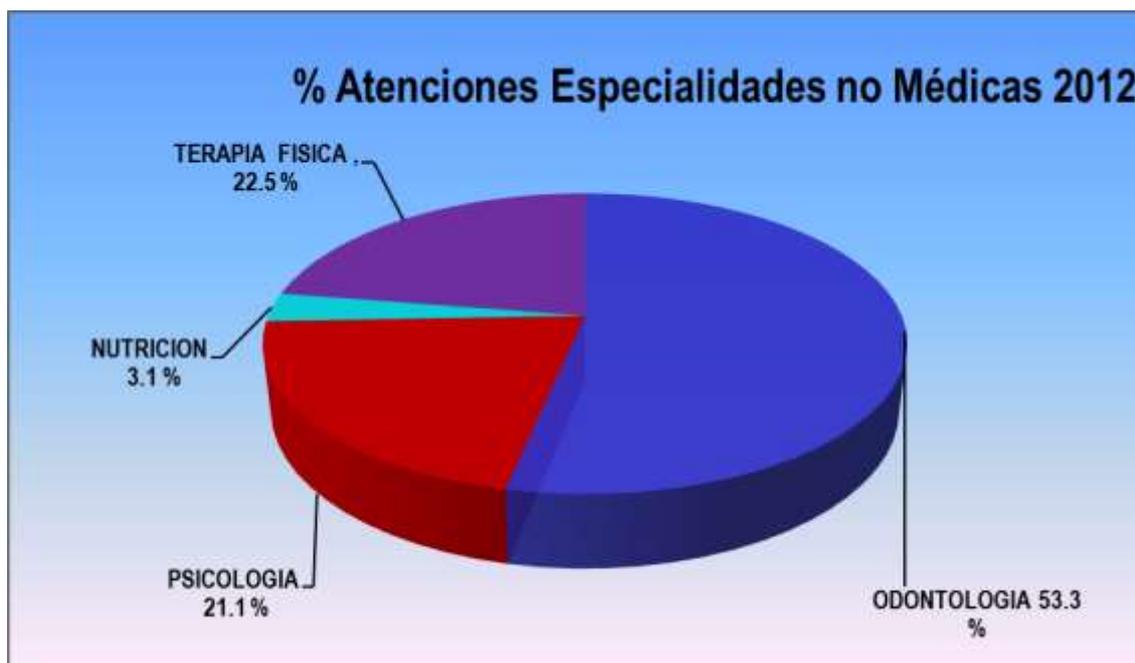
Atención por paciente

Como podemos ver la mayor parte de las pacientes que atendemos en consultorios externos acuden por control del embarazo o puerperio, siendo estas mismas pacientes las que acuden a los consultorios de especialidades médicas como interconsultas. El porcentaje de consultas pediátricas se vió disminuido por el cierre de consultorios para la remodelación de los mismos por casi la mitad del año.



En los siguientes gráficos vemos la distribución de las atenciones en especialidades médicas y no médicas durante el año 2012.





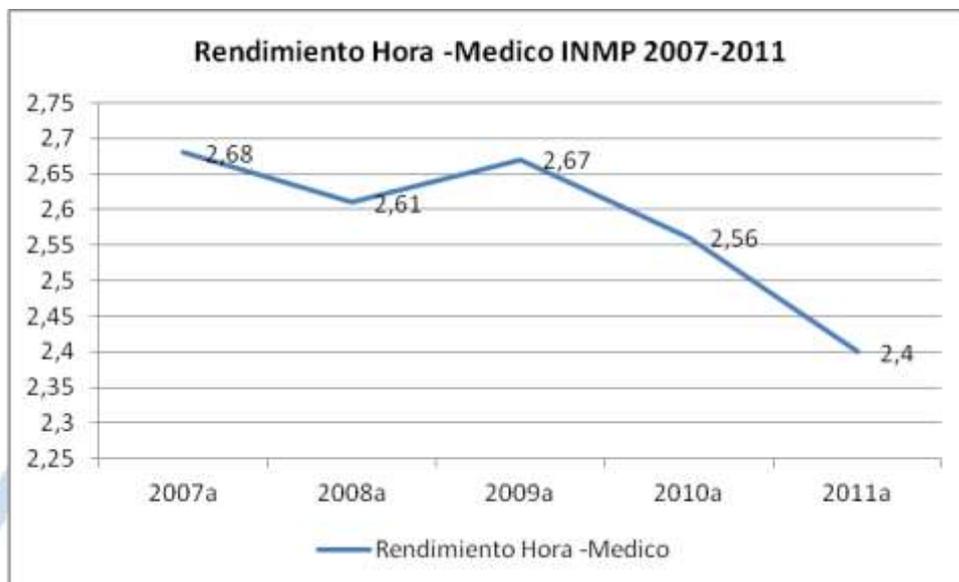
Concentración de consultas



Concentración de consultas:

Para el año 2,011 la concentración de consultas fue de 3.8 que significa que cada paciente en el año acude 3.8 veces, siendo el nivel óptimo para un Hospital de esta complejidad 5 de concentración, es decir que el paciente para resolver su problema de salud o controlarlo debe acudir en promedio 5 veces al año. En consecuencia se puede observar que la concentración de consultas en el INMP está debajo del estándar.

