

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
“Año de la Consolidación del Mar de Grau”



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

AÑO 2015.

Índice

	Pág.
PRESENTACION	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I.- METODOLOGIA	
I.1.- Metodología de Trabajo	6
I.2.- Antecedentes históricos	7
I.3.- Conceptos filosóficos	8
CAPITULO II.- ANÁLISIS SOCIODEMOGRAFICO	
II.1. Perfil sociodemográfico de los usuarios	9
II.1.1. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.	9
II.1.2. Perfil de la población por edad.	14
II.1.3. Perfil de la población por estado civil	15
II.1.4. Perfil de la población por grado de instrucción	15
II.1.5. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.	16
CAPITULO III.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA	
III.1. Morbilidad Hospitalaria.	
III.1.1. Egresos hospitalarios.	21
III.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.	
III.2.1. Ginecología	21
III.2.2. Obstetricia	22
III.2.3. Neonatología.	24
III.3. Morbilidad en Consultorios externos.	
III.3.1. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.	25
III.3.2. Morbilidad en Consultorios de Ginecología	26
III.3.3. Morbilidad en Consultorios de Pediatría	27
III.4. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.	
III.4.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.	29
III.4.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.	29
III.4.3. Vigilancia de Tuberculosis.	30
III.4.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.	31
III.4.5. Vigilancia de Brotes.	32
III.4.6. Morbilidad Materna Extrema.	32
III.5. Infecciones Intrahospitalarias.	
III.4.1. Servicio de Obstetricia	33
III.4.2. UCI Materna.	35
III.4.3. Neonatología.	36
III.6. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	39

III.7. Mortalidad Hospitalaria.	
III.7.1. Mortalidad Materna.	41
III.7.2. Mortalidad Perinatal.	45
III.7.2.1. Muerte Neonatal.	45
III.7.2.2. Óbitos Fetales.	48
III.8. Evaluación de la satisfacción del usuario.	50
CAPITULO IV.- ANÁLISIS DE LA OFERTA	
IV.1. Descripción del establecimiento	53
IV.2. Ubicación geográfica del INMP.	53
IV.3. Superficie Territorial del INMP	54
IV.4. Infraestructura del INMP.	55
IV.4.1. Área de Hospitalización.	55
IV.4.2. Consultorios externos.	56
IV.4.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón.	58
IV.5. Cartera de Servicios del INMP.	59
IV.6. Organigrama del INMP.	61
IV.7. Recursos Humanos.	62
IV.8. Análisis según UPSS	
IV.8.1. UPSS Emergencia	65
IV.8.2. UPSS Hospitalización	68
IV.8.2.1. Hospitalización de Obstetricia.	68
IV.8.2.2. Hospitalización de Ginecología.	71
IV.8.2.3. Hospitalización de Neonatología.	72
IV.8.3. UPSS Centro Quirúrgico.	74
IV.8.4. UPSS Centro Obstétrico.	78
IV.8.5. UPSS Consultorios externos	79
IV.8.5.1. Consultorios de Obstetricia.	80
IV.8.4.2. Consultorios de Ginecología.	81
IV.8.4.3. Consultorios de Neonatología.	82
IV.8.4.4. Consultorios de Especialidades Médicas.	82
IV.8.4.5. Consultorios de Especialidades No Médicas.	84
IV.9. Análisis presupuestal.	84
CAPITULO V.- BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA	86
CAPITULO VI. LINEAS DE INTERVENCION	88

Presentación

El Instituto Nacional Materno Perinatal es una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, por ello, se hace necesario conocer la realidad hospitalaria a fin de generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales, con énfasis en el proceso de toma de decisiones. La disponibilidad de información actualizada al 2015 es producto de fuentes secundarias en los diversos sistemas de información del establecimiento siendo condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la realidad hospitalaria, en la toma de decisiones basada en evidencia.

La confección de esta herramienta de análisis, servirá de manera decidida para la obtención de datos relevantes basados en las virtudes de un criterio científico en su contexto habitual, lo cual le otorga un reconocido e histórico valor al esfuerzo desplegado por el área de Epidemiología, convirtiendo este en lectura de consulta permanente y obligada en la toma de decisiones, con la esperanza de lograr el anhelado cambio organizacional y la erradicación de los factores que impiden un crecimiento sostenido en la atención de salud de nuestra población materno perinatal, en este franco proceso de descentralización de las regiones y de implementación del aseguramiento universal de la salud para todos los peruanos.

Es así que este instrumento pretende llenar vacíos de información para articular acciones gerenciales en los diversos niveles asistenciales y administrativos de nuestro instituto.

En conclusión tenemos nuevos retos relacionados con el aumento de la demanda y el cambio del perfil epidemiológico, los cuales requieren de parte nuestra institución un mejoramiento de nuestra oferta, en materia de recursos y procesos durante los próximos años.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

La disponibilidad de información actualizada al 2015 es producto de fuentes secundarias en los diversos servicios de la institución siendo condición indispensable, en la toma de decisiones para la planificación de la infraestructura, recursos humanos, materiales, equipamiento, insumos etc. indispensable para responder a la misión y visión institucional y a las políticas y programas de salud pública. Es así que este estudio pretende llenar vacíos de información para articular acciones gerenciales en los diversos niveles asistenciales y administrativos de nuestro hospital

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

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



CAPITULO I: METODOLOGIA

1.1 Metodología de Trabajo

El Análisis epidemiológico de oferta y demanda del INMP es una herramienta fundamental en el nivel hospitalario, para la toma de decisiones. El ASIS 2015, se elaboró teniendo como modelo la Directiva Sanitaria N° 01 DISAV LC /OEPI – V.01 – 2011: “Elaboración del análisis de situación de salud Hospitalario (ASIHO), refrendada por la RD N° 454/2011-DG – EPI – DISAV – LC. del 25 de mayo del 2011, así como la propuesta de documento técnico “Análisis epidemiológico de oferta y demanda en establecimientos de salud con internamiento”, de la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Para la elaboración del Análisis de Situación de la Demanda y la Oferta en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015, se conformó el Comité de Análisis Hospitalario 2015 con RD. N°con participación de los siguientes Departamentos / Oficinas: Epidemiología y Salud Ambiental, Planificación, Consulta Externa, Cirugía, Medicina, Pediatría y Gineco Obstetricia, quienes aportaron con información actualizada.

La unidad de análisis elegida para el análisis serán las unidades productoras de servicios de salud (UPSS). Se estableció un cronograma de trabajo con reuniones de gabinete con los miembros del Comité, a fin de identificar en conjunto identificar la priorización de las necesidades. La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA), consideró elaborar el

documento en base de seis fuentes de datos e información, como son: a) El Censo de Población y Vivienda del Año 2007; b). Base de datos de la Oficina de Estadística e Informática; c) Estrategias Sanitarias trazadoras; d) Departamentos y Oficinas; e) Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. La información fue recopilada y contrastada por varias fuentes, consolidada y verificada. Se realizó procesamiento y análisis descriptivo de la data. Se utilizó códigos internacionales para la elaboración de la morbilidad y mortalidad. Asimismo, se presenta información recopilada con formatos aprobados y definiciones operacionales normadas. Asimismo, resultados de encuestas realizadas en el establecimiento

I.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el Siglo XXI

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

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

Finalidad:

Contribuir a la mejora de la gestión sanitaria del Instituto Nacional Materno Perinatal, mediante la generación de información estratégica, oportuna y de calidad en el marco de la Política Nacional de la Modernización de la gestión pública

I.3.-Conceptos filosóficos institucionales

Visión:

En el año 2016 el INMP habrá contribuido con la disminución de la morbilidad materna 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, basada en el desarrollo del potencial humano y tecnológico, mejorando localmente 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 con los usuarios y la institución

Misión:

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

Valores:

- Inclusión social
- Compromiso con los usuarios y la institución.

CAPITULO II.- ANALISIS SOCODEMOGRAFICO

II. 1. Perfil sociodemográfico de los usuarios

II. 1. 1. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.

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

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

Tabla N° 1. Procedencia de pacientes en Consultorios Externos. INMP. 2015.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMA	20290	11.7%
SAN JUAN DE LURIGANCHO	42105	24.3%
ATE	10363	6.0%
LA VICTORIA	9387	5.4%
SAN MARTIN DE PORRES	7595	4.4%
EL AGUSTINO	8662	5.0%
VILLA EL SALVADOR	7459	4.3%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	6691	3.9%
SANTA ANITA	6409	3.7%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	5069	2.9%

RIMAC	4311	2.5%
CHORRILLOS	4647	2.7%
COMAS	4696	2.7%
LOS OLIVOS	3941	2.3%
SANTIAGO DE SURCO	2872	1.7%
PUENTE PIEDRA	2923	1.7%
INDEPENDENCIA	2544	1.5%
SAN LUIS	1826	1.1%
PACHACAMAC	2264	1.3%
CALLAO	1722	1.0%
CARABAYLLO	1749	1.0%
OTROS DISTRITOS	15680	9.1%
TOTAL	173205	100.0%

Tabla N° 2. Procedencia de pacientes en Hospitalización. INMP. 2015.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SAN JUAN DE LURIGANCHO	7094	25.4%
LIMA	1487	5.3%
LA VICTORIA	1284	4.6%
EL AGUSTINO	1162	4.2%
CHORRILLOS	1093	3.9%
ATE	1759	6.3%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1511	5.4%
VILLA EL SALVADOR	1362	4.9%
COMAS	852	3.1%
LOS OLIVOS	663	2.4%
SAN MARTIN DE PORRES	1187	4.3%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	1011	3.6%
PACHACAMAC	564	2.0%
LURIGANCHO	531	1.9%
INDEPENDENCIA	486	1.7%
SANTA ANITA	989	3.5%
PUENTE PIEDRA	547	2.0%
RIMAC	615	2.2%
LURIN	342	1.2%
SANTIAGO DE SURCO	598	2.1%
CARABAYLLO	354	1.3%
LA MOLINA	197	0.7%
SAN LUIS	291	1.0%
OTROS DISTRITOS	1918	6.9%
TOTAL	27897	100.0%

De lo observado en las Tablas 1 y 2, se encontró que la mayor parte de pacientes que acuden al INMP proceden del distrito de San Juan de Lurigancho y del Cercado de Lima. El 24.3 % de nuestras usuarias son del distrito de San Juan de Lurigancho y el 11.7% del Cercado de Lima, pero la atención especializada que requieren hospitalización las recibe en su mayoría las pacientes de San Juan de Lurigancho con un 25.4%.

DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

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



El distrito de San Juan de Lurigancho representa el 10.64 % de la población de Lima Metropolitana (Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao) y su volumen poblacional es cercano o mayor a los departamentos como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Moquegua, etc. San Juan de Lurigancho es el distrito más poblado de Lima Metropolitana y el Perú.

Aspectos Geográficos del distrito de San Juan de Lurigancho.

Ubicación Geográfica: Está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, se desarrolla desde la margen derecha del río Rímac Hacia las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueado hacia el este por divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería; por el oeste la divisoria la definen los Cerros Balcón, Negro, Babilonia.

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

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

Morfología: Caracterizado por ser una zona de micro cuencas, con suelos pobres, de material erosionado y meteorizado que se ha depositado en las zonas de menor elevación. Las laderas que circundan las cuencas se

encuentran en proceso erosionable, no solo por el clima seco sino por acción del hombre.

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

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

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

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

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

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



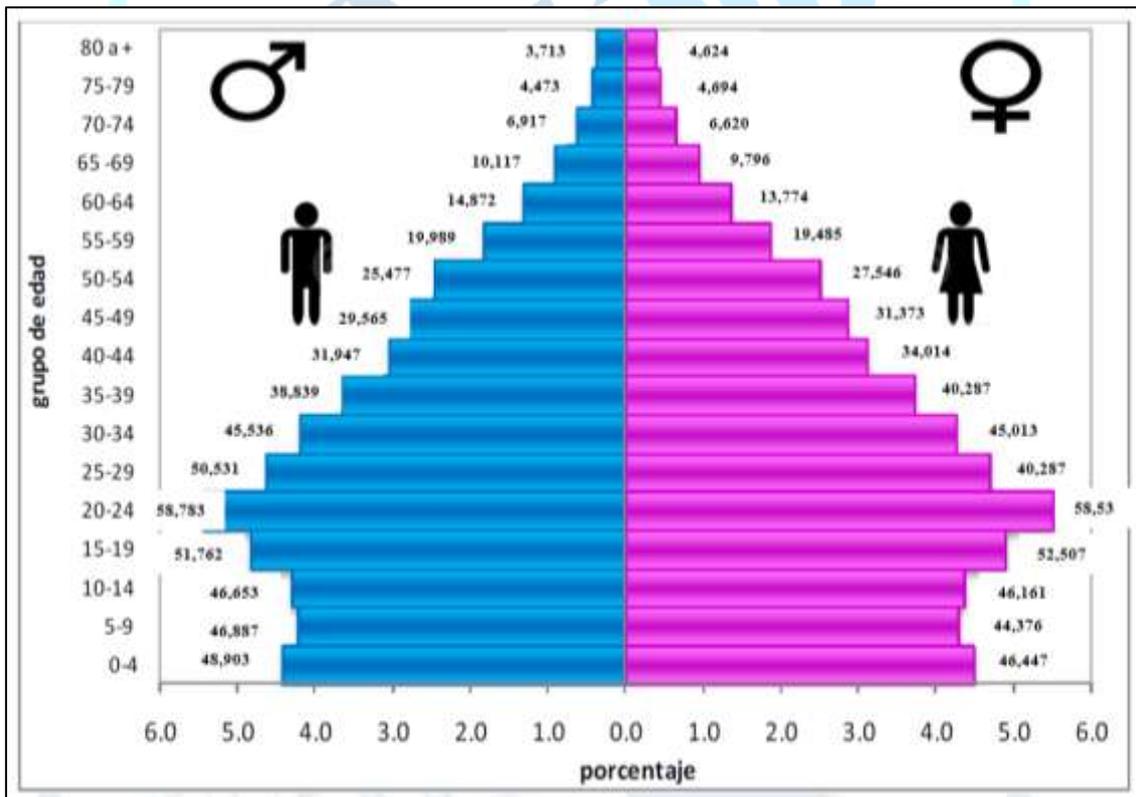
Fuente: Boletín informativo del Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda del distrito de S.J.L.

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

INDICADORES	TOTAL	%
Población total	898,443	100.0
Población urbana	898,443	100.0
Población rural	-	-
Mujeres	449,532	50.03
Hombres	448,911	49.97
Edad Promedio	27.9	-
Población Adulta Mayor (60 a mas años)	58,370	6.5
Población Migrante (por lugar de nacimiento)	491,786	54.7
Población Migrante (por lugar de residencia 5 años antes)	128,327	15.7

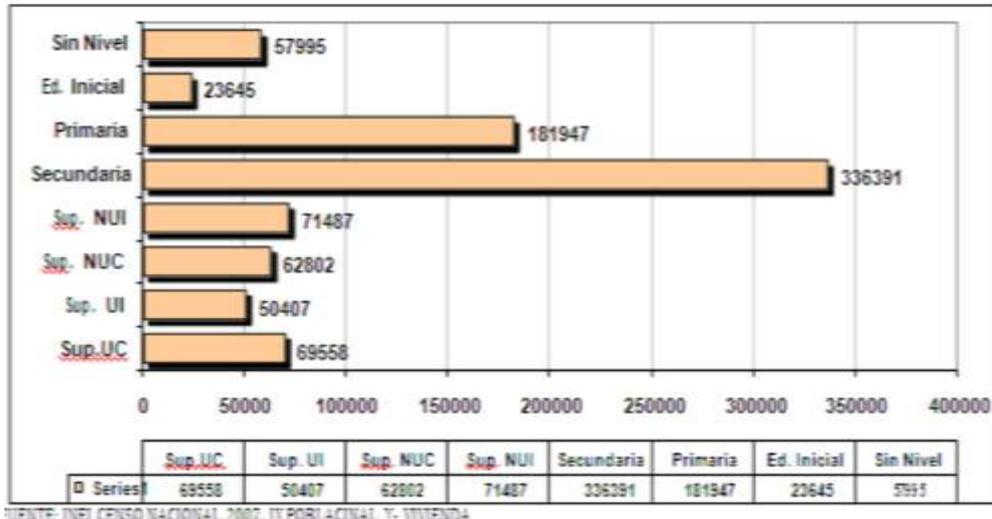
Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Gráfico N° 4. Pirámide Poblacional de San Juan de Lurigancho.



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

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

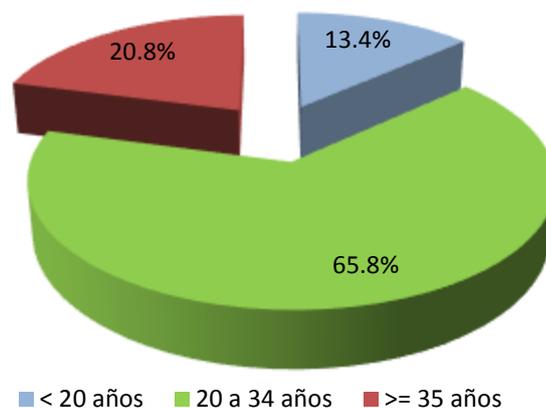


II.1. 2. Perfil de la población por edad.

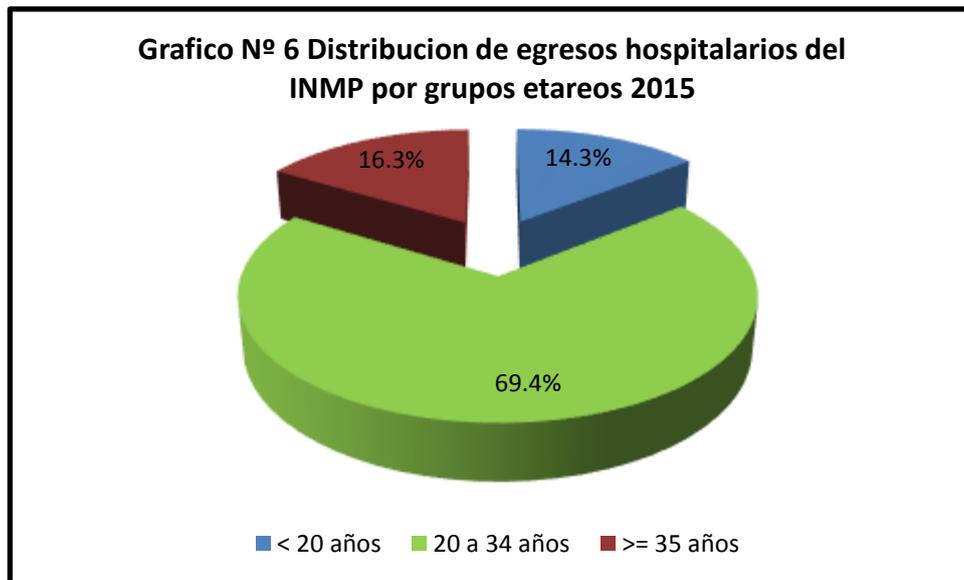
En los gráficos 5 y 6 se puede observar que el grupo etáreo de la población que acudió para la atención en Consultorios Externos y hospitalización Obstétrica y Ginecológica durante el 2015 fue en gran mayoría el grupo de 20 a 34 años, la población en edad fértil. Sin embargo debemos hacer notar que el grupo de mujeres con edades mayores a 35 años se ha incrementado en la última década, fenómeno que podemos llamar, la transición epidemiológica de la salud materna en Lima. Las mujeres están retrasando la maternidad debido a su inclusión en la vida económica del Perú.

El grupo de mujeres adolescentes que atendimos en el año 2015 correspondió al 13.4% en consulta externa y 14.3% de las pacientes hospitalizadas, en obstetricia, manteniéndose en años anteriores.

Gafico N° 5. Distribucion de pacientes que acuden a consultorio externo de INMP por grupo etareo 2015



Fuente: Estadística 2015

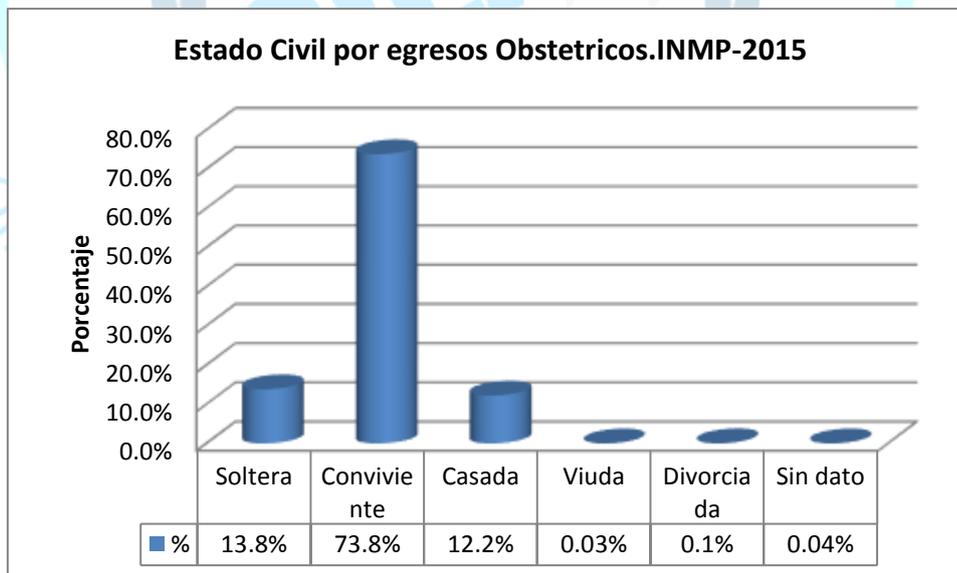


Fuente: Estadística 2015

II.1.3. Perfil de la población por estado civil.