Rendimiento hora-médico:



Permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones por cada hora programada.

En el INMP en promedio general el rendimiento hora-médico es de 2.4 atenciones por hora, valor que se encuentra por debajo del estándar (4 atenciones por hora).

Tiempo promedio de espera para atención en consulta médica:

Ver informe de satisfacción del usuario(Calidad)

4.5.3.1 Recetas por consulta

Ver informe de satisfacción del usuario

4.5.4 INDICADORES DE CENTRO QUIRURGICO

4.5.4.1 Productividad en Sala de Operaciones

Como se observa en la siguiente tabla, en el INMP históricamente la mayor parte de intervenciones son de tipo obstétricas, y sólo un 1 % corresponden a intervenciones en neonatos.

Indicadores	2010		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Intervenciones Obstétricas operadas	7,256	78.54	7,058	79.53	7589	81.62
Intervenciones Ginecológicas operadas	1,878	20.3	1,703	19.2	1604	17.25
Pacientes Neonatales operados	105	1.14	114	1.28	105	1.13
Total de Intervenciones	9,239	100.0	8,875	100.0	9298	100.0

El 93% de las cirugías obstétricas realizadas en el 2012 correspondieron a cesáreas, presentándose un incremento de este tipo de intervenciones en relación a lo observado en los últimos años.

Por otro lado se observa que la mayor parte de procedimientos quirúrgicos realizados para casos de aborto en sala de operaciones correspondieron a legrados uterinos, y sólo en un 5% se realizaron AMEU, ya que las pacientes con diagnóstico de aborto que pasan a sala de operaciones son las que tienen gestaciones mayores a 13 semanas o que presentan complicaciones; mientras que las que no presentan complicaciones son manejadas en el servicio de Emergencia, como se verá más adelante.

INTERVENCIONES OBSTETRICAS	2009	2010	2011	2012
Cesáreas	7255	6755	6613	7095
Cesáreas	6428	5945	5936	6558
Cesáreas + histerectomía	17	16	10	49
Cesáreas + BTB	780	794	667	518
Colocación de cerclaje	8	6	4	8
Retiro de cerclaje	0	1	0	0
Complicaciones post Parto	128	101	90	121
Sutura de desgarros cervicales	22	18	17	24
Sutura de desgarros vaginales	50	45	33	61
Drenaje de hematoma vaginal	7	7	6	1
Debridación de hematoma subaponeurótico	14	16	16	9
Debridación de hematoma post cesárea	20	9	5	8
Legrado post parto	0	0	0	0
Extracción manual de placenta	15	6	13	18
Abortos	376	393	352	359
Legrado uterino por aborto	357	364	335	342
AMEU por aborto	17	29	19	18
LU_ por mola hidatiforme	2	0	0	1
TOTAL INTERVENCIONES	7767	7256	7058	7589

En lo referente a anticoncepción quirúrgica voluntaria, se nota una disminución considerable de este tipo de intervenciones, por lo que para el 2013 se está fortaleciendo toda la estrategia de planificación familiar (en la siguiente tabla sólo se consideran a los BTB de intervalo, no a los realizados durante cesárea que están en la tabla anterior).

INTERVENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2009	2010	2011	2012
BTB intervalo	234	235	130	119
Vasectomía	24	15	7	24
TOTAL INTERVENCIONES	258	250	137	133

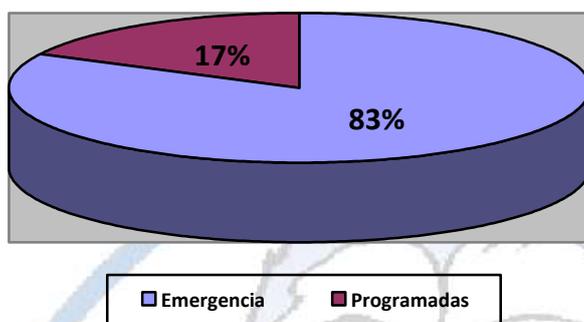
En las intervenciones ginecológicas se observa una disminución en los procedimientos tanto abdominales como vaginales si hacemos la comparación con los años anteriores; motivo por el cual se plantea fortalecer Infertilidad para el 2013, además de haberse capacitado a un buen grupo de Gineco Obstetras en cirugía laparoscópica, esperando que en los próximos años incremente este tipo de intervenciones.

INTERVENCIONES GINECOLOGICAS	2009	2010	2011	2012
Abdominales	833	796	851	791
Histerectomías Abdominales	284	253	250	253
➤ Histerectomía Abdominal total o sub total	222	224	197	217
➤ Histerectomía ampliada a vagina	42	25	50	36
➤ Histerectomía radical	20	4	3	0
Miomectomía	75	75	94	85
Cistectomía	134	132	145	128
Ooforectomía y/o Salpingectomía	211	237	240	243
Plastía tubárica	18	13	32	34
Otras cirugías Abdominales	115	82	95	47
Vaginales	212	199	156	152
Histerectomías vaginales	26	42	16	24
Colporrafia	139	117	109	105
Otras cirugías Vaginales	47	40	31	21
Cuello Uterino	46	36	33	23
Conización	28	33	26	13
Otras cirugías de cuello uterino	18	3	7	10
Laparoscopías	430	390	404	355
Laparoscopías Quirúrgicas	263	314	281	301
➤ Cistectomía laparoscópica	21	13	21	18
➤ Histerectomía laparoscópica	35	16	9	5
➤ Colectomía laparoscópica	1	0	0	2
➤ Plastía Tubarica laparoscópica	0	0	0	0
➤ Miomectomía laparoscópica	3	3	0	1
➤ Apendicectomía laparoscópica	3	0	0	0
➤ Otras laparoscopías quirúrgicas	199	282	251	274
Laparoscopías Diagnóstica	167	76	123	55
Histeroscopia Quirúrgica	115	85	26	54
Legrado uterino ginecológico	68	61	54	61
AMEU ginecológico	5	8	9	5
Mamas	38	53	33	48
Mastectomía	9	25	13	5
Otras cirugías de mamas	28	27	20	43
TOTAL INTERVENCIONES	2085	1878	1703	1604

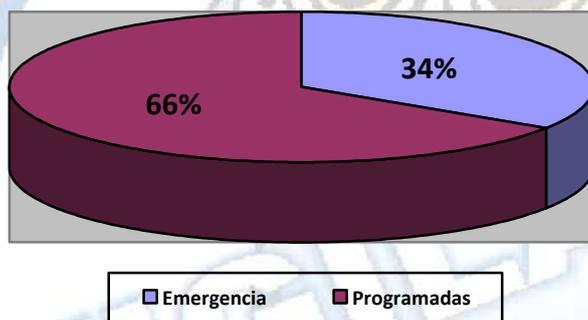
4.5.4.2 Porcentaje de Operaciones de Emergencia

Como se puede ver en los siguientes gráficos la mayoría de intervenciones obstétricas son realizadas como emergencia, y sólo un 17% se realizan en forma electiva, esto debido al grado de complejidad de las pacientes que son atendidas en el instituto. Lo contrario ocurre con las operaciones ginecológicas en cuyo caso la mayoría son realizadas en forma electiva.

Tipo de Intervenciones Obstétricas



Tipo de Intervenciones ginecológicas



4.5.5 INDICADORES DE CENTRO OBSTÉTRICO

A continuación detallamos los procedimientos realizados en el Centro Obstétrico durante el año 2012.

Procedimientos anteparto	N°	%
Inducciones	97	0.83
Acentuaciones	2708	23.44
Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	7844	67.9
Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto	885	7.66
Ecografía Obstetrica	44	0.38
Amnioscopia	8	0.07
Tocólisis	689	5.96
Tocólisis exitosa	556	4.81
Analgesia de parto	1631	14.12
Total de atendidas	11553	100