En el gráfico 6 observamos que el 73% de nuestras usuarias en el área de Hospitalización son convivientes y 12% casadas, el 86% de nuestras pacientes tienen unión estable.

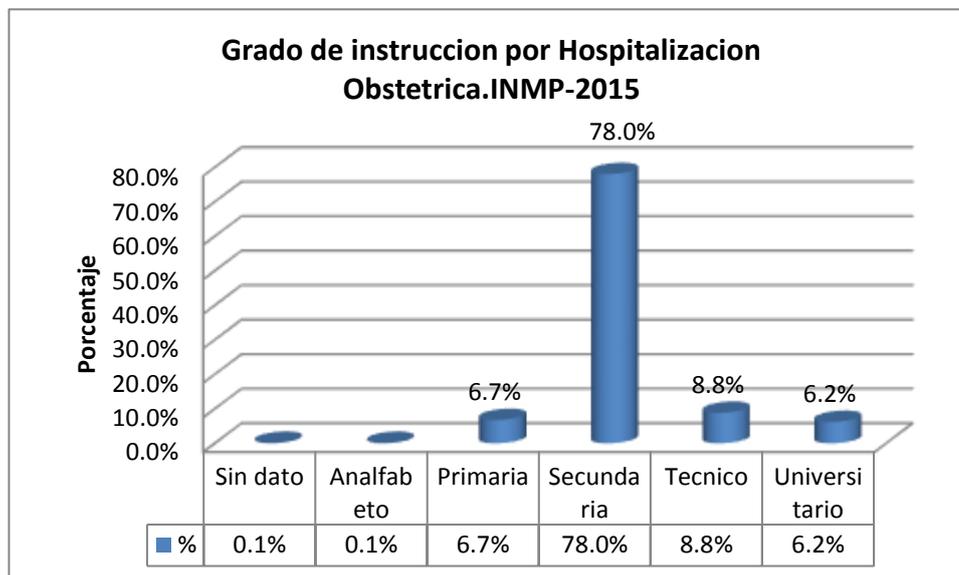
Gráfico N° 7. Distribución de pacientes hospitalizados en el INMP por estado civil.



II.1.4. Perfil de la población por grado de instrucción

En el gráfico N° 7 vemos que la población que acude al INMP en un 78% tiene instrucción secundaria, y el 93% corresponden a mujeres que tienen educación secundaria o mayor a esta.

Gráfico N° 8. Distribución de pacientes hospitalizadas en el INMP por grado de instrucción.



II.1.5. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.

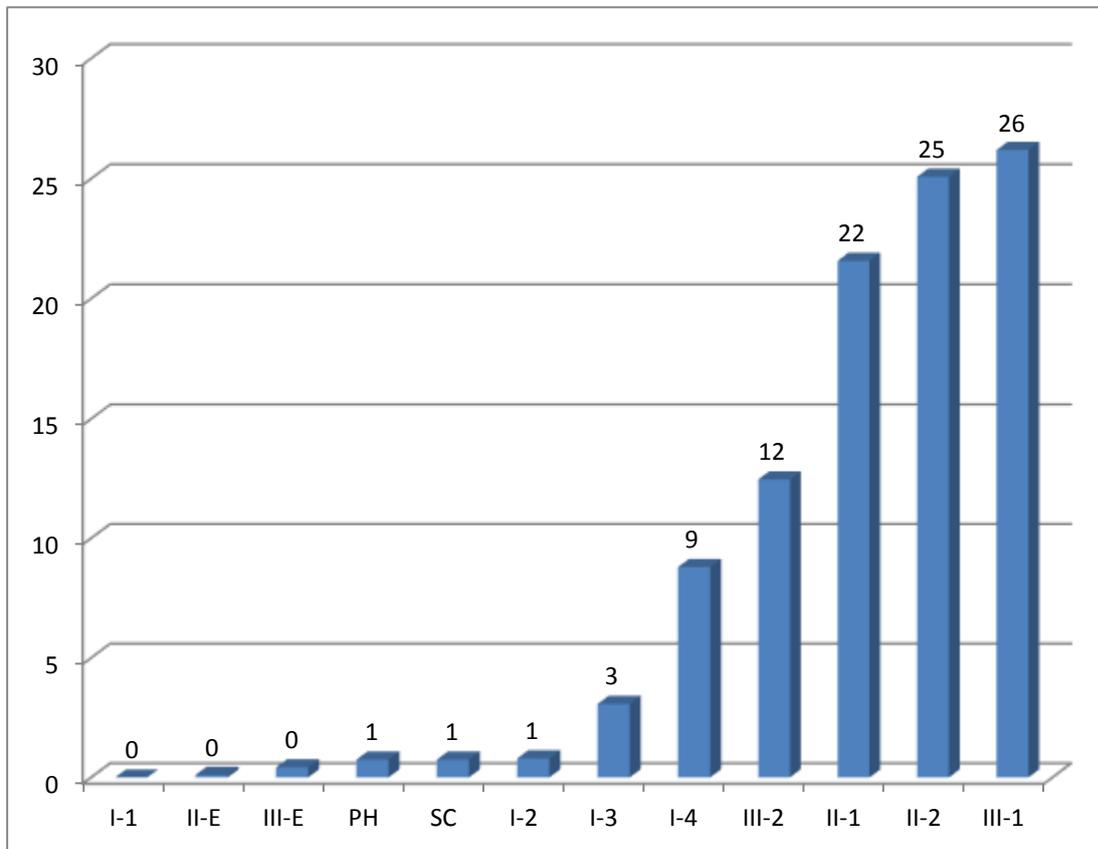
El sistema de referencia y contrarreferencia en Lima ha mejorado progresivamente con la participación de los médicos del CENARUE, quienes se encargan de hacer las coordinaciones respectivas con los establecimientos que nos refieren pacientes, permitiendo un manejo previo más adecuado, y preparando al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

Debido a dificultades la información presentada es del año 2015. Así, la Oficina de CENARUE del INMP recibió un total de 1886 solicitudes de referencia aceptadas en el INMP.

La mayor parte de las solicitudes de referencia corresponden a gestantes y neonatos. Casi la totalidad de las solicitudes de referencia necesitaban atención por emergencia.

En el gráfico N° 9, distribución de la solicitud de referencia según el nivel de complejidad del establecimiento de origen. En ella podemos observar que el nivel III-1 es quien más refirió, desplazando al segundo lugar al nivel II-2 en referencia al año 2014 y en tercer lugar se encuentra el nivel II-1.

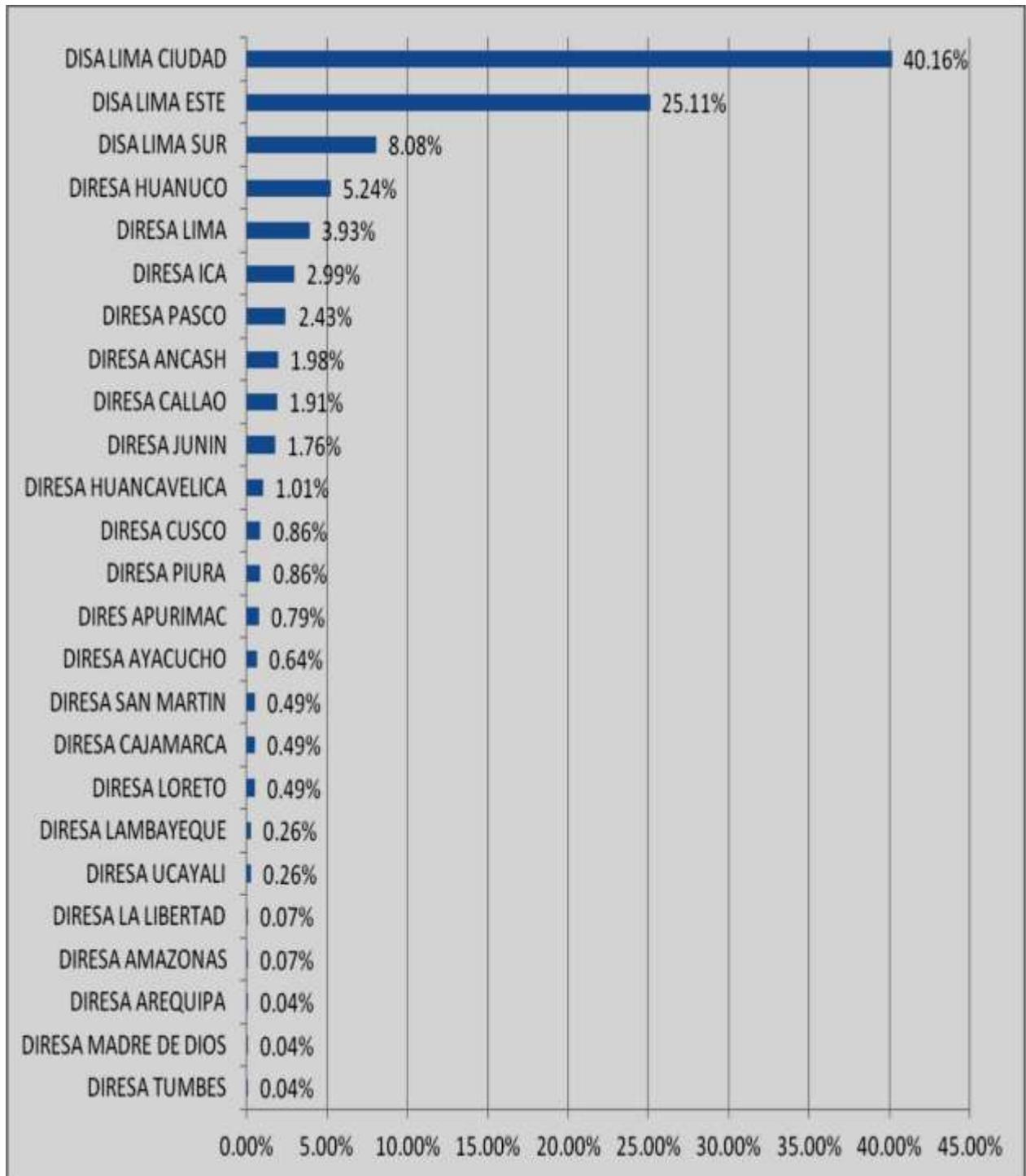
Gráfico N° 9. Distribución de solicitud de referencia según tipo de establecimiento de origen.



Fuente: Base de datos UCR INMP 2015

En el gráfico N° 10 vemos la distribución de las solicitudes de referencia según la procedencia.

Gráfico N° 10. Distribución de solicitud de referencia según procedencia. INMP 2015



Fuente: Base de datos UCR INMP 2015

Tabla N° 5. Solicitudes de referencia según especialidad médica.2015

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

Tabla N° 6. Distribución de las referencias según patología.2015

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



CAPITULO III.- DEMANDA HOSPITALARIA

III.1. Morbilidad Hospitalaria.

III.1.1. Egresos hospitalarios..

Se ha observado un aumento progresivo de los egresos hospitalarios en Gineco Obstetricia y en Neonatología en relación a los años anteriores, por la ampliación del seguro integral.

Tabla N° 7. Egresos hospitalarios por servicios, periodo 2010 - 2015

Servicio	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Servicio obstétrico	18885	16669	17864	17532	18821	22600
Servicio clínica	2540	2940	3193	3410	2105	2567
Servicio ginecológico	1266	1150	1165	1187	890	1485
UCI Materno	19	17	14	5	14	14
UCI Neo	467	473	477	450	330	440
Intermedio	2101	2317	2363	2597	2787	2433
Alojamiento conjunto	12	28	5	28	64	67
Total	25290	23594	25081	25209	25011	29606

III.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.

III.2.1. Ginecología

La mayoría de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología tienen cirugías electivas; siendo el embarazo ectópico y la Miomatosis Uterina la patología más frecuente con 14.6 % y 14.3 % respectivamente

En el año 2015 el problema de infertilidad de causa tubárica estuvo en primer lugar como patología más frecuente, sin embargo para el 2014 el embarazo ectópico se encontraba en segundo lugar.

Tabla N° 8. Principales Diagnósticos Egreso Ginecología 2012 - 2015

Diagnóstico de Egreso	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Miomatosis uterina	233	20.3	241	20.4	141	15.8	211	14.3
Infertilidad femenina de origen tubárico	101	8.8	115	9.8	38	4.3	90	6.1
Quiste ovárico	88	7.7	84	7.1	46	5.2	73	5.3
Embarazo ectópico	54	4.7	60	5.1	99	11.1	217	14.6
Prolapso genital	48	4.2	53	4.5	46	5.2	67	4.5
Pólipo del Cuerpo del útero	46	4	51	4.3	5	0.6	32	2.2
Adherencias peritoneales pélvicas femeninas	41	3.6	48	4.1	4	0.4	4	0.3
Hiperplasia Endometrial	39	3.4	34	2.9	21	2.4	39	2.6
Displasia cervical	33	2.9	25	2.1	4	0.4	21	1.4

III.2.2. Obstetricia

La mayor parte de pacientes que tienen hospitalización en los Servicios de Obstetricia son por motivo de trabajo de parto, sin embargo muchos de ellos presentan complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio. En la tabla N° 9 observamos los principales diagnósticos de patología obstétrica de los últimos 4 años.

Tabla N° 9. Diagnósticos de patología obstétrica de Egreso en el INMP. 2012 – 2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Infecciones maternas	2449	12.86	2510	12.6	1576	7.5	2704	13.5
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1572	8.26	1611	8.1	1197	5.6	1460	7.3
Aborto	885	5	669	3.5	567	2.7	707	3.5
Hemorragia Obstétrica	562	2.95	589	3	875	4.1	675	3.4
Total de Egresos	19031	100	19950	100	21079	100	20020	100

Las patologías que vemos con más frecuencia entre las gestantes hospitalizadas son los problemas de hemorragias obstétricas y las infecciosas, correspondiendo a pacientes que presentan ruptura prematura de membranas (RPM). Otra causa importante de hospitalización de gestantes son los Trastornos Hipertensivos del embarazo, correspondiendo al 6.1% de las pacientes obstétricas hospitalizadas. Los abortos corresponden al 5.3% de las pacientes obstétricas hospitalizadas, sin embargo debemos mencionar que la mayor parte de los casos tienen manejo ambulatorio en el servicio de Emergencia, hospitalizándose generalmente las pacientes con complicaciones hemorrágicas o infecciosas y aquellas con gestaciones mayores a 13 semanas. Los casos de Hemorragia Obstétrica se presentaron en el año 2015 ha aumentado porcentaje, Esta complicación implica una alta morbilidad, teniendo muchas de ellas la necesidad de hospitalizarse en Cuidados Intensivos. En las siguientes tablas observamos la distribución de patologías en cada grupo asociado.

Tabla N° 10. Distribución de la Enfermedad hipertensiva del embarazo en el INMP.2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Preeclampsia	1490	94.8	1522	94.5	1136	94.9	1183	94.7
Eclampsia	21	1.3	24	1.5	23	1.9	22	1.8
Síndrome de HELLP	61	3.9	65	4	38	3.2	44	3.5

Tabla N° 11. Distribución de la Hemorragia Obstétrica según causa en el INMP.2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Hemorragia posparto	302	53.7	319	54.2	491	56.1	635	56.3
Placenta Previa	131	23.3	143	24.3	204	23.3	249	22.1
DPP	93	16.5	90	15.3	144	16.5	179	15.9
Ruptura Uterina	24	4.3	26	4.4	19	2.2	37	3.3
Shock Hipovolémico	12	2.1	11	1.9	17	1.9	28	2.5

Tabla N° 12. Distribución según tipo de Aborto en el INMP.2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%
Aborto incompleto	424	47.9	347	51.8	352	62.1	374	52.9
Aborto frustrado	187	21.1	117	17.5	55	9.7	119	16.8
Aborto incompleto infectado	39	4.4	26	3.8	35	6.2	33	4.67
Embarazo ectópico	25	2.8	23	3.4	23	4.1	24	3.39
Otros	210	23.7	156	23.3	102	18.0	156	22.09

Tabla N° 13. Distribución según tipo de infección obstétrica en el INMP.2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N	%	N	%
RPM – Corioamnionitis	1465	62.18	1509	62.79	1023	64.09	1331	62.8
ITU	825	35.01	841	34.99	503	31.52	723	34.11
Sepsis	48	2.04	38	1.59	48	3.01	47	2.21
VIH	18	0.77	15	0.63	22	1.38	18	0.84

III.2.3. Neonatología.

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

Las patologías más frecuentemente encontradas entre los neonatos hospitalizados corresponden tanto los problemas infecciosos(37%), como los cuadros de Síndrome de Dificultad Respiratoria (23%), en especial a los prematuros, en quienes tanto el sistema respiratorio como el inmunológico están todavía en desarrollo.

En tercer lugar de frecuencia de hospitalización son los casos de Hiperbilirrubinemia concentrado en la categoría: otras causas de hiperbilirrubinemias y no por incompatibilidad de grupo o factor sanguíneo

Dentro de los trastornos metabólicos la que destaca es la hipoglicemia y trastornos hematológicos destaca la anemia.

Todas causas esta asociadas a la prematures de los recién nacidos, falta de control prenatal y nivel socioeconómico de la población que acude a nuestra institución

Tabla N° 14. Patología de Egreso Neonatología INMP. 2012 – 2015

Diagnóstico de egreso	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SDR	701	30	721	30	302	22	863	23%
TTRN (P221)	488	21	520	21	200	15	464	12
EMH (P220)	105	5	101	4	23	2	144	4
SAM (P241)	55	2	49	2	18	1	61	2
Neumonía - Bronconeumonía (P239)	42	2	36	2	44	3	145	4
Neumotorax (P251)	11	0	15	1	17	1	49	1
INFECCION	939	40	915	38	319	23	1402	37%
Sepsis (P369)	844	36	833	34	283	21	1302	35
NEC (P77)	10	0	8	0	1	0	3	0
Sífilis (A50 - A53)	77	3	69	3	31	2	69	2
VIH (RN de madre con VIH+) (Z206)	8	1	5	0	16	0	28	0
TRASTORNO METABOLICO	228	10	206	9	82	6	208	5%
Hipoglicemia (P704)	188	8	172	7	77	6	207	5
Hiperglicemia (R739)	40	2	34	1	5	0	1	0
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	81	4	87	4	28	2	189	5%
CID (P60)	12	1	15	1	2	0	21	1
Anemia (P614)	69	3	72	3	26	2	168	4
HIPERBILIRRUBINEMIA	993	43	1036	43	594	43	1093	29%
Incompatibilidad ABO (P551)	41	2	38	2	25	2	52	1
Incompatibilidad Rh (P550)	2	0	3	0	1	0	58	2
Otras hiperbilirrubinemias (P599)	950	5	995	41	568	41	983	26
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	6	0	5	0	11	1	1	0%
Hemorragia Intra ventricular (P523)	5	0	4	0	10	1	1	0
Síndrome Convulsivo (P90x)	1	0	1	0	1	0	0	0
MALF. CONGENITAS QUIRURGICAS	15	1	18	1	9	1	20	1%
Onfalocele (Q792)	1	0	2	0	1	0	8	1
Gastroquisis (Q793)	1	0	1	0	2	0	1	0
Hidrocefalia (G911)	13	1	15	1	6	0	11	0
SINDROMES CROMOSOMICOS							28	1%
Síndrome Down (Q90)	29	1	26	1	29	2	28	0

III.3. Morbilidad en Consultorios externos.

III.3.1. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.

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

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

En la tabla N° 15; observamos las patologías más frecuentes observadas en el 2012 a 2015 en la atención de Prenatal, está dada por las atenciones de embarazo normales que continúan aumentando así como embarazos de alto riesgo y seguido el aumento de primigesta muy joven. Esta situación se debe a que nuestra institución es de referente nacional y de altamente especializado en materno perinatal.

Tabla N° 15. Diagnósticos más frecuentes en la Atención prenatal del INMP.2012 – 2015.