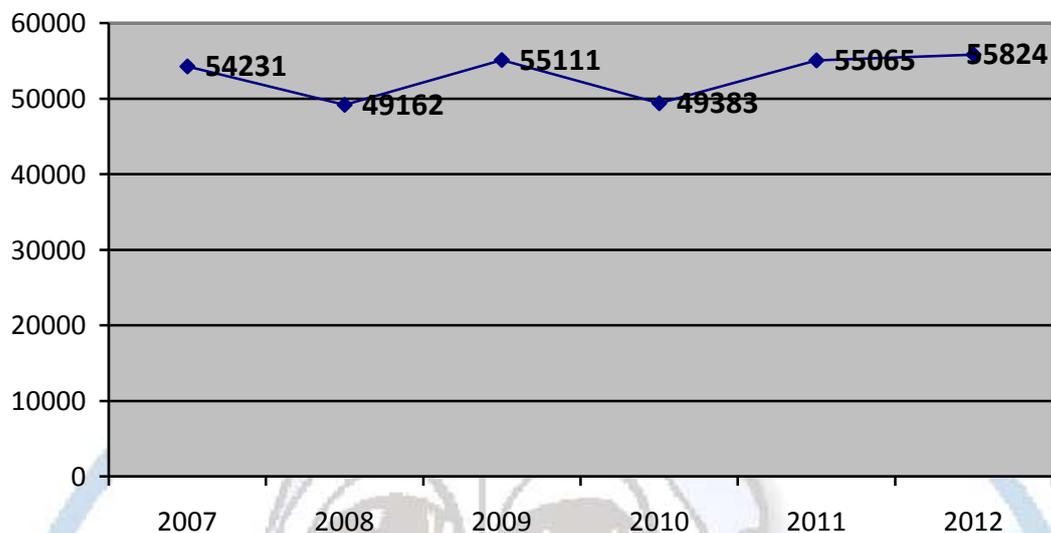
Partos vaginales	N°	%
Partos no complicados	8096	91.52
Partos complicados	750	8.47
Partos verticales	1239	14.0
Partos con acompañante	3967	44.8
Total de partos vaginales	8846	100.0

Complicaciones post parto vaginal	N°	%
Revisión de Canal del Parto	255	2.88
Legrado Uterino Puerperal	442	4.99
Episiotomías	4796	54.22
Extensión de Episiotomía	201	2.27
Desgarros Vaginales	323	3.65
Desgarros Cervicales	58	0.65
Hemorragia post parto: Hipotonías uterinas	75	0.84
Hemorragia post parto: Atonias uterinas	16	0.18
Hemorragia post parto: Desgarro Vaginal	29	0.33
Retención Placentaria	51	0.57
Total de partos vaginales	8846	100.0

4.5.6 INDICADORES DE EMERGENCIA

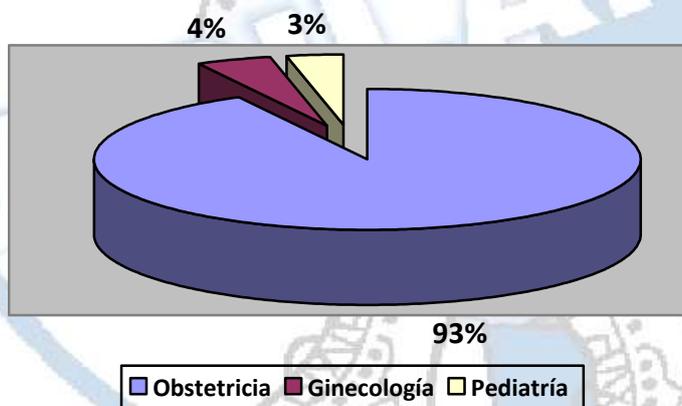
Indicadores	2011	2012
Atendidos	34,579	36586
Atenciones	55,065	55824
Concentración	1.6	1.5
Hospitalizados por Emergencia	18,947	19592
Ecografías	14,690	16866
AMEU	4,254	4139
LU	36	7
Partos	8	4

Atenciones en el Servicio de Emergencia 2007 - 2012



Como se puede ver en el siguiente gráfico la gran mayoría de las atenciones en emergencia corresponden a problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Distribución de las atenciones de emergencia por especialidad 2012



En las siguientes tablas se presentan los diagnósticos más frecuentes de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia por problemas de Obstetricia y Ginecología en el año 2012.

Diagnósticos Obstétricos más frecuentes		
DESCRIPCION	Nº	%
Falso trabajo de parto a las 37ss y >	18669	35.04
Amenaza de aborto	9055	17.00
Trabajo de parto en emergencia	4677	8.78
Falso trabajo de parto antes de las 37ss	4356	8.18
Aborto incompleto sin complicación	3001	5.63
cesareada anterior	2205	4.14
RPM	2005	3.76
Amenaza de parto pretérmino	1933	3.63
ITU en el embarazo/ Infección genital	1833	3.44
Otros diagnósticos	5544	10.41
Total	53,278	100.00

Diagnósticos Ginecológicos más frecuentes		
DESCRIPCION	Nº	%
Hemorragia vaginal y uterina anormal	810	31.81
Hemorragia vaginal y uterina disfuncional	246	9.66
Leiomiomatosis uterina	236	9.27
Dolor abdominal	176	6.91
Enfermedad inflamatoria pélvica	169	6.64
Atención post AMEU	106	4.16
AMEU insuficiente	75	2.95
Infección Urinaria	66	2.59
Otros diagnósticos	662	26.0
Total	2546	100.0

En la siguiente tabla se ve el destino que tuvieron las pacientes que ingresaron por emergencia del INMP.