Diagnóstico	2012	2013	2014	2015
	Nro	Nro	Nro	Nro
Supervisión de embarazos normales	18766	19,890	19331	20491
Supervisión del embarazo de alto riesgo	6389	7,109	6749	7154
Supervisión de primigesta muy joven	1105	1,307	1206	1278
Infección urinaria en el embarazo	488	565	526	558
Atención por cesárea anterior	255	279	267	283
Anemia que complica el parto y puerperio	196	234	215	228

Tabla N° 16. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Puerperio INMP. 2012- 2015.

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Seguimiento postparto, (Cesárea)	1,303	31.6	1686	38.7	1495	35.3	1584	35.3
Seguimiento postparto, de rutina	903	21.9	1094	25.1	999	23.6	1058	23.6
Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	444	10.8	165	3.8	305	7.2	323	7.2
Prueba y ajuste de dispositivo no especificado	89	2.2	120	2.8	105	2.5	111	2.5
Esterilización	91	2.2	94	2.2	93	2.2	98	2.2
Atención de apósitos y suturas	61	1.5	85	1.9	73	1.7	77	1.7
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	40	1.0	78	1.8	59	1.4	63	1.4
Anemia que complica el embarazo parto y puerperio	23	0.6	43	1.0	33	0.8	35	0.8
Otros	1163	28.2	995	22.8	1079	25.5	1144	25.5
Total	4,117	100	4,360	100	4,239	100	4,493	100

III.3.2. Morbilidad en Consultorios de Ginecología

Mostramos en la tabla N° 17, los diagnósticos más frecuentes encontrados en los consultorios de ginecología en el año 2015, se observa que es el cuidado posterior a la cirugía, debido que las pacientes intervenidas prefieren acudir a sus controles a nuestra institución, luego le sigue las enfermedades infecciosas ginecológicas (ITU) pero la mayor concentración se encuentra en otros diagnósticos que agrupa problemas relacionados con infertilidad, menopausia y finalmente los problemas tumorales benignos.

Tabla N°17. Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología 2012 – 2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015	
	Nro	%	N°	%	N°	%	N°	%
Infección de vías urinarias sitio no especificado	2994	12%	2479	10%	2737	11%	3010	10%
Estados menopáusicos y climaterio femeninos	2381	9%	1687	7%	2034	8%	2131	7%
Cuidado posterior a la Cirugía	1884	7%	1834	8%	1859	7%	3718	12%
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1848	7%	1858	8%	1853	7%	1853	6%
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	1067	4%	1338	6%	1203	5%	1323	4%
Displasia cervical leve	1009	4%	1009	4%	1009	4%	1009	3%
Supervisión post AMEU	1001	4%	1143	5%	1072	4%	1251	4%
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	3%	905	4%	859	3%	1030	3%
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	3%	822	3%	809	3%	1213	4%
Leiomioma del útero	773	3%	882	4%	828	3%	965	3%
Infertilidad femenina no especificada	601	2%	601	2%	601	2%	601	2%
Hemorragia uterina anormal	457	2%	454	2%	456	2%	456	2%
Amenorrea secundaria	427	2%	427	2%	427	2%	427	1%
Mastopatía quística difusa	426	2%	315	1%	371	1%	391	1%
Abortadora habitual	288	1%	311	1%	300	1%	374	1%
Infección por Papiloma Virus	227	1%	255	1%	241	1%	289	1%
Estados asociados con menopausia artificial	181	1%	159	1%	170	1%	194	1%
Quiste ovárico	172	1%	188	1%	180	1%	225	1%
Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos	153	1%	125	1%	139	1%	152	1%
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	0%	99	0%	95	0%	119	0%
Displasia cervical moderada	80	0%	90	0%	85	0%	99	0%
Otros diagnósticos	7833	31%	7179	30%	7506	30%	9007	30%
Total	25500	100%	24160	100%	24830	100%	29837	100%

III.3.3. Morbilidad en Consultorios de Pediatría

Como observamos en la tabla 18, la consulta externa pediátrica corresponde en su mayoría a los controles de seguimiento de neonatos de alto riesgo (en su mayoría prematuros); y dentro de las patologías más frecuentes están las afecciones del sistema respiratorio.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el INMP orienta la atención hacia los neonatos de alto riesgo, presentando algunos de ellos patología crónica o secuelas neurológicas que ameritan manejo prolongado

Tabla N°18. Diagnósticos en Consultorio Neonatal 2014-2015

DIAGNOSTICO	2014	%	2015	%
TOTAL DE ATENCIONES EN TODOS LOS CONSULTORIOS (GO-NEO)	110,913		177,452	
1 CONSULTORIO DE NEONATOLOGIA (Atenciones) -->	5,950		20,243	
ATENCION DEL NIÑO SANO EN CONSULT.EXT. (U160)	2,306	38.76	6,914	34.16
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010)			2,947	14.56
CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS (Z762)	192	3.23	1,356	6.70
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIO COMUN) (J00X)	406	6.82	1,043	5.15
HISTORIA PERSONAL DE CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL (Z876)	343	5.76	564	2.79
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA (J209)	225	3.78	546	2.70
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION (D509)			473	2.34
CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA (Z713)			468	2.31
OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO (P073)	263	4.42	447	2.21
HIPERTONIA CONGENITA (P941)	305	5.13	422	2.08
ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA (P599)	186	3.13	373	1.84
CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (Z001)	62	1.04	283	1.40
ASTIGMATISMO (H522)			283	1.40
FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA (J029)	88	1.48	195	0.96
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC (A09X)	86	1.45	175	0.86
RESTO DE DIAGNOSTICOS DE NEONATOLOGIA	1,250	21.01	4,537	22.41

En la tabla N°19 se muestran los principales diagnósticos reportados en el consultorio de Medicina Física y Rehabilitación.

Tabla N°19. Principales motivos de consulta en Rehabilitación 2015

Diagnóstico	2014	%	2015	%
TOTAL DE ATENCIONES EN TODOS LOS CONSULTORIOS (GO-NEO)	110,913		177452	
1 CONSULTORIO DE REHABILITACIÓN (Atenciones)	4140		4216	
Trastornos específicos del desarrollo de la función motriz (F82)	1689	41%	1024	24%
Historia personal de otros fact, de riesg (Z918)			478	11%
Hipertonía congénita (P941)	1768	43%	406	10%
Hipotonía congénita (P942)	1291	31%	332	8%
Retardo del desarrollo (R620)			275	7%
Prematuridad (P073)			273	6%
Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica (Q900)	115	3%	241	6%
Peso bajo al nacer (P071)	64	2%	239	6%
Otras deformidades de la cadera (Q658)			164	4%
Peso extremadamente bajo al nacer (P070)	42	1%	134	3%
Transtornos específicos mixtos del desarrollo (F83X)			111	3%
Parálisis cerebral espástica (G800)	139	3%	51	1%
Otro traumatismo del plexo braquial dur. el nacimiento (P143)			32	1%
Asfixia del nacimiento severa (P210)			32	1%
Resto de diagnosticos de terapia			424	10%

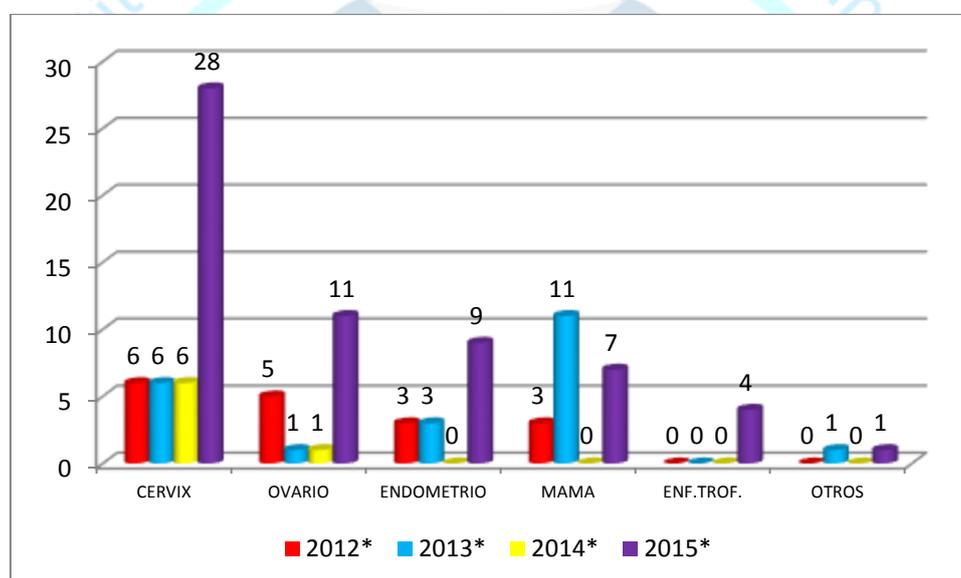
III.4. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.

III.4.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.

La vigilancia de casos de cáncer se viene realizando a través de los reportes que se obtienen en coordinación con la Unidad de Ginecología Oncológica desde el 2012.

A continuación mostramos la distribución de los casos de cáncer en el periodo 2012 – 2015 según órgano afectado. Observamos que la localización más frecuente inclusive triplicado la cifra del año anterior fue cérvix uterino seguido ovario y mama en el último año evaluado.

Gráfico N° 11. Distribución según localización de Cáncer Ginecológico. INMP Periodo 2012 – 2015



III.4.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.

Entre el año 2010 al 2014 se evidencia una tendencia a la disminución de los casos identificados de VIH, causando por un periodo no se disponía de prueba rápida, pero en el 2015 este aumenta, debido a la mayor difusión en la obligación de la toma de muestra en las pacientes.

Para los casos de Sífilis hubo también una disminución de casos al 2015, debido a que no se contó con pruebas rápidas. Esto requiere la fortalecimiento en la sensibilización a la población que se atiende en nuestra institución para la disminución en la incidencia de estos casos.

Gráfico N° 12a. Gestantes con diagnóstico de VIH en el INMP 2010 - 2015

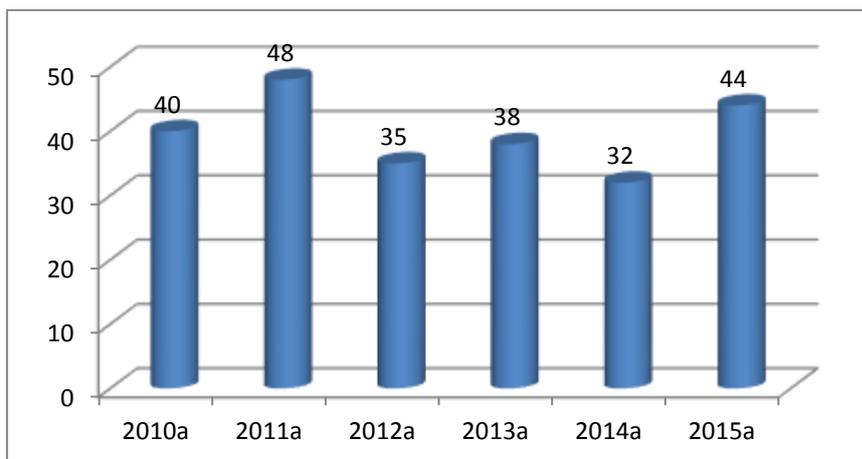
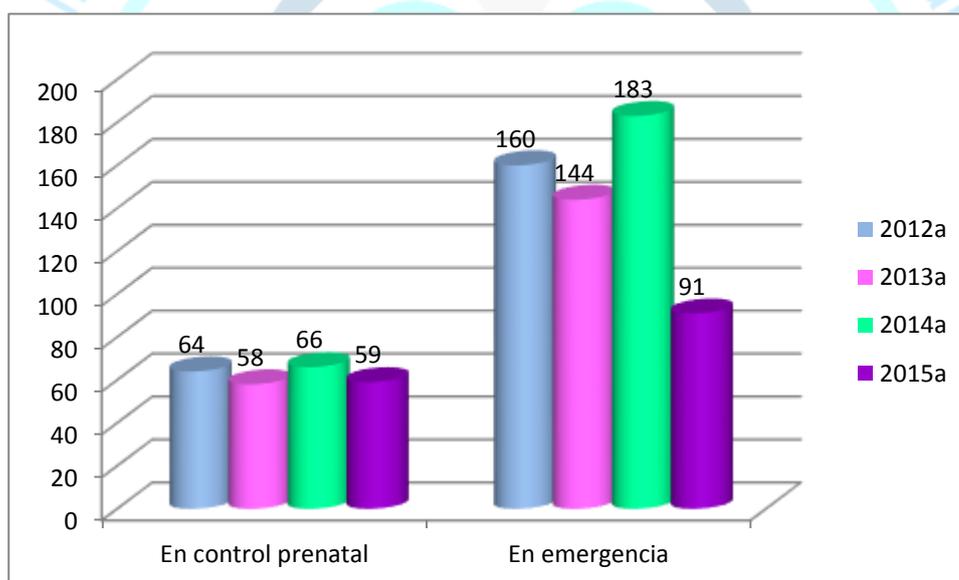


Gráfico N° 12b. Gestantes con diagnóstico de Sífilis en el INMP



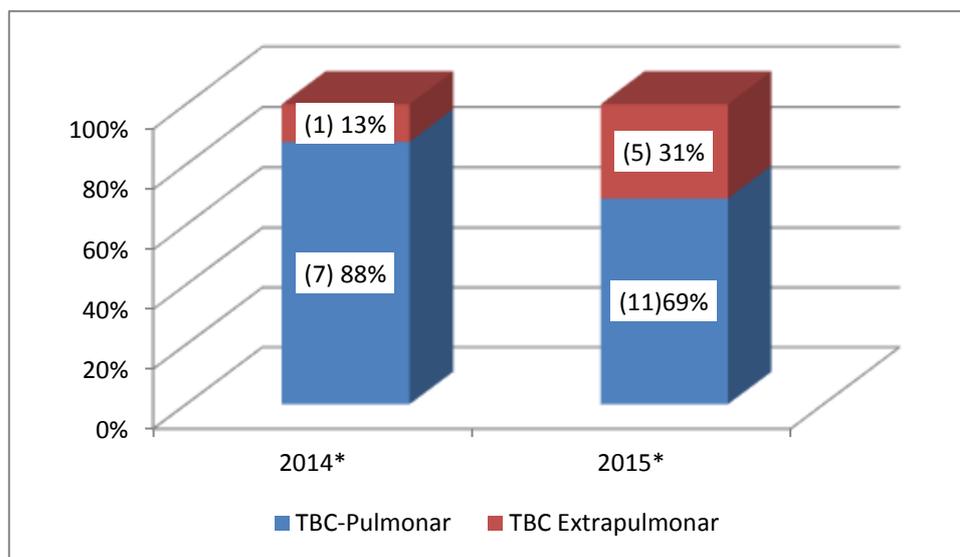
III.4.3. Vigilancia de Tuberculosis.

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

Así durante el año 2015 se identificaron un total de 16 casos de pacientes con Tuberculosis derivados, de las cuales 11 correspondieron a casos de TBC pulmonar y 5 casos de TBC extra pulmonar (4 casos pleural y 1 caso ganglionar). Las pacientes fueron todas gestantes derivadas para tratamiento 14 fueron sensibles al tratamiento y 2 casos fueron multidrogoresistente.

El número de pacientes con TBC hospitalizados fueron 16 casos, de las cuales 15 fueron gestantes y 1 embarazo ectópico.

GraficoN°13 casos de TBC Pulmonar vs TBC Extra pulmonar 2015



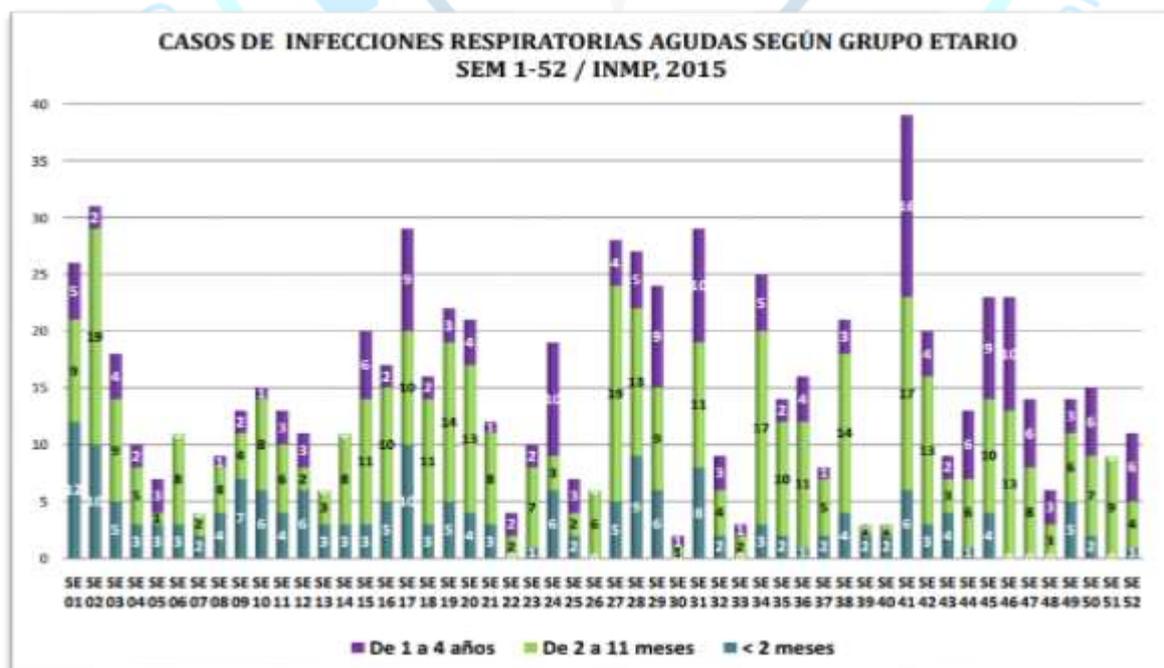
III.4.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.

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

En el año 2015 no se presentó ningún caso diagnosticado de casos de IRAG inusitada.

Para el año 2015 no hubo infecciones por AH1N1, sin embargo las IRAs en menores siempre está presente como se observa en el siguiente cuadro:

Grafico N° 14: Casos de IRA según grupo etáreo por semana epidemiológica – 2015



III.4.5. Vigilancia de Brotes.

En el año 2015 no hubo presencia de brotes, sin embargo la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental en coordinación con el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud nos mantenemos en vigilancia activa ante la ocurrencia de un brote.

III.4.6. Morbilidad Materna Extrema.

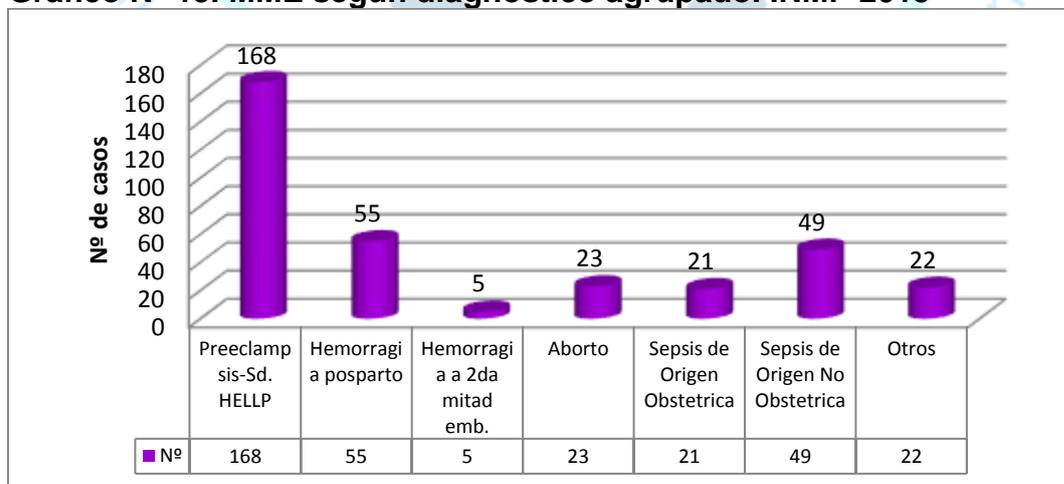
La vigilancia de los casos de Morbilidad Materna Extrema se viene realizando desde octubre del 2011 a manera de piloto, y en forma regular desde enero del 2012, a cargo de la Unidad de Cuidados Críticos y a partir del 2014 en coordinación con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. En el año 2012 se registraron 263 casos, en 2013 de 230 casos, 2014 con 274 casos y para el 2015 un total de 343 casos.

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

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

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

Gráfico N° 15. MME según diagnóstico agrupado. INMP 2015



Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos – OESA / INMP

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

Tabla N° 20. Indicadores de la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2012 – 2015

Indicadores de resultado de MME INMP 2012 - 2015					
INDICADOR	FORMULA	2012	2013	2014	2015
Razón de MME (Prevalencia) Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total Nacidos vivos}}$	16.72	13.5	13.78	15.8
Índice de Mortalidad (Letalidad en las Mujeres con MME- Calidad de atención) (Meta <4%)	$\frac{N^{\circ} \text{ Muertes Maternas} \times 100}{N^{\circ} \text{ Muertes Maternas} + N^{\circ} \text{ MME}}$	3.3 %	2.5 %	1.8 %	3.4 %
Relación MME/MM (Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM. Calidad de atención) (Meta > 35)	$\frac{N^{\circ} \text{ MME}}{N^{\circ} \text{ MM}}$	29.2	38.3	54.8	28.6
Relación Criterios / Caso (Severidad De la salud materna) (Meta < 5)	$\frac{N^{\circ} \text{ Total de Criterios de Inclusión}}{N^{\circ} \text{ MME}}$	3.95	4.0	3.4	3.7
Índice de Mort Perinatal en MME (Impacto, Letalidad perinatal en MME, calidad de atención y rpta oportuna para reducir MF)	$\frac{N^{\circ} \text{ Muertes perinatales en MME} \times 100}{N^{\circ} \text{ MME}}$			5.5 %	6.4 %

El índice de MME continua siendo alto en relación a la estándar y en relación al año anterior este aumentado por que manejamos casos de mayor complejidad y además somos de referencia nacional.

III.5. Infecciones Intrahospitalarias.

La tendencia de las infecciones intrahospitalarias es un indicador de la calidad de los servicios de salud y de la fortalecimiento de las medidas de bioseguridad. A continuación revisamos las infecciones intrahospitalarias ocurridas en el INMP en el año 2015.

III.5. 1. Servicio de Obstetricia

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

Gráfico N° 16. Tendencia de Endometritis postparto vaginal. INMP 2006 - 2015

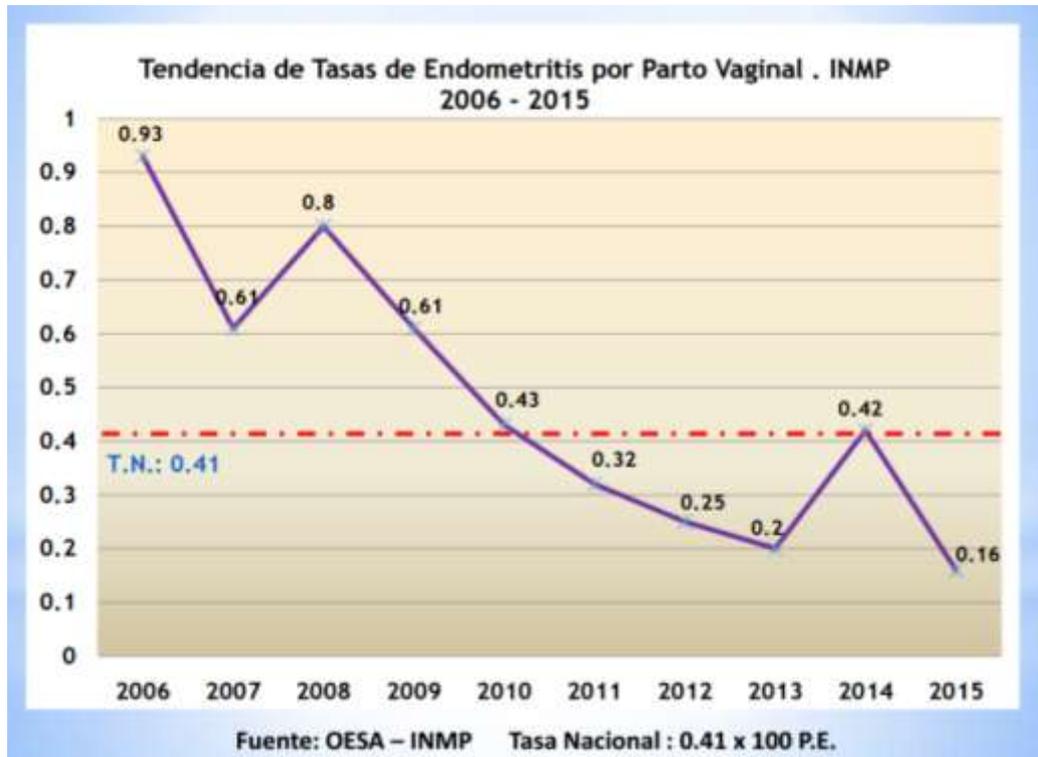


Gráfico N° 17. Tendencia de Endometritis post cesárea. INMP 2006 - 2015

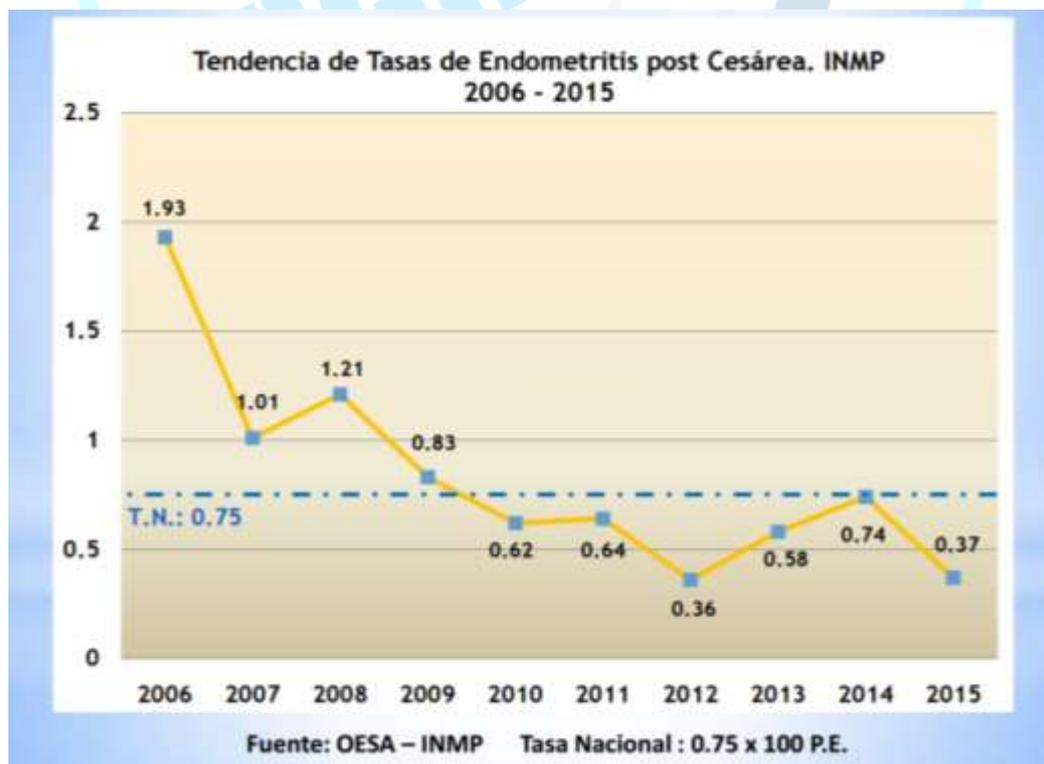
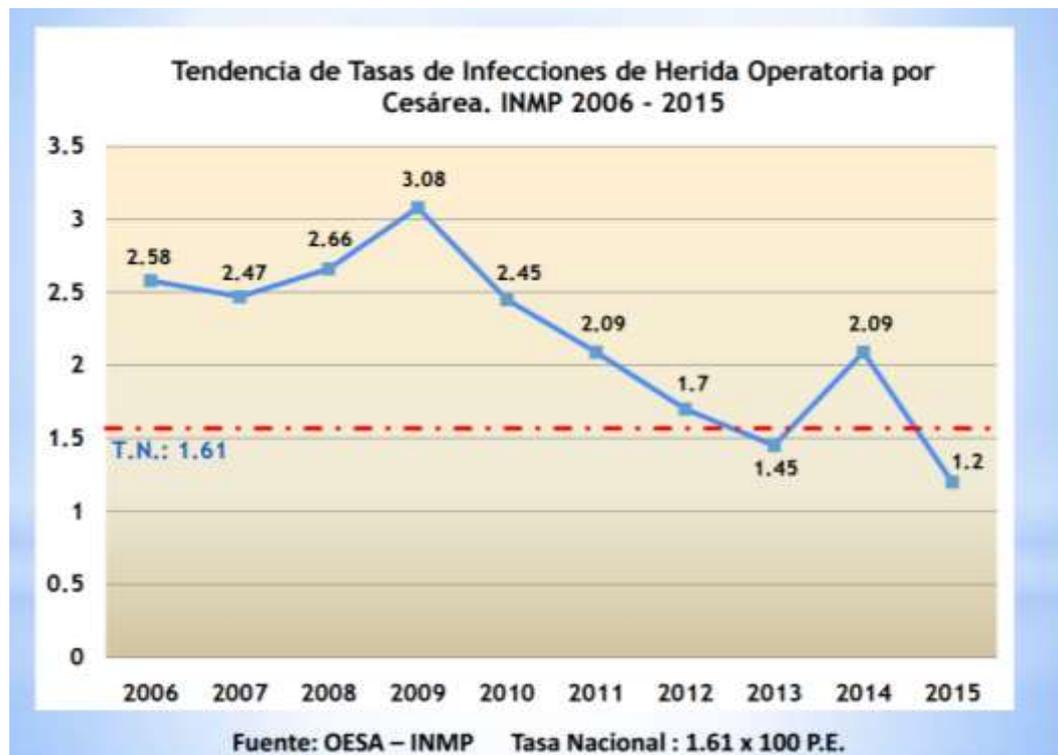


Gráfico N° 18. Tendencia de Infección de herida post cesárea INMP 2006 – 2015



Las endometritis por Parto Vaginal y cesáreas se encuentran por debajo del promedio nacional.

Con respecto a las infecciones de herida quirúrgica de cesárea debemos mencionar que ha disminuido debido a que se ha fortalecido la vigilancia en los servicios y se ha disminuido los reingresos por esta causa, asimismo nos encontramos debajo del promedio nacional. .

III.5.2. UCI Materna.

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

A continuación presentamos la tabla de IIH en UCI Materna comparando el año 2014 con los resultados obtenidos en el 2015 donde existe un incremento de la tasa de densidad de incidencia de infección del torrente sanguíneo por CVC y la neumonía asociada a ventilación mecánica,, debemos de tener en cuenta que nuestra institución es de referencia nacional, los pacientes que son referidos desde los distinto puntos del país, son de alto riesgo de morbimortalidad.

Tabla N° 21. Vigilancia de IIH en UCI Materna. INMP. Enero - Diciembre 2014 - 2015

IIH	N° días de exposición		N° pacientes vigilados		N° IIH		Densidad de Incidencia de IIH x 1000	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVC	308	613	62	105	2	8	6.49	13.05
Infección asociada a CUP	731	1142	165	282	2	1	2.74	0.88
Neumonía asociada a Ventilación Mecánica	276	389	61	78	2	4	7.25	10.28

III.5.3. Neonatología.

En el 2015 se observó un incremento de las IIH comparado con los años anteriores, sobre todo las infecciones asociadas a catéter venoso central. A continuación revisamos los gráficos de infecciones de tracto sanguíneo asociadas a uso de CVC, CVP, y de neumonías asociadas a Ventilación Mecánica, comparando con los años anteriores y también los gráficos de canal endémico que nos permiten visualizar el comportamiento durante el año.

Gráfico N° 19. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVC (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2015

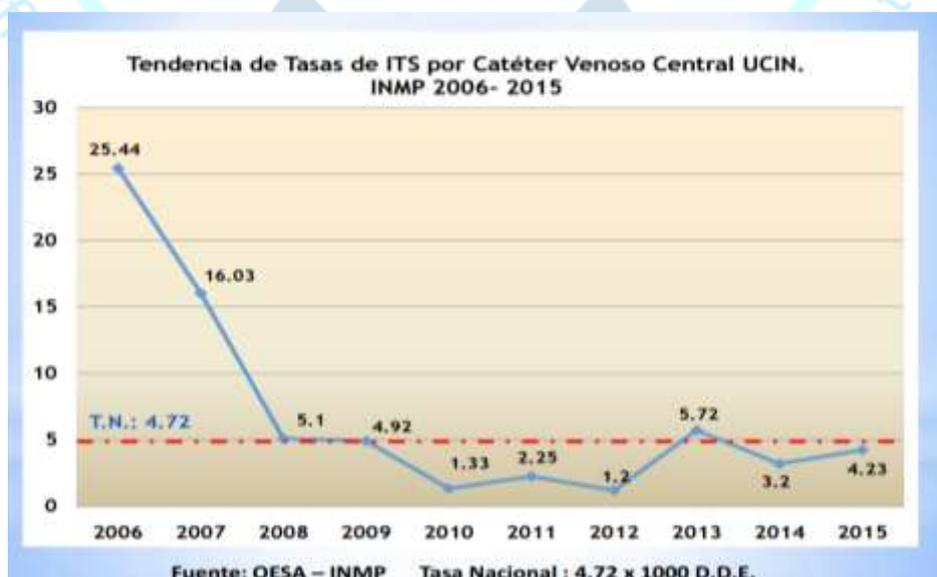


Gráfico N° 20. Canal Endémico de Densidad de Incidencia de Infección de Torrente Sanguíneo asociada a CVC. INMP. 2015

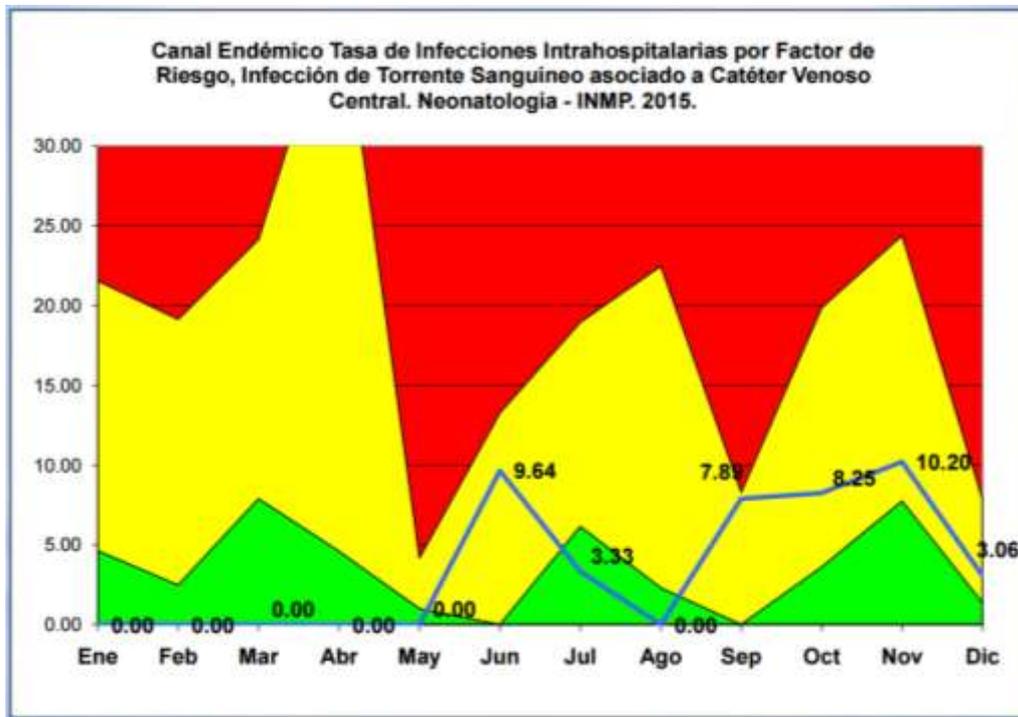


Gráfico N° 21. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVP (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2015.

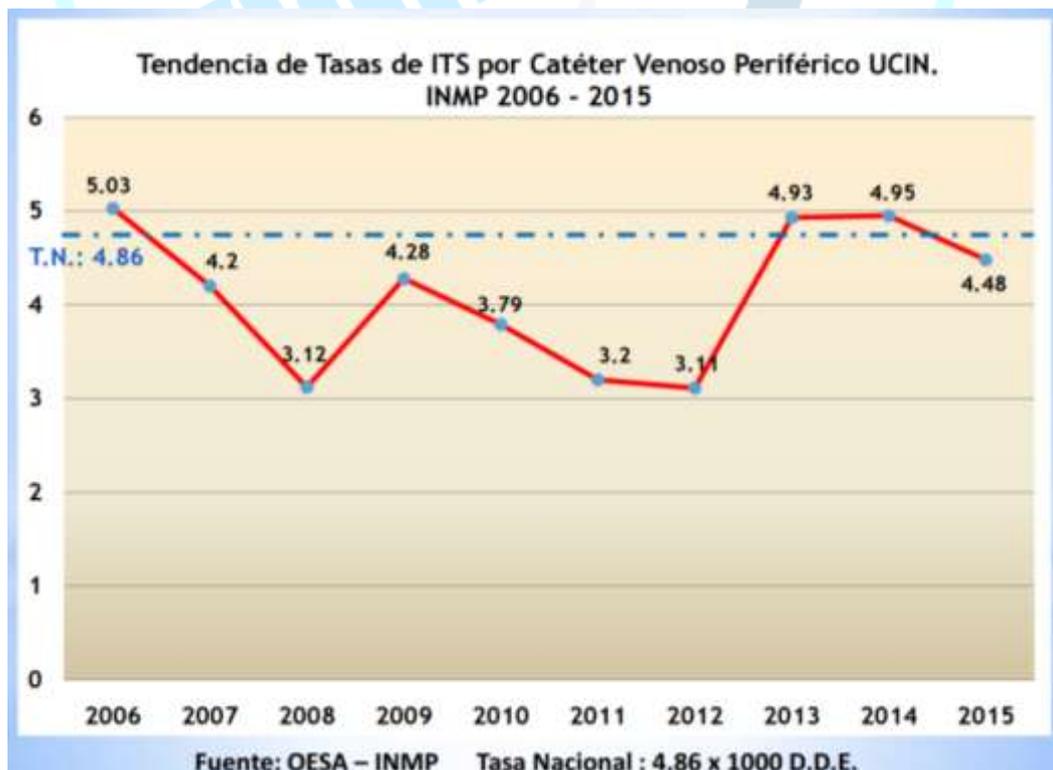


Gráfico N° 22. Canal Endémico de Densidad de Incidencia de Infección de torrente sanguíneo asociadas a CVP. INMP - 2015.