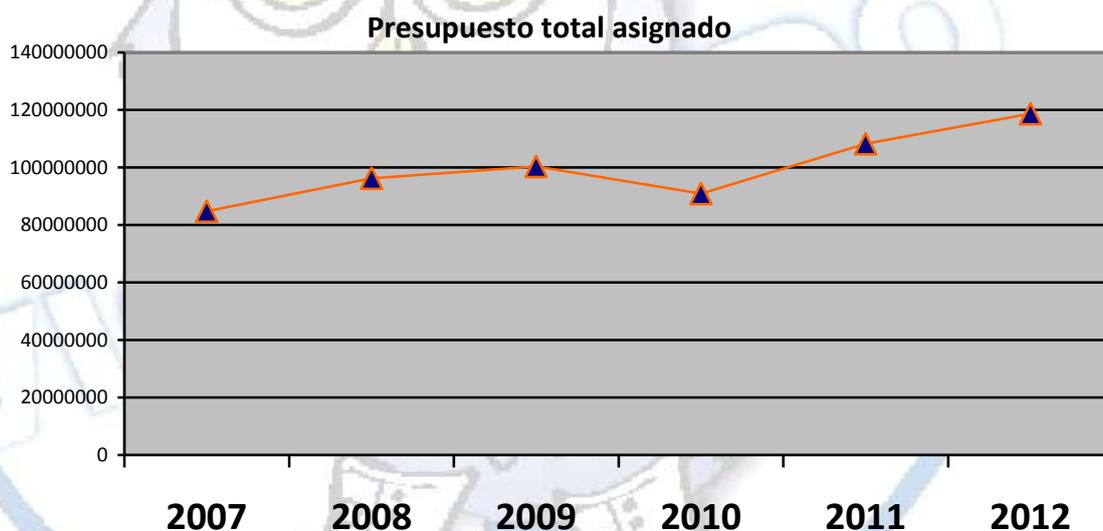
Destino de las pacientes hospitalizadas		
DESTINO	Total	%
Servicio de Hospitalización	9648	19.54
Centro Obstétrico	3140	6.36
Centro Quirúrgico	2567	5.20
UCI Materna	139	0.28
Sala Quirúrgica de Emergencia	3878	7.85
Reevaluación en Emergencia	15721	31.84
OTROS	14280	28.92
TOTAL	49373	100.00

4.6 ANALISIS DE COSTOS

Como se verá en las siguientes tablas y gráficos, tanto los ingresos, como la ejecución del presupuesto han aumentado en los últimos 5 años.

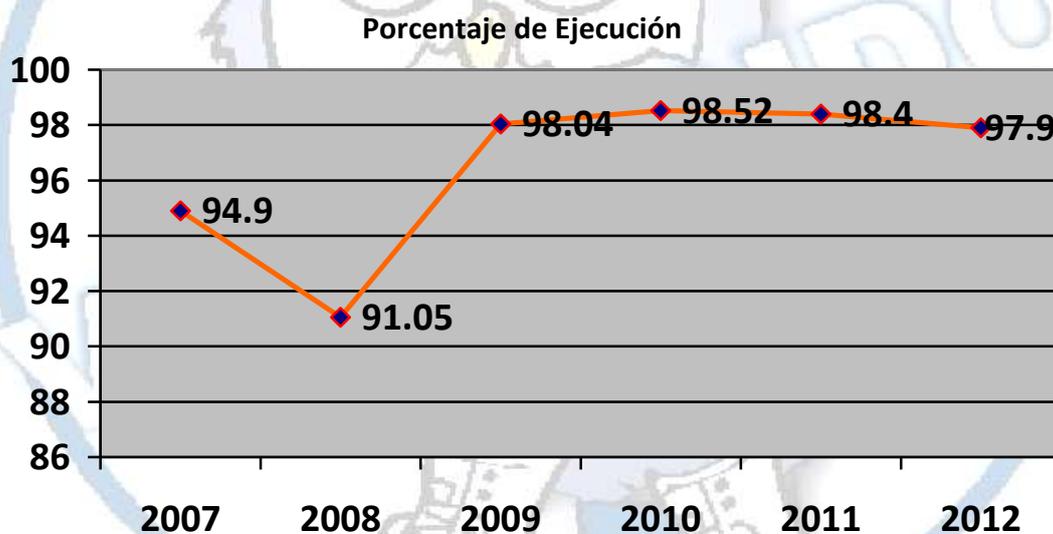
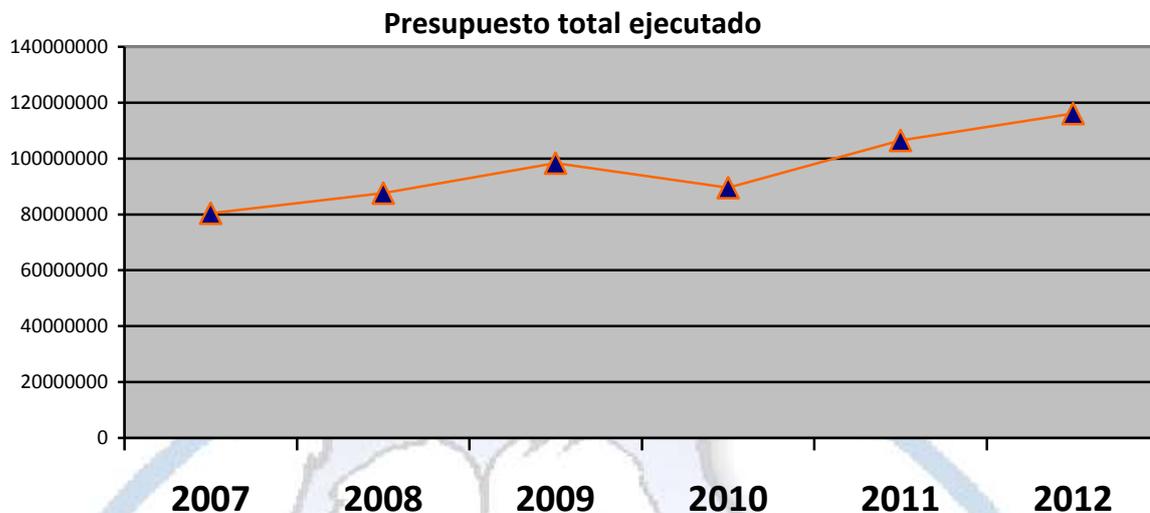
4.6.1 Presupuesto asignado