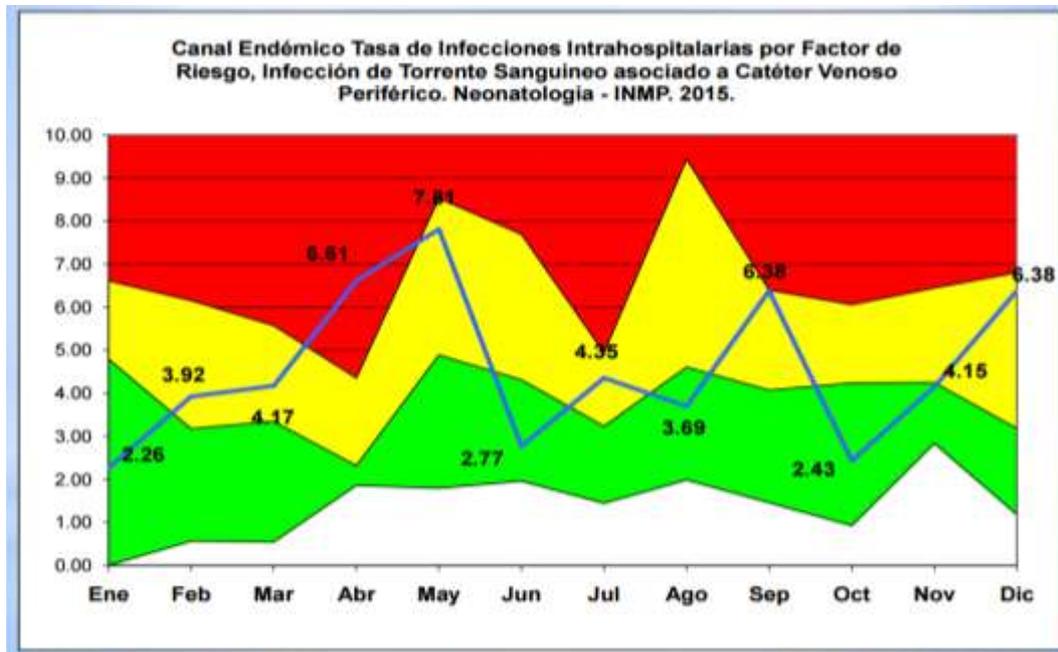


Gráfico N° 23. Densidad de Incidencia de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. Periodo 2006 – 2015

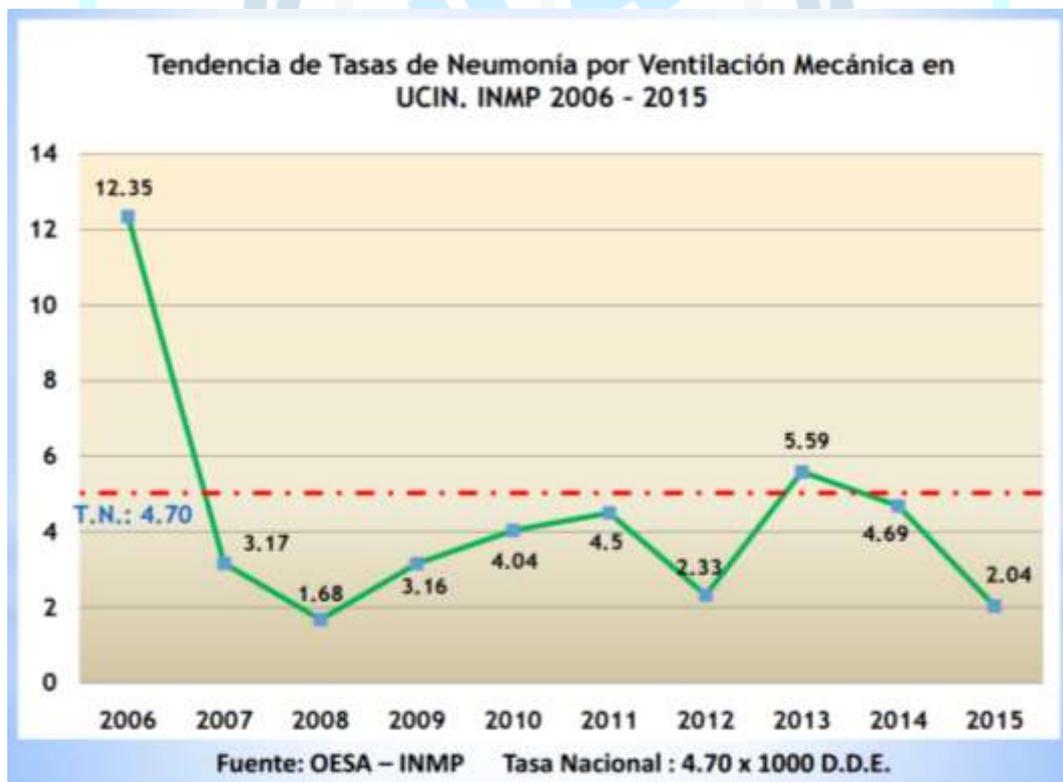
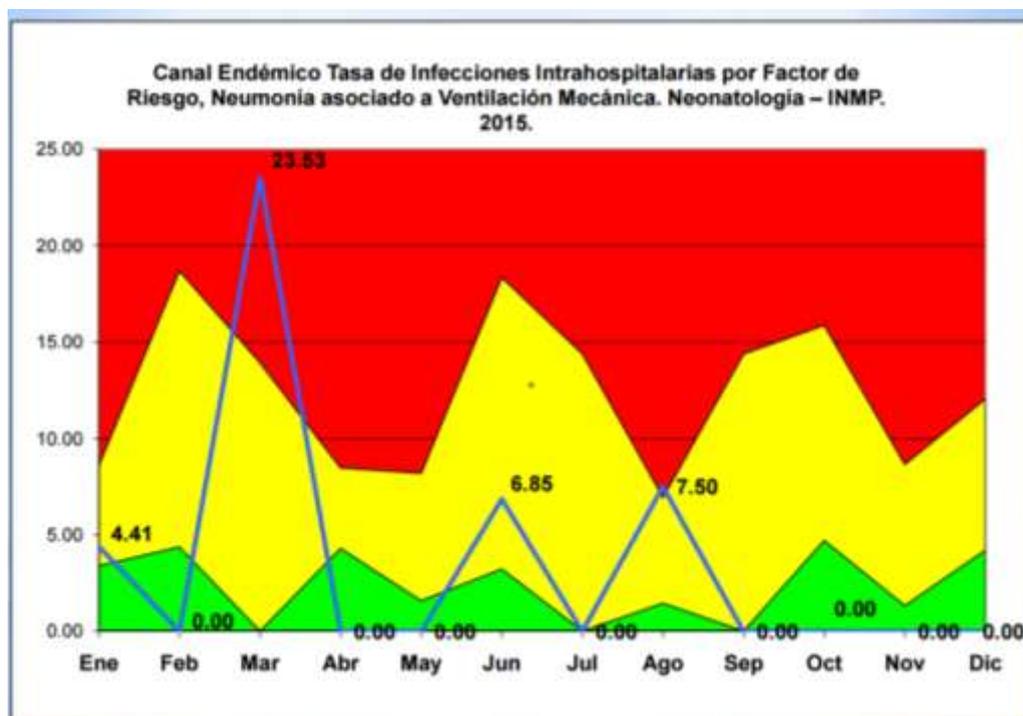


Gráfico N° 24. Canal Endémico de Tasa de infecciones Intrahospitalarias por factor de riesgo de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica. INMP. 2015



III.6. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

El INMP en lo que respecta en la gestión de residuos sólidos hospitalarios viene realizando el reciclaje de residuos comunes como parte de la estrategia de minimización de residuos sólidos desde el sitio de generación, que contribuye a disminuir el gasto para su destino final, a la vez es un ahorro para la institución y contribuir al cuidado del ecosistema.

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

La generación de residuos sólidos hospitalarios en el INMP es de 2.011 Kg/cama/día aproximadamente., presentando la siguiente distribución: 54% de biocontaminados, 8% anatomopatológicos (placentas o restos ginecológicos), 14 % comunes, 13% materia orgánica (residuos de cocina que no tuvieron contacto con paciente) y 10% de residuos reciclados.

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

Gráfico N° 25: Cantidad de Residuos Sólidos generados 2013 - 2015

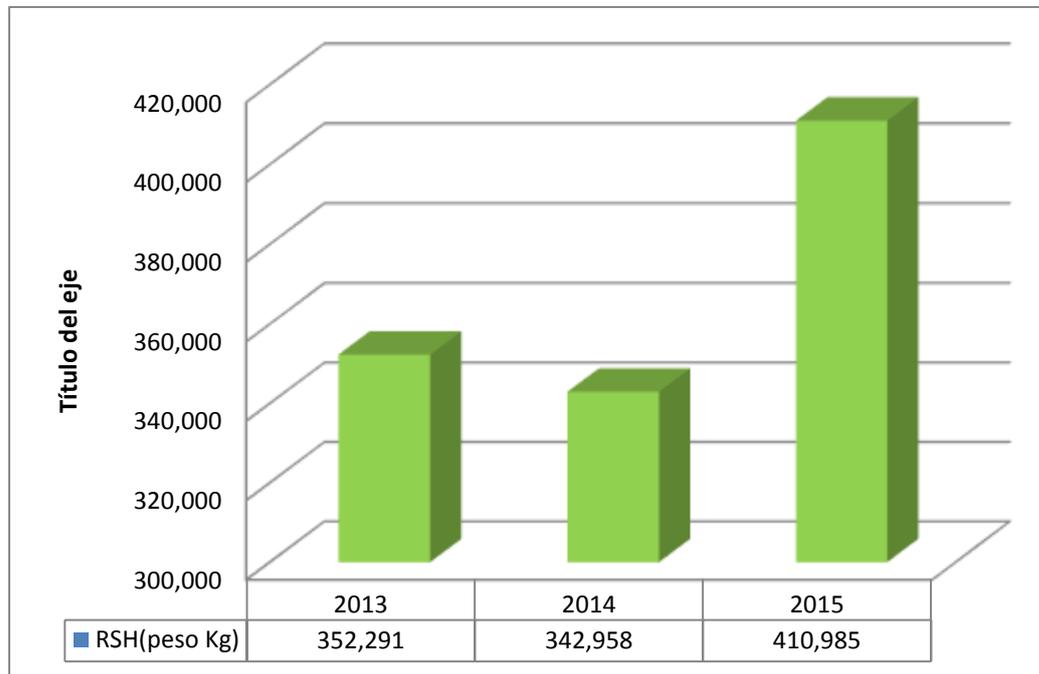
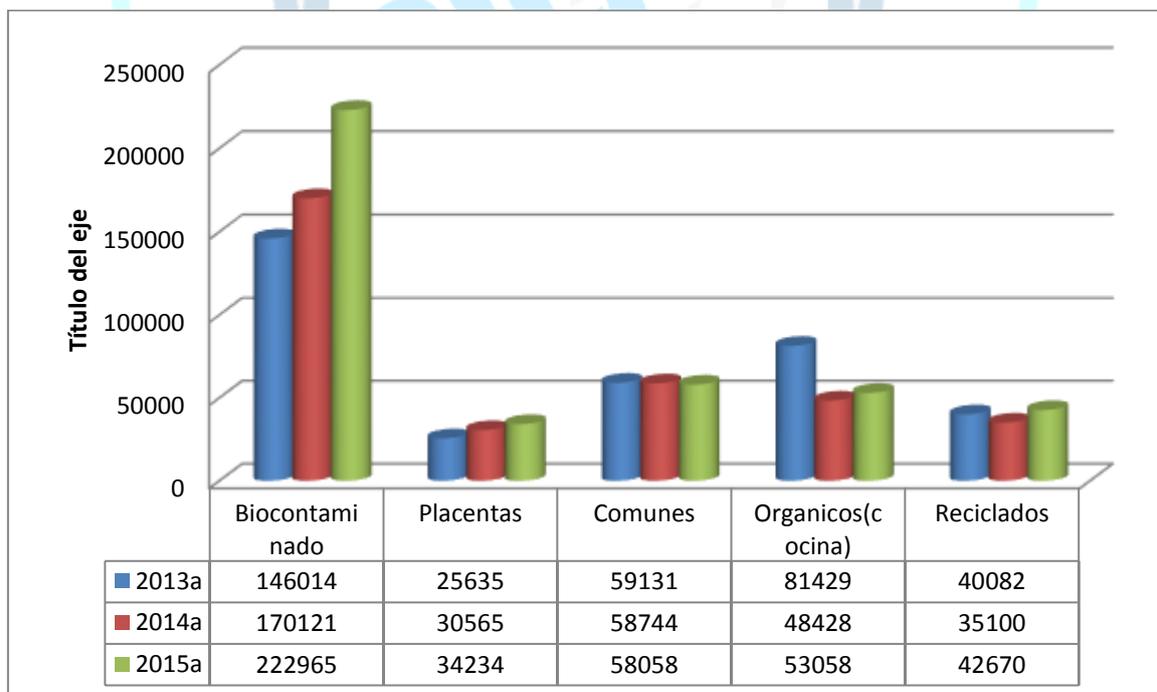


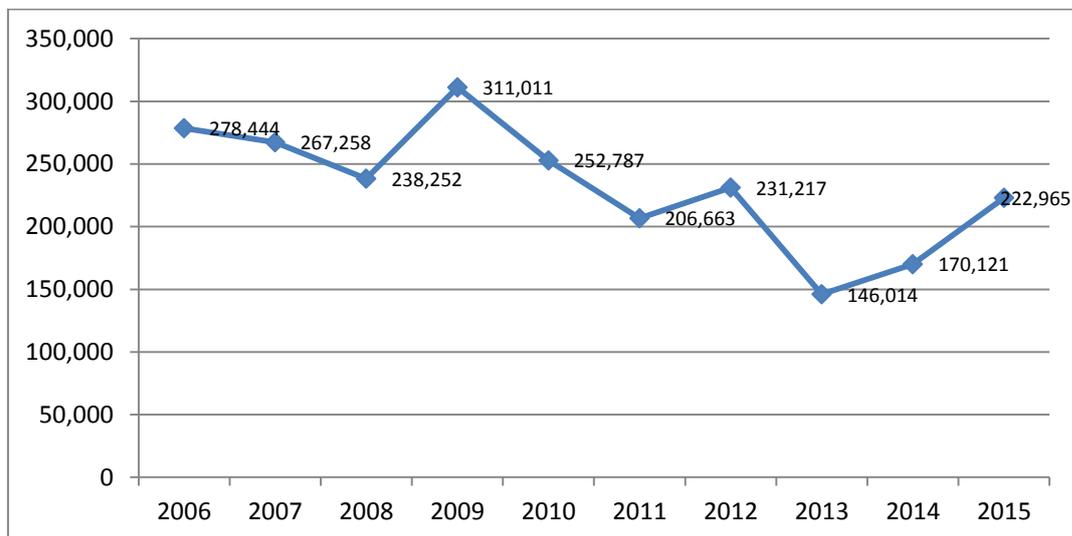
Gráfico N° 26. Distribución de la generación de los residuos sólidos INMP 2013 - 2015.



El INMP desde el año 2006 a la fecha ha realizado diversas actividades en mejorar la segregación desde el origen de la generación del residuo de esta

manera se ha venido reduciendo la cantidad de residuos biocontaminados; en cada habitación de los servicios de hospitalización se encuentran dos tachos para almacenar los residuos sólidos una con bolsa negra y otra con bolsa roja, por ello podemos apreciar el siguiente gráfico.

Gráfico N° 27. Generación de Residuos Sólidos Biocontaminados INMP 2006-2015.



III.7. Mortalidad Hospitalaria.

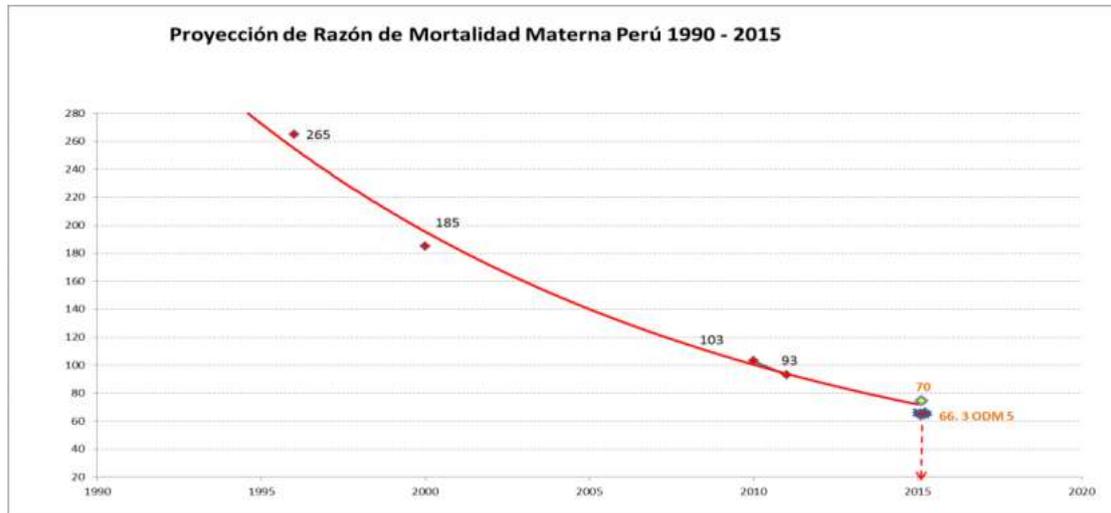
III.7.1. Mortalidad Materna.

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

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

Gráfico N° 28. Razón de mortalidad materna en el Perú (por c/100000 nv)

Proyección de Razón de Mortalidad Materna 1990-2015



Fuente: INEI ENDES 1996, 2000, 2009, 2010.

Cuadro y proyección elaboración UNFPA

En el gráfico N° 29 se presenta la tendencia de las muertes maternas identificadas por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

Gráfico N° 29. Número de muertes maternas notificadas por años. Perú 2000-2015



En el INMP disminuyeron el número de muertes maternas en el 2013 al 2014, pero en el 2015, se incrementa tres veces, esto debido que las pacientes son trasferidas en forma tardía de los diferentes puntos de nuestro territorio nacional. El instituto como ente alta especialización materna con capacidad resolutive, continua capacitando y brindando apoyo a las diferentes regiones para reducir esta brecha.

Gráfico N° 30. Número de Muertes Maternas. INMP 2006 – 2015



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 31. Razón de mortalidad materna INMP periodo 2006 -2015

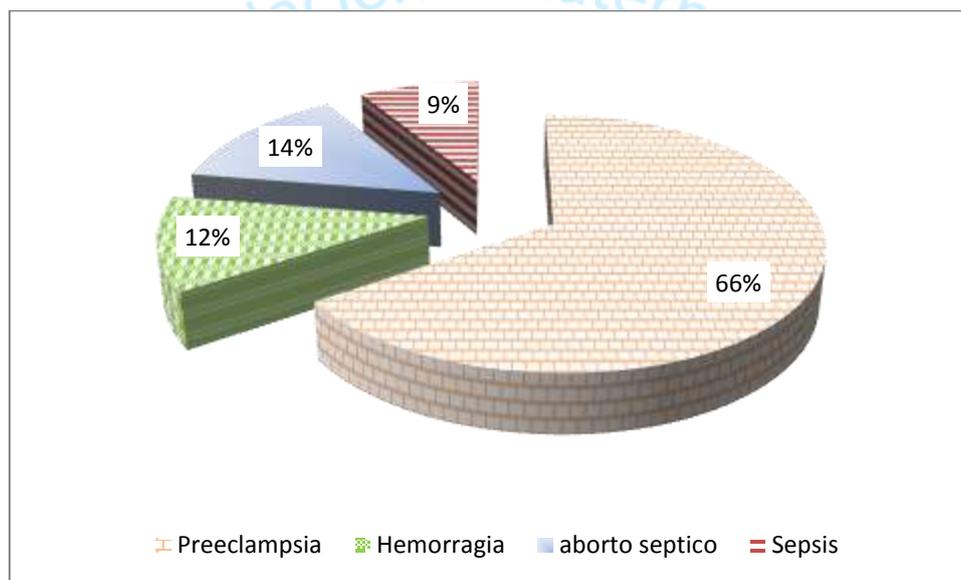


Fuente OESA - INMP

En el periodo 2006 – 2015, el 36% de las pacientes que fallecieron en el INMP tuvieron una estancia hospitalaria menor a 48 horas, implica el ingreso de pacientes por emergencia en condición de morbilidad extrema con complicaciones severas; es necesario que el personal esté constantemente actualizado en el manejo de complicaciones obstétricas.

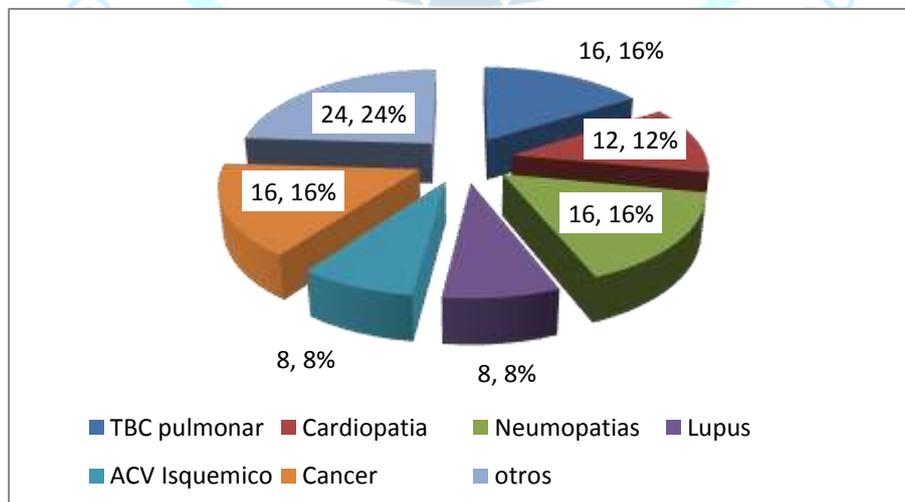
En este periodo, el 70% de las muertes fue de causa directa y 30% de causa indirecta. En relación a la causa directa esta se encuentra distribuida como se observa en el gráfico N° 32. Siendo la Pre eclampsia la causa más frecuente de muerte materna, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 32. Muertes maternas de causa directa. INMP 2006 – 2015



Al revisar los casos de muerte materna de causa indirecta, observamos que dentro de las primeras causas tenemos a la TBC, luego le sigue neumopatias y cáncer(cérvix, ovario, gástrico y hepático) son las principales causa de muerte; como se ve en el gráfico a continuación.

Gráfico N° 33. Muertes maternas de causa indirecta 2006 – 2015



III.7.2. Mortalidad Perinatal.

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

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realiza esta vigilancia desde fines del año 2010, y a continuación presentamos los datos del año 2015.

III.7.2.1. Muerte Neonatal.

En el año 2015 nacieron en el INMP un total de 21,764 recién nacidos vivos, falleciendo 158 neonatos; correspondiendo la Tasa de Mortalidad Neonatal a 8.04 por 1000 nacidos vivos.

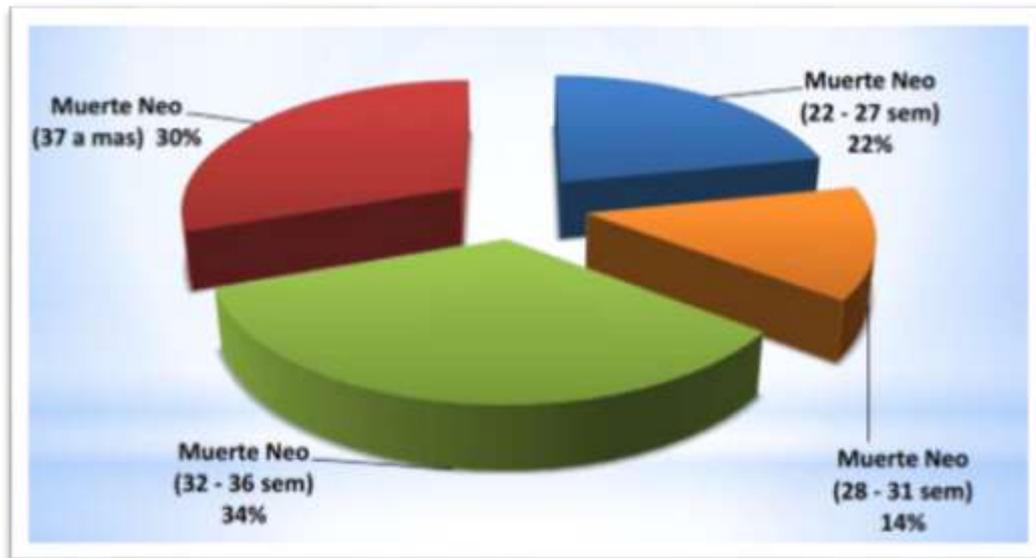
La mayoría de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 7 días de nacido, así en el 2015, hubo un total de 132 muertes neonatales, la tasa de mortalidad neonatal precoz a 6.07 por 1000 nacidos vivos.

Tabla N° 22: Número e indicadores de Mortalidad Perinatal en el INMP 2014 - 2015

INDICADORES DE MUERTE PERINATAL	2014	2015
TOTAL DE MUERTES NEONATALES	158	175
MUERTE NEONATALES < 7 DIAS	132	132
TOTAL DE OBITOS FETALES	203	198
TOTAL DE NACIDOS VIVOS	18,495	21,764
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	8.54 X 1000NV	8.04 X 1000NV
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	7.14 X 1000NV	15.02 X 1000NV

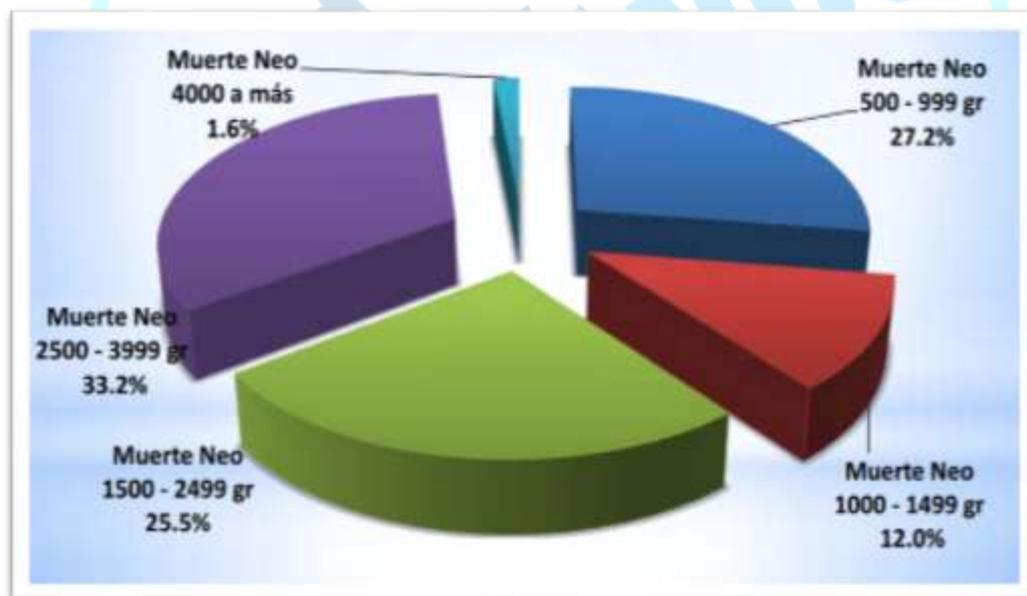
Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 34. Muerte Neonatal INMP 2015 según edad gestacional



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 35. Muerte Neonatal INMP 2015 según peso al nacer



Fuente OESA – INMP

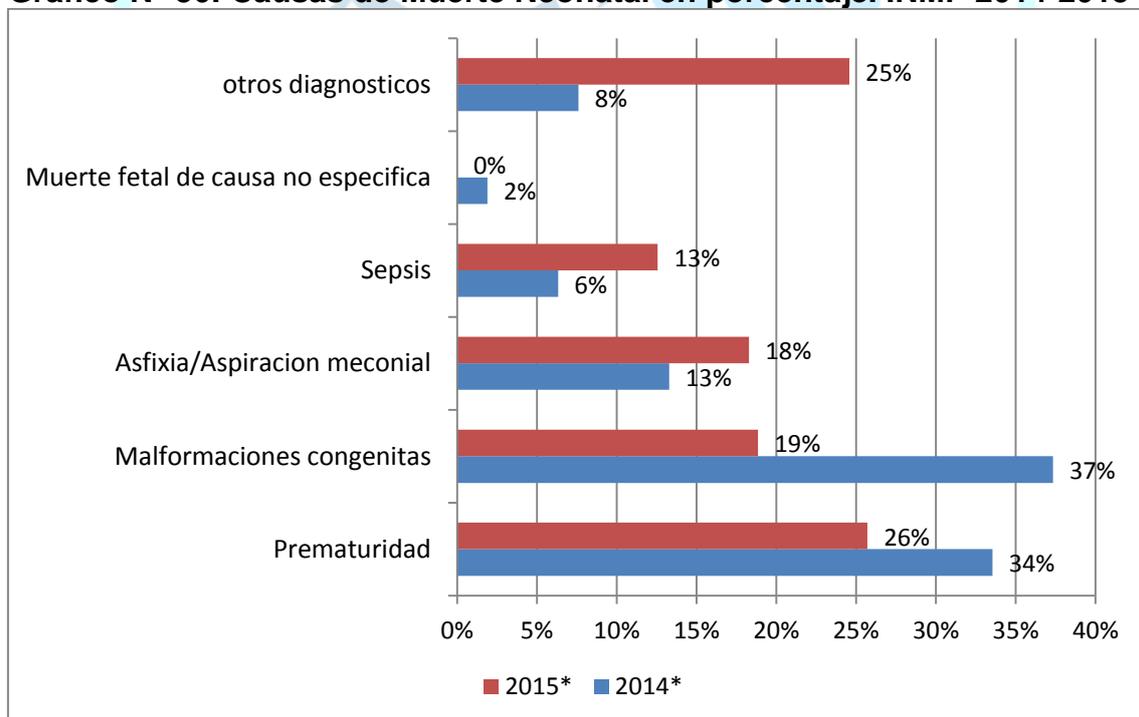
En los gráficos anteriores vemos que la prematuridad está presente en el 70% de los casos de muerte neonatal, siendo un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa.

También vemos que el 30% de los casos de muerte neonatal, correspondían a gestaciones a término y neonatos con peso al nacer \geq a 2500 gr fue de 33.2% este es el grupo de casos que amerita investigación para determinar factores de riesgo que condicionaron la muerte.

Tabla N° 23. Causas básicas de muerte neonatal INMP 2014-2015.

Causas	2014	%	2015	%
Prematuridad	53	34%	45	26%
Malformaciones congénitas	59	37%	33	19%
Asfixia/Aspiración meconial	21	13%	32	18%
Sepsis	10	6%	22	13%
Muerte fetal de causa no específica	3	2%	0	0%
otros diagnósticos	12	8%	43	25%
	158		175	

Gráfico N° 36: Causas de Muerte Neonatal en porcentaje. INMP 2014-2015



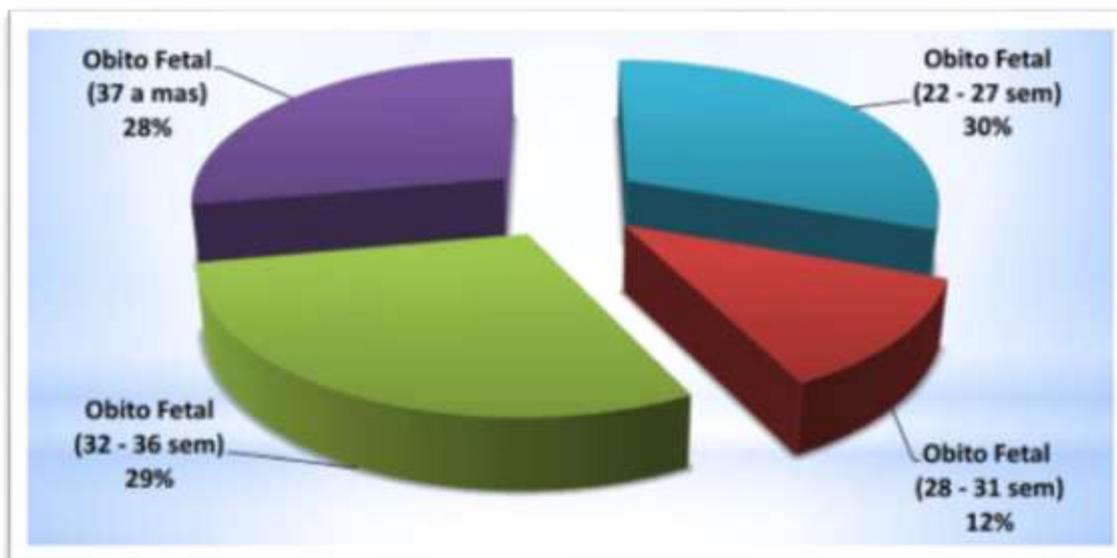
Fuente OESA – INMP

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

III.7.2.2. Óbitos Fetales.

En el año 2015 hubo un total de 198 Natimuertos. Los gráficos N° 36 y 37 muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

Gráfico N° 37. Óbitos fetales según edad gestacional INMP 2015



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 38. Óbitos fetales según peso al nacer. INMP 2015



Fuente OESA – INMP

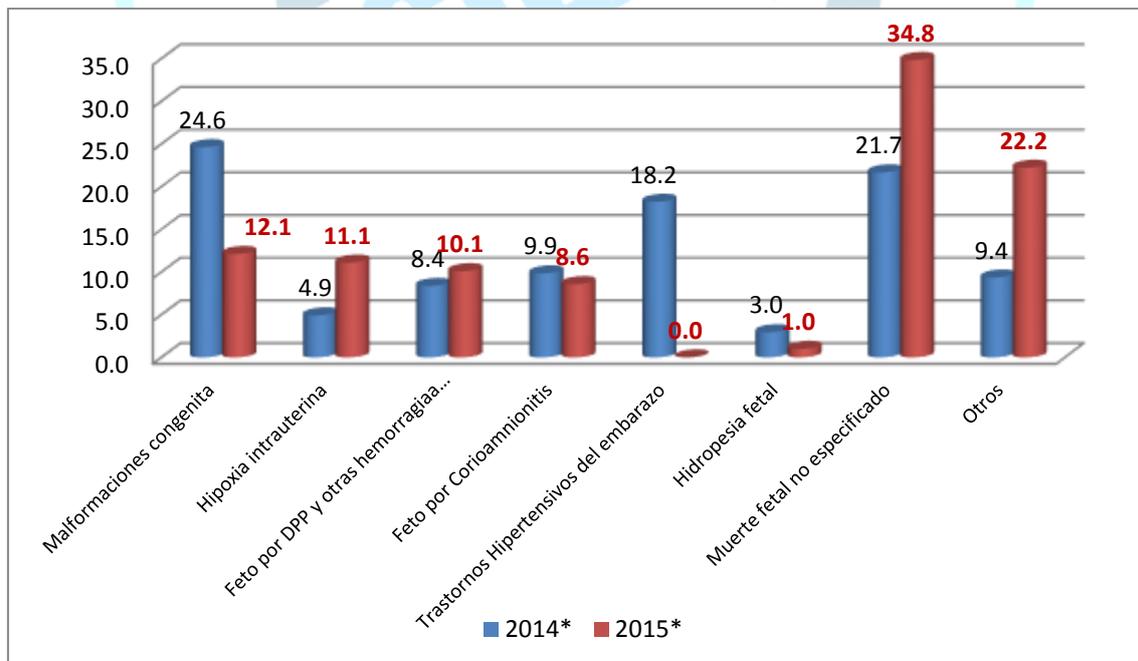
Observamos que el 28% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y un 24.4% en fetos de peso ≥ 2500 gr, en quienes no esperamos este desenlace, por lo que amerita análisis individual de estos caso.

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

Tabla N° 24. Causa de Óbitos Fetales 2015.

Causas	2014	%	2015	%2
Malformaciones congénita	50	24.6	24	12.1
Hipoxia intrauterina	10	4.9	22	11.1
Feto por DPP y otras hemorragiaa Placentaria	17	8.4	20	10.1
Feto por Corioamnionitis	20	9.9	17	8.6
Trastornos Hipertensivos del embarazo	37	18.2	0	0.0
Hidropesía fetal	6	3.0	2	1.0
Muerte fetal no especificado	44	21.7	69	34.8
Otros	19	9.4	44	22.2
	203	100.0	198	100

Gráfico N° 39. Causas Básicas de Óbitos Fetales INMP 2014-2015.



Observamos que la causa No especifica es la más alta, por la recarga de la demanda de la atención nos falta destinar tiempo la investigación para

determinar la causa, la mayoría son de madres que no tuvieron control prenatal o fueron insuficientes; las Malformaciones Congénitas es la patología asociada más frecuente a óbitos fetales ocupa el segunda lugar luego esta hipoxia intrauterina y feto afectado por DPP y otras hemorragias placentarias.

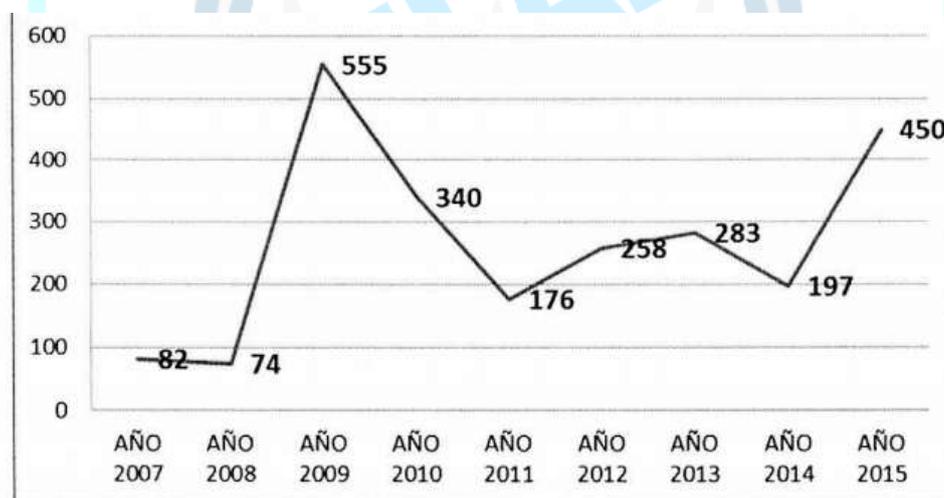
III.8. Evaluación de la satisfacción del usuario.

La evaluación de satisfacción del usuario se basa en 2 aspectos, como son las quejas que presentan los usuarios y las encuestas de satisfacción, información que es proporcionada por la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP.

Los datos que presentamos a continuación se han registrado según lo establecido en el Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias Institucional aprobado con RD N° 217-DG-INMP-07; así en el año 2015 se registraron un total de 450 quejas, de las cuales el 80% correspondieron a quejas escritas en formato institucional, 1% fueron quejas escritas dirigidas a la Dirección General, 15% se anularon y 4% sugerencias.

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del total de quejas recepcionadas desde el 2007 (fecha en que se oficializa el Sistema de Quejas y Sugerencias institucional) hasta el 2015. Existe un incremento notorio en el periodo 2015 debido a que existe un fortalecimiento de parte del personal de la Defensora de la Salud y Transparencia, quienes recepcionan quejas y reclamos a través de un responsable.

Gráfico N° 40. Total de Quejas recepcionadas en el INMP. 2007-2015.



Elaborado: Oficina de calidad

Las principales persona que presenta la queja es 42% la usuaria y en segundo lugar la pareja 28% y 30% otros.

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

Las áreas con mayor número de quejas fueron el Servicio de Emergencia (26%), seguido por el servicio de tarifa diferenciada (6%) y Consultorios Externos de Gineco Obstetricia (6%).

Al evaluar las quejas por grupo ocupacional, se observa que la mayor parte fueron generadas por médicos (23%), personal administrativo (7%), enfermería (3%), obstetriz (3%), técnica de enfermería (2%), trabajadora social (2%), técnica de laboratorio (1%) y no se identificó a un grupo ocupacional en el 57% de las quejas.

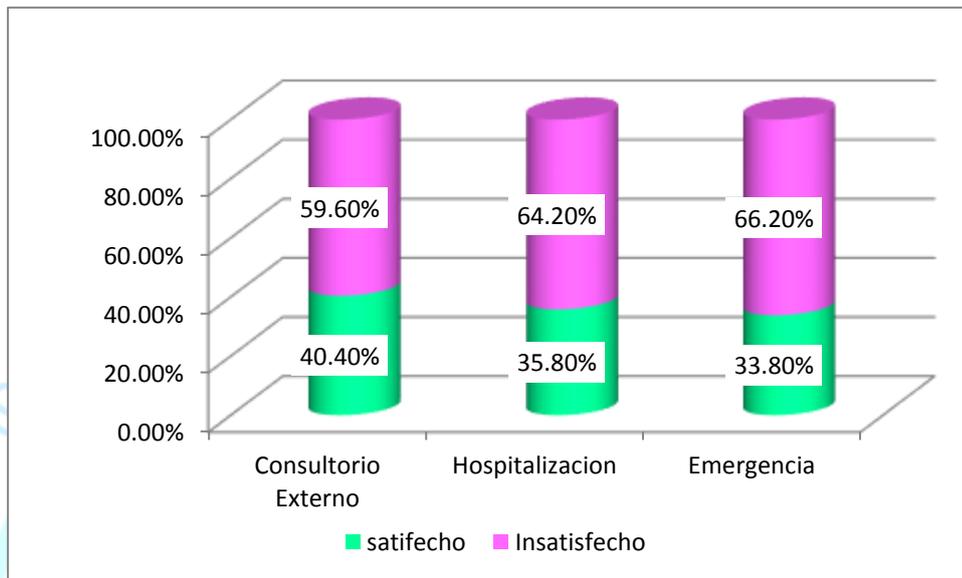
En lo referente a las **encuestas de satisfacción**, la Oficina de Gestión de la Calidad viene utilizando la encuesta SERVQUAL desde el 2011, la cual es una encuesta presentada por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las personas, instrumento validado en establecimientos de diferentes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

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

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

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

Gráfico N° 41. Porcentaje de satisfacción del usuario por servicios del INMP 2015.



Como se puede ver, hay mayor grado de insatisfacción en los usuarios que acuden al servicio de emergencia y a los servicios de hospitalización.

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

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

CAPITULO IV.- ANÁLISIS DE LA OFERTA

IV.1 Descripción del establecimiento

El Instituto Nacional Materno Perinatal es una institución de salud categorizada con el nivel III-2 de referencia nacional para el área de Ginecoobstetricia y Neonatología, que brinda atención de alta complejidad a la madre y el neonato de alto riesgo en nuestro país.

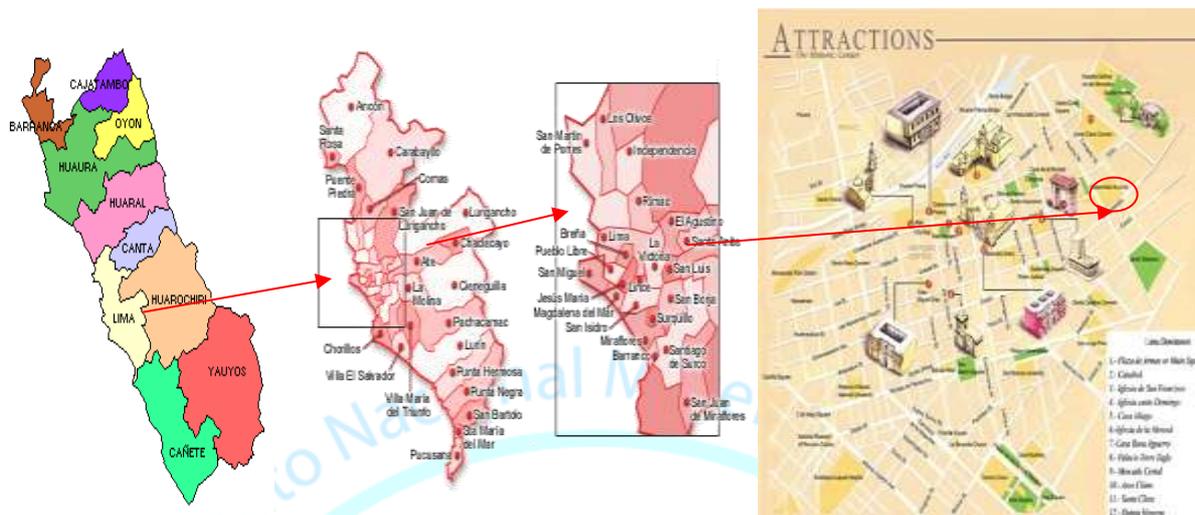
En su calidad de institución de referencia nacional, cuenta con las especialidades y sub especialidades médicas, para la demanda de referencia local y nacional, siendo su fortaleza la atención a la población materno perinatal, un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

En su calidad de instituto de referencia nacional materno perinatal de alta complejidad, cuenta con las especialidades y sub especialidades médicas, para la demanda de referencia local y nacional, siendo su fortaleza la atención a pacientes de Ginecoobstetricia y pacientes perinatales.