	Concepto	2008	2009	2010	2011	2012
PIM	RO	74'291,776	76'855,273	72'747,218	84'095,906	96'829,227
	RDR	13'637,993	13'709,673	11'864,265	19'562,281	17'457,545
	DYT	8'299,594	9'765,306	6'237,712	4'522,762	4'393,595
	Total	96'229,363	100'330,252	90'849,195	108'180,949	118'680,367



4.6.2 Distribución del presupuesto ejecutado

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RO	65'828,890	71'991,794	76'472,114	72'277,435	83'953,187	94'480,862
RDR	7'149,746	10'808,722	12'858,217	11'566,142	19'179,517	17'346,645
DYT	7'433,898	4'816,380	9'034,202	5'665,262	3'321,433	4'305,480
Total	80'412,535	87'616,898	98'364,535	89'508,840	106'454,139	116'132,988



Como se puede observar en las tablas anteriores la ejecución presupuestal de la institución ha ido aumentando en los últimos años, llegando a mantenerse cerca del 98% de ejecución en los 3 últimos años, el cual es un indicador adecuado del manejo administrativo de los recursos.

4.6.3 Servicio Social

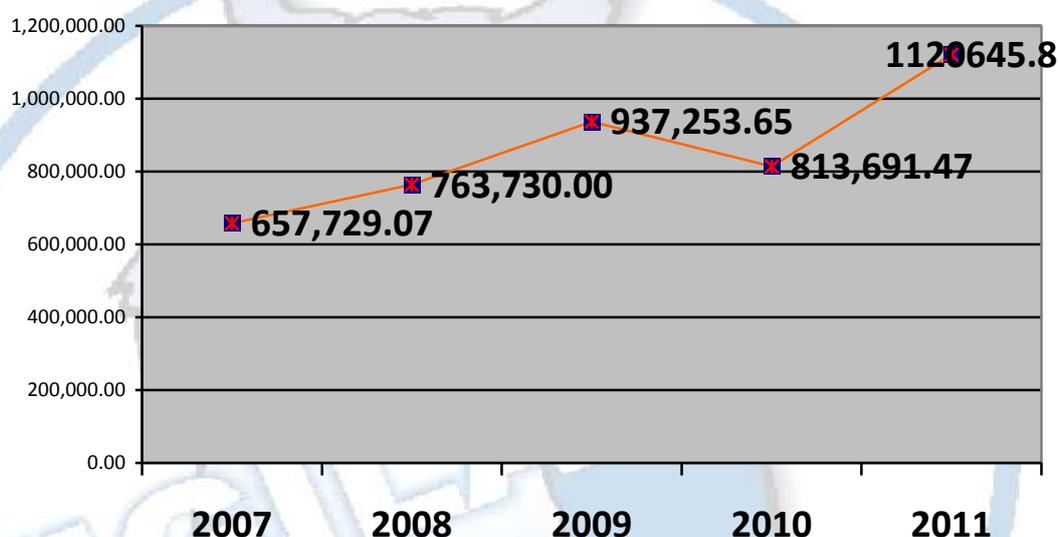
El Servicio Social del Instituto está conformado por un equipo de profesionales en trabajo social cuya misión es atender las necesidades sociales del paciente en la institución, buscando eliminar las barreras económicas, de información, culturales y sociales para lograr la continuidad del paciente en su tratamiento oncológico.