IV.2 Ubicación geográfica del INMP.

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

Gráfico N° 42. Ubicación Geográfica del INMP en Lima



Se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada y por el Este con el Jr. Huallaga. El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana. Situada en Jr. Antonio Miroquesada N°941.

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

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

IV.3.- Superficie Territorial del INMP

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 269.1 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, sin embargo, falta actualizar este dato, pues se han hecho nuevas construcciones como el patio de comidas, y remodelaciones como Banco de Sangre y Banco de Leche, las cuales deben ampliar el área construida, para lo que ya se ha solicitado la actualización de los planos estructurales

IV.4.- Infraestructura del INMP

Tabla N° 25. Distribución del INMP por bloques.

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

En el 2014 se inauguró el Patio de Comidas, con fin de mejorar el confort de todos los trabajadores del instituto; y el 07 de marzo del 2014, cercanos a la fecha de conmemoración del Día Internacional de la Mujer, se inauguró el ambiente destinado al Programa de Prevención y Manejo Integral de la Violencia contra la Mujer.

En el 2015 se concluyó la construcción del ambiente correspondiente a la Residencia Médica, en el quinto piso del Edificio Perú Japón.

Además se realizó remodelación del servicio de emergencia implementando un ambiente para atención de Recién nacido.

A continuación se describe, la distribución de las áreas asistenciales de la institución.

IV.4.1. Área de Hospitalización.

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 414 camas para hospitalización.

El Departamento de Obstetricia tiene el mayor número de camas, correspondiendo a un 60.8% y donde se han sectorizado a las pacientes por servicios, así en el Monoblock Obstétrico, se han sectorizado a las pacientes obstétricas de la siguiente manera:

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

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

Debemos recordar que existe un área para pacientes que deben ser Aislados, asignándose dos camas en cada servicio de hospitalización general.

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

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

El Servicio bajo tarifario diferenciado, “Clínica”, cuenta con 30 camas de hospitalización para pacientes obstétricas y ginecológicas, además de contar con un ambiente para el alojamiento conjunto de los neonatos.

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

A diferencia de otros establecimientos en el Servicio de Emergencia no se tienen pacientes hospitalizadas, quedándose pocas horas, luego de las cuales son dadas de alta, o pasan a los Servicios de Hospitalización, Centro Obstétrico, Sala de Operaciones o UCI Materna.

Tabla N° 26. Distribución de camas por servicios. INMP 2015

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

IV.4.2. Consultorios externos.

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

Tabla N° 27. Número de ambientes físicos y funcionales por especialidad en el INMP

Consultorios	2015	
	Físicos	Funcionales
Obstetricia	8	12
Ginecología	4	6
Oncología	2	3
Climaterio	1	1
Infertilidad	3	3
Oftalmología	2	2
Cardiología	1	2
Endocrinología	1	1
Medicina Interna	1	1
Puerperio	1	2
Medico de Personal	1	1
Ecografías	2	4
Genética	1	1
Diagnóstico por Imágenes	3	4
Anestesiología	1	1
Pediatría	3	6
Rehabilitación	1	2
Dental	2	3
Peso - talla (traje) Adulta	1	1
Servicio Social	3	3
Servicio Social Pediatría	1	2
Psicología	2	2
Psicología Pediatría	1	1
Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva	1	2
Entrega Sanitaria de Prevención y Control TBC	1	1
Inmunizaciones (adulto)	1	1
Inmunizaciones Pediatría	1	2
Estrategia Sanitaria de Medicina Preventiva	1	2
Consejería Salud Reproductiva del Adolescente	1	1
Consejería Climaterio	1	1
Psicoprofilaxis	1	2
Estimulación Prenatal	1	2
Tópico Enfermería	1	1
Terapia Física	3	3
Lactancia Materna	1	1
Peso - talla (traje) Pediatría	1	1
Total	61	84

Tabla N° 28. Número de ambientes físicos y funcionales en consultorios de Obstetricia y Ginecología

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

IV.4.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón.

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

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

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

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

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

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

3° piso. Hospitalización de Neonatología. Distribuido en:

- UCI Neonatal, que cuenta con una capacidad instalada de 30 cunas, dividida en UCI-A, UCI B y UCI C.

- Intermedios Neonatales, que cuenta con una capacidad instalada de 70 cunas, dividida en Intermedios I, II, III y IV.

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

IV.5. Cartera de Servicios del INMP.

Servicios Finales:

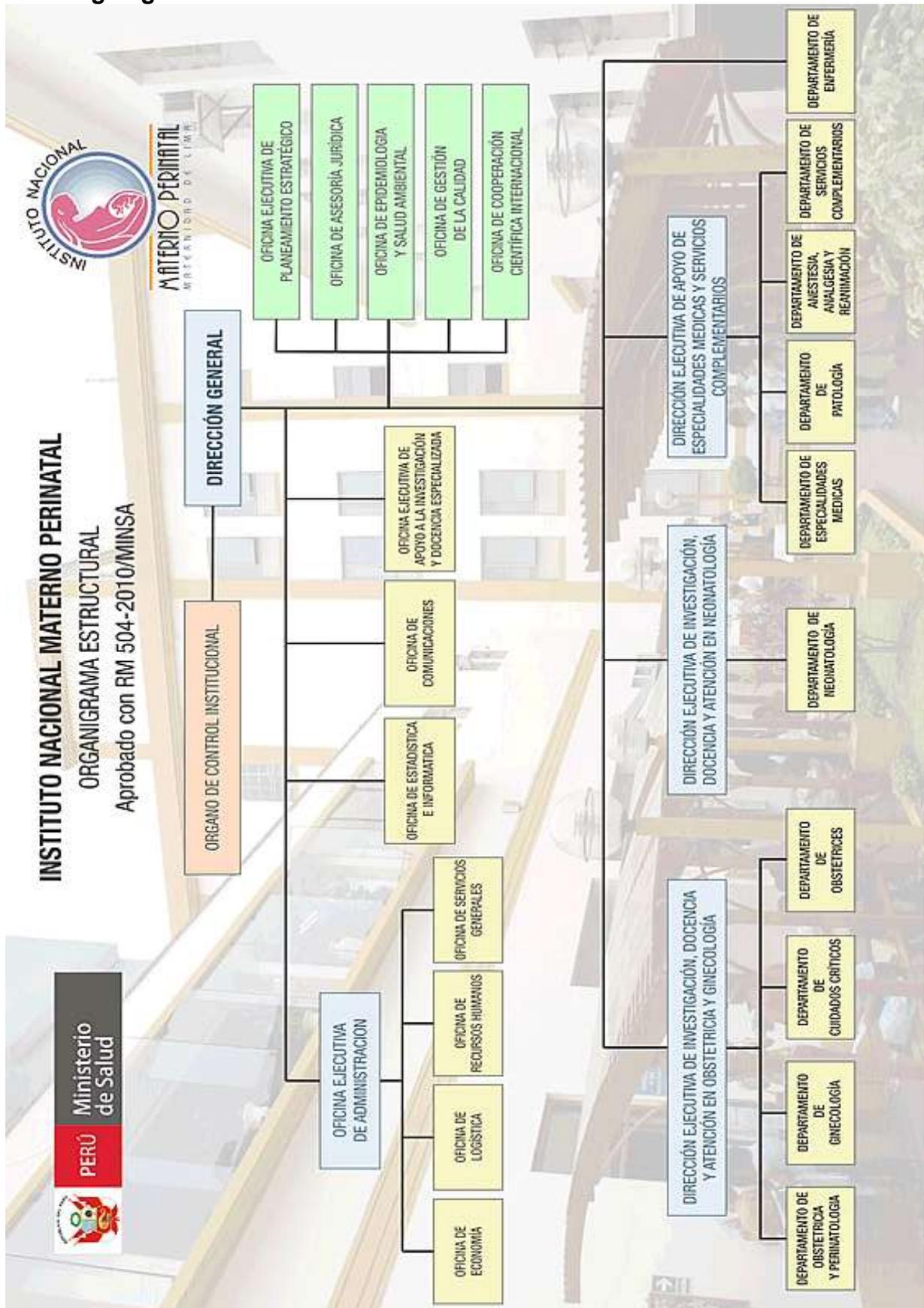
- a) Obstetricia:
 - Atención de morbilidad materna no complicada
 - Atención de morbilidad materna severa o extrema
 - Atención integral diferenciada de Adolescencia
 - Cirugía obstétrica
 - Endocrinología obstétrica
 - Atención del parto
 - Unidad de Cuidados Intensivos Materna
 - Psicoprofilaxis obstétrica
 - Medicina Fetal
 - Consulta externa obstétrica
- b) Ginecología
 - Ginecología General
 - Climaterio
 - Infertilidad
 - Colposcopia
 - Cirugía ginecológica
 - Consulta externa ginecológica
 - Ginecología urológica
- c) Neonatología
 - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
 - Procedimientos invasivos en Neonatología
 - Cuidados Intermedios Neonatales
 - Seguimiento ambulatorio del niño que nace con problemas neonatales que puede llevar a patología del desarrollo
 - Cirugía Neonatal
 - Control de crecimiento y desarrollo
 - Medicina Física y Rehabilitación
 - Atención inmediata del recién nacido
 - Tamizaje hipoacusia a través de emisiones otoacústicas
- d) Estrategias y Programas
 - CRED – Lactancia Materna
 - Materno neonatal
 - Planificación familiar
 - Atención integral de la adolescente
 - Control de cáncer ginecológico
 - Climaterio

- CETSS (Control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA)
- Control de Tuberculosis
- Inmunizaciones
- Psicoprofilaxis obstétrica
- Defensoría del niño y la mujer
- Tamizaje neonatal
- e) Servicios de proyección comunitaria
- f) Capacitación
 - Sistema de capacitación personalizada (SICAP)
 - Sistema de capacitación virtual (SICAV)
 - Formación de especialistas y subespecialistas en áreas de Gineco Obstetricia, Neonatología y Anestesiología Obstétrica
- g) Investigación
- h) Telesalud
- i) Asistencia técnica directa

Apoyo Asistencial:

- a) Especialidades de apoyo a Gineco Obstetricia y Neonatología
 - Oftalmología
 - Odontología
 - Cirugía Oncológica
 - Cardiología
 - Medicina Interna
 - Psicología
 - Endocrinología
 - Anestesiología
- b) Laboratorio y Patología Clínica
 - Anatomía Patológica
 - Laboratorio Clínico
 - Banco de Sangre
- c) Diagnóstico por Imágenes: Ecografía, Radiología
- d) Farmacia
- e) Nutrición
- f) Servicio Social

IV.6. Organigrama del INMP.



IV.7. Recursos Humanos 2015

Tabla 29. Recursos Humanos del INMP 2015, según grupo ocupacional

Grupo Ocupacional	Modalidad contractual (N° Contratos)			
	Nombrados	CAS	M. Residentes	Total
Asistenciales				
Anatomía patológica	7	1		8
Anestesiología	18	13		31
Cardiología	1			1
Cardiología pediátrica				0
Cirugía general	1		64	65
Endocrinología	1			1
Genética medica	1			1
Ginecología oncológica				0
Ginecología y obstetricia	77	15		92
Hematología				0
Medicina física y rehabilitación	1			1
Medicina intensiva	30	1		31
Medicina interna	1			1
Nefrología pediátrica				0
Neonatología	36			36
Oftalmología	1			1
Patología clínica		1		1
Pediatría		2		2
Radiología	2			2
Epidemiología				0
Médico Auditor		7		7
Profesional en Ciencias de la Salud	3	1		4
Optómetra		1		1
Obstetras	180	12		192
Biólogo	4	4		8
Auxiliares en salud	20	11		31
Odontólogos	3			3
Enfermeras	177	115		292
Químicos Farmacéutico/BQ	6	7		13
Psicólogo	8			8
Nutricionista				0
Trabajo Social	27	5		32
Tecnólogo Médico	26	7		33
Técnico en Salud	595	86		681
Administrativos				
Profesionales Administrativos	40	17		57
Técnicos Administrativos	131	27		158
Auxiliares Administrativos	12	17		29

Tabla 30. Estructura de Recursos Humanos del INMP 2015, según cargo y tipo de contrato.

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

Técnico en Laboratorio	18	2	20
Técnico en Nutrición	30	0	30
Técnico en Transportes	2	0	2
Técnico en Seguridad	2	0	2
Técnico Electricista	1	1	2
Técnico en Capacitación y Difusión	1	0	1
Técnico en Computación	0	9	9
Técnico en Archivo	1	0	1
Técnico en Farmacia	2	4	6
Técnico en Mantenimiento de Equipos	0	1	1
Auxiliares Categorizados	31	20	51
Auxiliar Administrativo	10	5	15
Auxiliar de Nutrición	7	8	15
Auxiliar de Farmacia	2	0	2
Auxiliar de Mecánica	1	0	1
Auxiliar de Enfermería	1	1	2
Auxiliar de Laboratorio	1	0	1
Auxiliar de artesanía	0	6	6
Trabajador de Servicios	9	0	9
Total:	1460	338	1796

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

Tabla 31. Médicos según especialidad del INMP 2015

Médicos	N°
Médicos Gineco Obstetras	92
Médicos Pediatras	36
Cirujanos Pediatras	5
Anestesiólogos	18
Intensivistas	3
Medico Oncólogo Quirúrgico	2
Médicos Radiólogos	2
Cardiólogo	1
Médico Internista	1
Oftalmólogo	1
Endocrinólogo	1
Medicina Física y Rehabilitación	1
Genetista	1
Anatomopatologos	
Patólogos Clínicos	6
Hematólogo	1
Médicos Auditores	
Médico Cirujano	
Médicos de CENARUE	
Médicos Residentes de Gineco Obstetricia	44

Médicos Residentes de Anestesiología	16
Médicos Residentes de Neonatología	4

Tabla 32. Profesionales No Médicos del INMP 2015.

Tipo de Profesional	N°
Biólogos	
Obstetrices	30
Enfermeras	138
Tecnólogos Médicos	
Químico Farmacéuticos	1
Técnicos de Enfermería	13
Técnicos del Departamento de Patología	
Asistentes Sociales	
Psicólogos	3
Odontólogos	1

IV.8. Análisis según Unidades Productoras de Servicios (UPSS).

IV.8.1. UPSS Emergencia.

En los últimos años se ha presentado un incremento sostenido de la demanda de atención de emergencia, lo que se evidencia en el gráfico N° 42 y en la tabla N° 34, esto puede estar en relación a que actualmente se reciben todos los casos de pacientes con SIS y que anteriormente sólo se les aceptaba si venían con referencia coordinada.

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

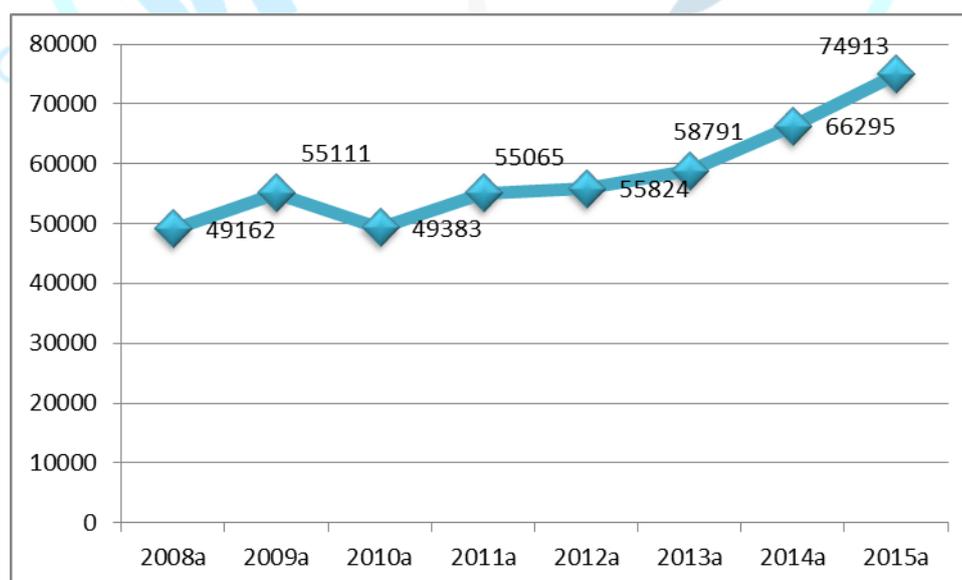


Tabla N° 33. Indicadores de Emergencia del INMP.

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015
Atendidos	34579	36586	37887	48763	34266
Atenciones	55065	55824	58791	70143	98965
Concentración	1.6	1.5	1.5	1.4	2.9
Hospitalizados por Emergencia	18947	19592	19998	20371	19441
Ecografías	14690	16866	16594	19257	16852
AMEU	4,254	4139	3858	4034	4071
LU	36	7	19	28	23
Partos	8	4	0	13	6

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

Gráfico N° 43. Distribución de las atenciones de emergencia por especialidad 2015

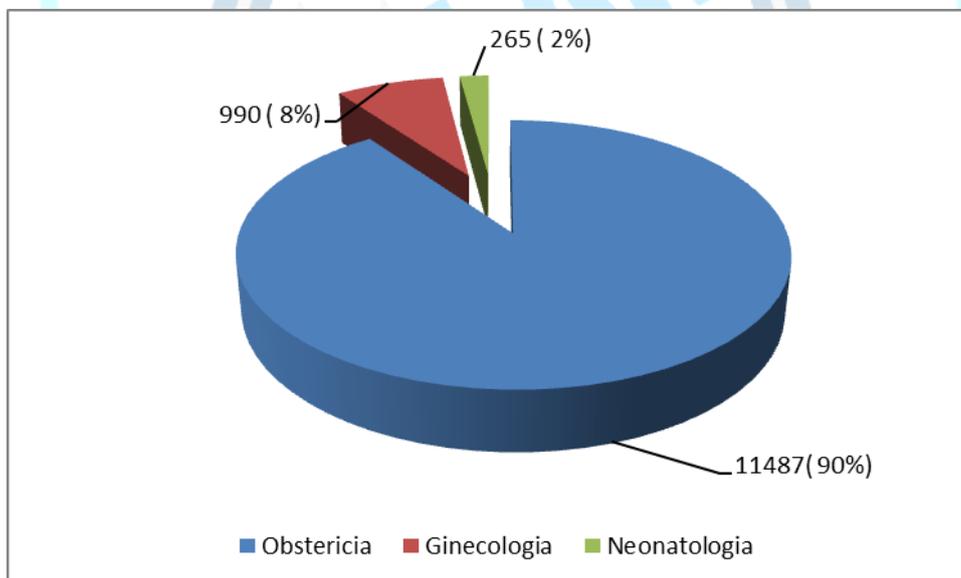


Tabla N° 34. Diagnósticos Obstétricos más frecuentes en Emergencia.2015

Descripción	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
Falso trabajo de parto a las 37ss y >	18669	38%	20780	34%	18574	33%
Amenaza de aborto	9055	19%	5178	8%	7615	13%
Trabajo de parto en emergencia	4677	10%	8766	14%	6722	12%
Aborto incompleto sin complicación	3001	6%	2409	4%	3407	6%
Cesareada anterior	2205	5%	1362	2%	1784	3%
RPM	2005	4%	2266	4%	3479	6%
Amenaza de parto pretermino	1933	4%	1381	2%	2024	4%
ITU en el embarazo/ Infección genital	1833	4%	1686	3%	1492	3%
Otros diagnósticos	5544	11%	17261	28%	11403	20%
Total	48,922	1	61,089	1	56,500	1

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

Descripción	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hemorragia vaginal y uterina anormal	810	32%	785	29%	994	37%
Hemorragia vaginal y uterina disfuncional	246	10%	237	9%	194	7%
Leiomiomatosis uterina	236	9%	243	9%	260	10%
Dolor abdominal	176	7%	120	4%	41	2%
Enfermedad inflamatoria pélvica	169	7%	118	4%	157	6%
Atención post AMEU	106	4%	232	9%	195	7%
AMEU insuficiente	75	3%	76	3%	76	3%
Infección Urinaria	66	3%	86	3%	89	3%
Otros diagnósticos	662	26%	786	29%	724	27%
Total	2546	100	2683	100	2683	100

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

Tabla N° 36. Destino de las pacientes hospitalizadas por Emergencia.