La actividad de Servicio Social tiene años de gestión en la institución: en general su tarea abordó – cuando fue posible – el seguimiento de casos de pacientes y localización de los mismos; no obstante debido al aumento de las necesidades sociales – sobretodo cuando se dispone de la infraestructura actual, la tarea de seguimiento fue

desplazada en gran parte con la necesidad de brindar exoneraciones de pagos a los pacientes y para ello, paso a la etapa de focalizar los recursos públicos lo mejor posible para otorgar exoneraciones de pagos a quienes lo requieran.

Esta modalidad de trabajo social consistió en atención diaria de pacientes y evaluar la necesidad de cancelación de boletas de pagos según capacidad económica. Esta actividad muy circunscrita a la necesidad del día y poco seguimiento y trabajo social de las necesidades adicionales del paciente, más allá de los pagos, pasó a ser una debilidad en la institución. En el siguiente gráfico podemos observar el aumento que han tenido las exoneraciones en la institución.

Exoneraciones en el INMP 2007 2011



4.7 Evaluación de la satisfacción del usuario.

La evaluación de satisfacción del usuario se puede basar en 2 aspectos, como son las quejas que presentan los usuarios y mediante encuestas de satisfacción, esta información ha sido proporcionada por la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP.

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del número de formatos de quejas recepcionados desde el 2007 (fecha en que se oficializa el Sistema de Quejas y Sugerencias institucional) hasta el 2012. Existiendo un incremento notorio en el periodo 2009 debido a que en ese año se inicia el trabajo de la Defensora de la Salud y Transparencia recepcionan quejas y reclamos a través de un responsable.



Los tres primeros motivos de quejas fueron: Maltrato (27%), Falta o indebida atención (24%) y Tiempo de espera prolongado (15%).

Las áreas con mayor número de quejas para el segundo trimestre fueron el Servicio de Emergencia (15%), seguido por el Servicio de Consulta Externa de Gineco Obstetricia y Clínica (Servicio de tarifario diferenciado) con el 7% cada uno.

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

El objetivo fue determinar la calidad de atención percibida por las usuarias que acuden al servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de febrero y marzo del 2011.

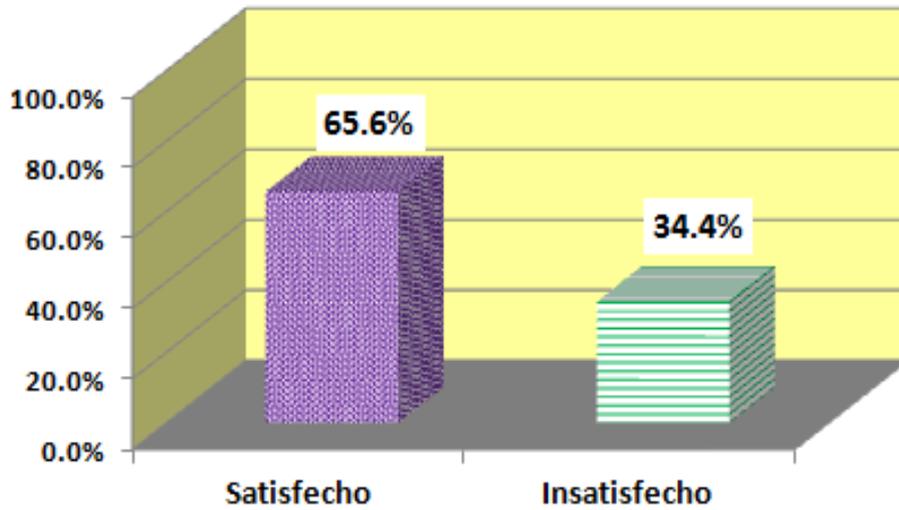
El instrumento SERVQUAL modificado incluye 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidos de modo que evalúa las cinco dimensiones de la calidad:

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

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

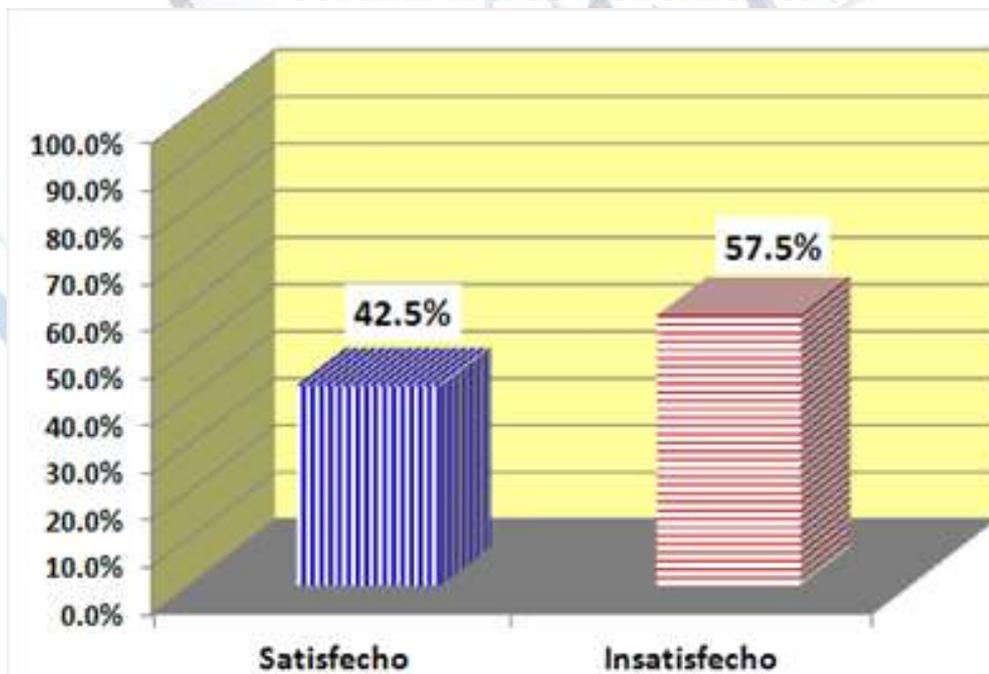
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS INMP 2012

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN



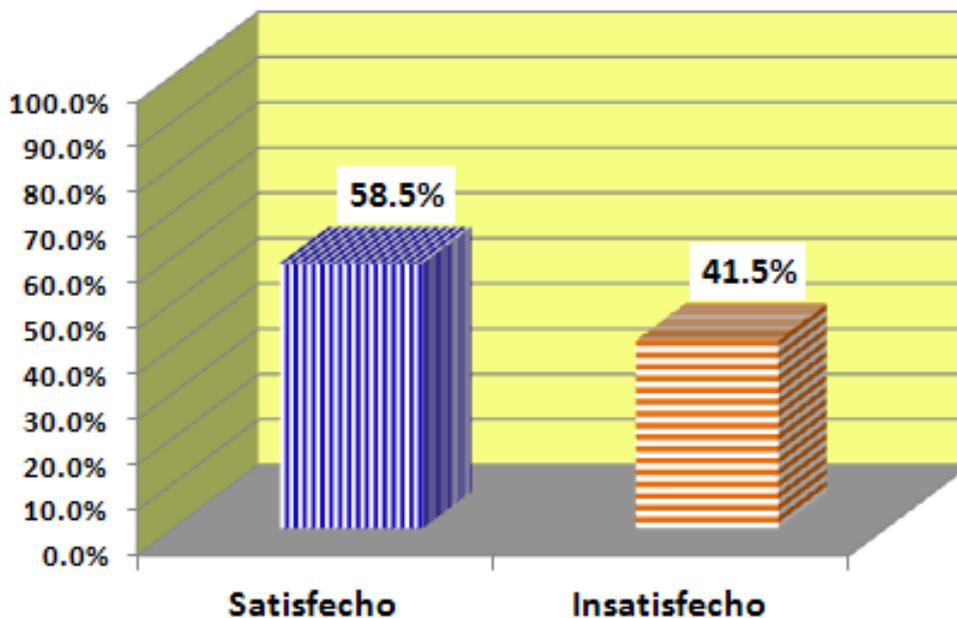
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVICIO DE EMERGENCIA INMP 2012

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN INMP 2012

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN



Como se puede ver hay mayor grado de insatisfacción en los usuarios que acuden al servicio de emergencia, lo que puede estar en relación a la mayor premura en la atención que tienen estas pacientes, y el mayor estrés y carga laboral que habitualmente tiene el personal de salud que labora en los servicios de emergencia.

Para lograr mejoras en la satisfacción del usuario se han socializado los resultados en reunión del equipo de gestión del INMP, así como con las diferentes áreas de la institución, cuando se realizaron talleres para los planes operativos institucionales.

Además el INMP ha conformado un Comité para que se encargue de la implementación de un programa de Humanización de la Atención Obstétrica y Neonatal, con el que se espera se logre una mejor comunicación con los usuarios, y de esta manera se logre un mayor grado de satisfacción.