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
CENTRO OBSTETRICO	525	435	539	474	516	487	551	514	573	515	521	584	6234
CENTRO QUIRURGICO	261	237	347	261	303	340	334	328	379	282	341	307	3720
CLINICA	49	120	4	6	13	9	74	53	74	14	6	13	435
GINECOLOGIA	28	25	39	23	30	39	44	51	49	42	30	31	431
INTERMEDIOS NIÑOS	15	15	27	22	31	24	13	25	20	23	21	23	259
SERV A	158	99	183	149	192	172	200	217	192	125	135	138	1960
SERV B	316	393	337	293	321	261	299	325	377	207	227	263	3619
SERV C	220	139	275	238	256	226	209	246	247	172	198	199	2625
SERV D	164	62	206	148	201	179	197	207	206	126	132	158	1986
SERV E	171	192	50	109	5	20	165	164	222	127	31	41	1297
UCI MATERNO	10	5	9	6	13	14	18	16	8	3	12	10	124
UCI NEO	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	6
Total general	1917	1722	2016	1729	1881	1771	2104	2147	2349	1636	1655	1769	22696

IV.8.2. UPSS Hospitalización

IV.8.2.1. Hospitalización de Obstetricia.

- **Indicadores de Proceso en Obstetricia.**

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

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

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

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

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

Tabla N° 37. Tendencia de Indicadores de proceso en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estancia post parto vaginal (días)	2.9	3.0	2.6	2.6	2.6	2.7
Estancia post parto vaginal sin patología	2.3	2.5	2.5	2.4	2.5	2.4
Estancia post parto vaginal con patología	3.5	4.2	3.9	4.0	2.8	3.6
Estancia post parto cesárea (días)	4.8	4.4	5.0	5.1	4.5	4.8
Estancia post aborto (días)	2.9	2.4	2.6	2.7	2.9	2.7
Estancia gestante	3.4	3.4	3.6	3.5	4.2	3.6
Estancia puérpera	5.4	5.3	5.2	5.0	6.4	5.5
% ocupación cama en obstetricia	84.2%	83.4%	81.1%	80.1%	81.2%	82%
Intervalo de sustitución en obstetricia	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Rendimiento cama Obstetricia	5.5	5.0	5.6	5.5	5.4	5.4

• **Indicadores de Resultado en Obstetricia.**

Como se observa en la tabla N° 38, en los últimos 2 años se ha presentado un aumento del total de partos, asimismo hay una tendencia al aumento del porcentaje de cesáreas, que para el 2015 en un 45 %.

El aumento en la cantidad de partos también se ha visto en las adolescentes en 18%, manteniéndose la distribución por grupos etáreos, siendo la mayoría mayores de 17 años. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas aumentado en 32%, dato que tiene relación con las estadísticas de años anteriores, solo en el 2014 hubo disminución pero esto es explicable por la huelga médica.

Tabla N° 38. Tendencia de atención de partos en el INMP.

Población General	2011	2012	2013	2014	2015
Promedio Parto Mensual	1253	1332	1414	1445	1800
Promedio Parto Diario	41	44	47	48	60
Total Partos Vaginales	8441	8759	9410	10481	11957
Total Partos por Cesárea	6592	6969	7562	6858	9648
% de Cesárea	43.8	44.3	44.5	39.5	44.7%
Total Partos en el Año	15033	15728	16972	17339	21605
Partos Atendidos en Emergencia	8	4	2	13	15
Partos Gemelares	194	242	249	83	484
Partos Trillizos	5	2	2	4	19

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

Población de Adolescentes	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Partos de 10 a 13 años	17	18	18	19	5	5
Partos de 14 a 16 años	503	439	553	579	340	480
Partos de 17 a 19 años	2,157	1,901	2019	2050	2045	2334
Total partos vaginales	1,857	1,582	1787	1832	1749	1970
Total partos cesárea	820	766	803	816	641	849
% de cesáreas	30.6	32.6	31	30.8	26.8	30.1
Total partos adolescentes	2,677	2,348	2590	2648	2390	2819

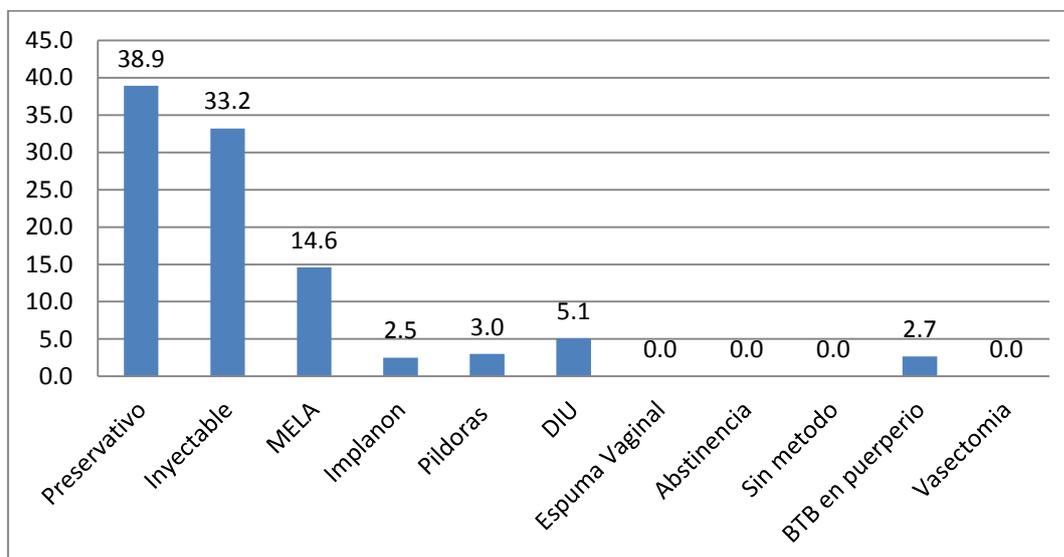
En la siguiente tabla se muestran los egresos hospitalarios, distribuidos de acuerdo al motivo de hospitalización, observándose un incremento en el total de egresos en 22% en referencia la año anterior. Se nota mayor incremento en egresos por cesárea en 46%, egreso por aborto 42% y egreso por parto vaginal 17% con relaciona al año 2014. Pero la tendencia de continuar incrementando es en partos vaginales.

Tabla N° 40. Egresos hospitalarios en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Parto vaginal	10,134	8,441	8,759	9,410	10,180	11,957
Parto por cesárea	6,744	6,592	6,969	7,562	6,612	9,648
Egreso aborto	1,146	910	885	669	522	765
Egreso como gestante	2,112	2,139	2,212	2,147	2,050	2,388
Egreso como puérpera	235	218	206	162	173	265
Total de egresos obstétricos	20,371	18,300	19,031	19,950	20,371	24,879

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

Gráfico N°44. Anticoncepción al egreso. INMP - 2015.



IV.8.2.2. Hospitalización de Ginecología.

En el Servicio de Ginecología, la mayoría de las pacientes hospitalizadas ingresan para cirugías electivas con estancias cortas. Sin embargo, se cuenta con un ambiente para Cuidados Intermedios, donde se hospitalizan pacientes más delicadas que ameritan un mayor control, siendo la mayor parte de las mismas pacientes obstétricas que salen de UCI, lo que explica la mayor estancia al compararla con las de Obstetricia.

Se evidencia una subutilización del servicio de hospitalización, lo que se refleja en el porcentaje de ocupación de camas bajo y un intervalo de sustitución alto.

Tabla N° 41. Tendencia de Indicadores de proceso en Ginecología.2015

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estancia ginecológica (días)	5.4	5.4	5.8	5.6	4	3.9
% ocupación cama en ginecología	71.30%	68.50%	74.70%	71.40%	71.70%	71.52%
Intervalo de sustitución ginecología	1.6	1.5	1.4	1.7	2.8	1.8
Rendimiento cama ginecológica	4.4	4	4	4	4	4

IV.8.2.3. Hospitalización de Neonatología.

- Indicadores de proceso en Neonatología.

En Neonatología el porcentaje de ocupación es bastante alto, para el 2015 ha llegado a ser 104.7% en UCIN, debido a que la mayoría de pacientes hospitalizados en Neonatología tienen largas estancias por prematuridad, además que el INMP por ser centro de referencia, constantemente recibe gestantes con patologías como Preeclampsia u otras que obligan a tener que interrumpir el embarazo prematuramente haciendo que la demanda supere la oferta. Así, en los últimos meses del 2015, se sobrepasó la capacidad instalada de la UCI Neonatal y de Intermedios, condicionando un incremento del riesgo de infecciones intrahospitalarias.

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

Hospitalización	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Promedio de estancia en UCIN (días)	16.4	14	13.2	14.1	18.9	20.2
Promedio de estancia en Intermedios (días)	15.0	13	12.6	13.1	12.9	5.4
% Ocupación Cama UCIN	95.5	96.6	96.3	96.5	100.5	104.7
% Ocupación Intermedios	94.7	93.5	94.7	94	90.3	101
Intervalo de sustitución UCIN	0.8	0.5	0.5	0.5	0.1	-0.9
Intervalo de sustitución Intermedios	0.8	0.9	0.7	0.8	0.5	-0.1
Rendimiento cama-mes UCI Neonatal	1.8	1.8	1.9	1.7	1.9	1.7
Rendimiento cama-mes Intermedios	4.5	4.9	5.1	5.3	5.4	5.8

- **Indicadores de resultado en Neonatología.**

En los últimos años se ha presentado un incremento en el total de nacimientos, manteniéndose un ligero incremento del porcentaje de recién nacidos de bajo peso en 9.5% y muy bajo peso ha disminuido en un 6.7% en relación al año 2014; de igual forma el porcentaje de recién nacidos prematuros se mantiene entre 9.57%

Por otro lado hubo un repunte en el porcentaje de neonatos que requirieron hospitalización (Gráfico N° 47), llegando en el 2014 al 25.39% y para el 2015 de 23.17%, sin embargo aumentado ligeramente el porcentaje de los neonatos que necesitaron la UCI-N. Se explica esta situación porque la mayoría de las pacientes se encuentran aseguradas (SIS) y no existe la necesidad que traigan hoja de referencia para ser atendidas y se les asegura a las que no cuentan con este beneficio, lo ha llevado a l aumento en la atención.

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

Resultado	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recién nacidos vivos	16,879	15176	16068	17089	19801	21714
Natimueertos	197	171	167	223	192	204
Total Nacimientos	17,076	15,347	16235	17303	19993	21918
Nacimientos Bajo Peso	1372	1345	1366	1401	1577	1645
Nacimientos Muy Bajo Peso	381	364	380	397	410	276
Nacimientos Pre-Termino	1462	1426	1653	1722	1791	1837
Apgar ≤ 3 a los 5 Min	317	376	399	416	139	187
Apgar < 6 a los 5 Min	154	182	201	219	222	229
Total ingresos	2205	2280	2280	2345	5078	5033
Ingresos a UCI	701	646	621	675	565	606
Promedio diario de RN en Alojamiento Conjunto	38.3	32	35	42	38	47.3
Egresos de RN vivos	1924	2045	2144	2233	3738	5306
Egresados fallecidos post neonatal	213	164	170	181	165	171

Gráfico N° 45. Tendencias de nacimientos de RN de bajo y muy bajo peso al nacer. 2015

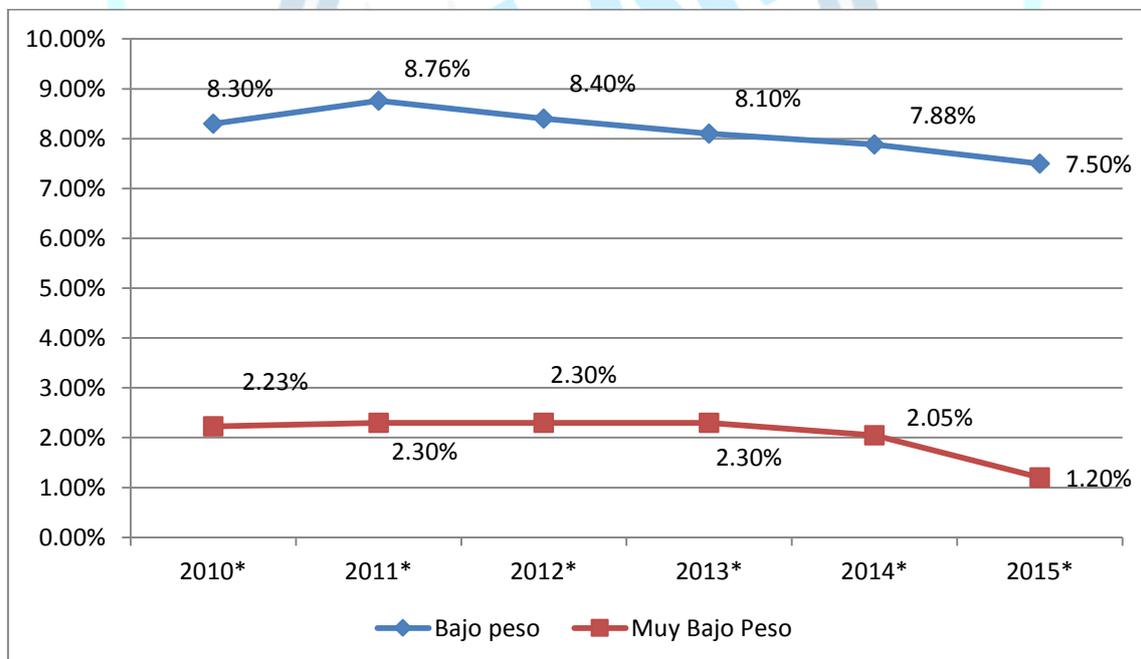
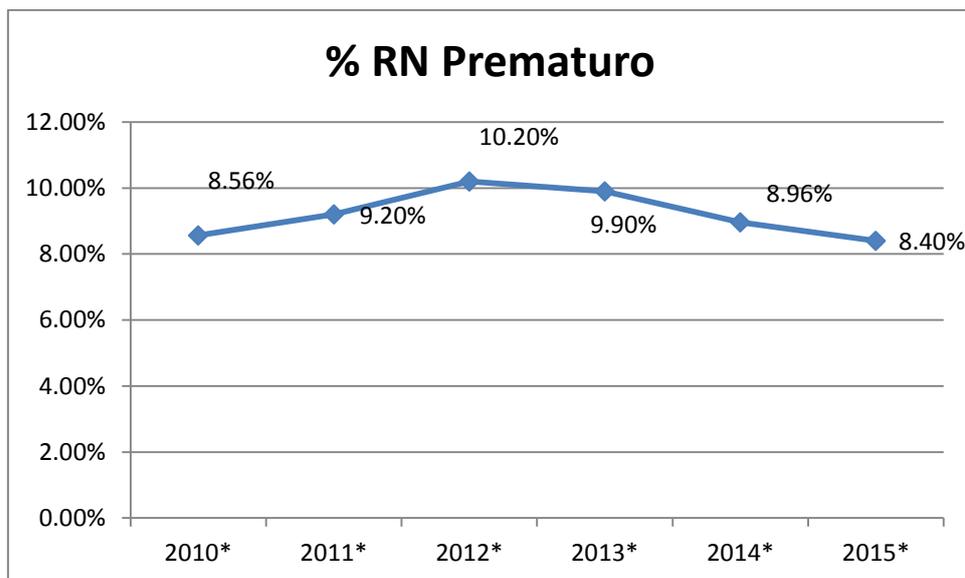
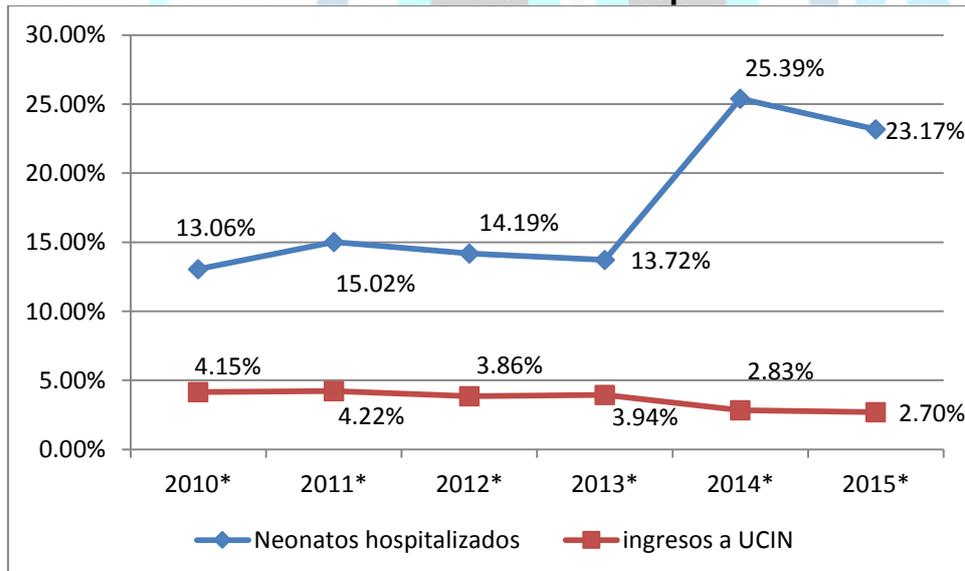


Gráfico N° 46. Tendencias de nacimientos de prematuros 2010-2015



Elaborado .OESA

Gráfico N° 47. Tendencias de neonatos hospitalizados.2010-2015



Elaborado. OESA

IV.8.3. UPSS Centro Quirúrgico.

Productividad en Sala de Operaciones

Como se observa en la tabla N° 44, la mayor parte de intervenciones son de tipo gineco-obstétricas y sólo cerca al 1 % corresponden a intervenciones en neonatos.

Tabla N° 44. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas según especialidad.

En la Tabla N° 44 se observa hay un incremento cirugías ginecológicas esta aumentaron el doble, las cirugías neonatales 12 % y las intervenciones

Intervenciones Quirúrgicas	2011		2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Intervenciones Obstétricas operadas	7,058	80%	7589	82%	8032	83%	9872	90%	10196	83%
Intervenciones Ginecológicas operadas	1,703	19%	1604	17%	1460	15%	995	9%	2020	16%
Pacientes Neonatales operados	114	1%	105	1%	143	1%	107	1%	117	1%
Total de Intervenciones	8,875	1	9,298	1	9,635	1	10,974	1	12,333	1

quirúrgicas de Obstetricia en 5%, que en su mayoría son cirugías de emergencia; teniendo como referencia con las cifras del año 2014.

Pero si lo vemos dentro del año tendremos que las obstétricas son mayores en relación con las cirugías ginecológicas y neonatales.

En la tabla n°45 se observa un incremento de los procedimientos realizados en Sala de Operaciones para resolver complicaciones de parto vaginal. Por otro lado se observa que para los casos de aborto de mayores de 13 semanas de gestación se lleva a cabo en sala de operaciones y las menores de 13 semanas que no presentan complicaciones son manejadas en el servicio de Emergencia a través del AMEU.

Tabla N° 45. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas en Obstetricia.

Intervenciones Obstétricas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 *
Cesáreas	7255	6755	6613	7095	7497	7347	7811
Cesáreas	6428	5945	5936	6558	6876	6615	7783
Cesáreas + histerectomía	17	16	10	49	16	18	28
Cesáreas + BTB	780	794	667	518	605	495	643
Colocación de cerclaje	8	6	4	8	5	5	10
Retiro de cerclaje	0	1	0	0	0	0	0
Complicaciones post Parto	128	101	90	121	135	155	98
Sutura de desgarros cervicales	22	18	17	24	9	27	8
Sutura de desgarros vaginales	50	45	33	61	71	47	54
Drenaje de hematoma vaginal	7	7	6	1	7	8	1
Debridación de hematoma	14	16	16	9	18	38	13
Debridación de hematoma post cesárea	20	9	5	8	6	13	7
Extracción manual de placenta	15	6	13	18	24	21	15
Abortos	376	393	352	361	395	342	348
Legrado uterino por aborto	357	364	335	342	362	324	303
AMEU por aborto	17	29	19	18	33	139	45
LU por mola hidatiforme	2	0	0	1	0	0	0
Total Intervenciones	7767	7256	7058	7589	8032	7849	8267

Intervenciones Ginecológicas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Abdominales	833	796	851	791	671	566	752
Histerectomías Abdominales	284	253	250	253	216	162	206
➤ Histerectomía Abdominal total o sub total	222	224	197	217	183	121	193
➤ Histerectomía ampliada a vagina	42	25	50	36	28	32	7
➤ Histerectomía radical	20	4	3	0	5	9	6
Miomectomía	75	75	94	85	91	67	109
Cistectomía	134	132	145	128	120	96	126
Ooforectomía y/o Salpingectomía	211	237	240	243	191	155	213
Plastía tubárica	18	13	32	34	22	33	25
Otras cirugías Abdominales	115	82	95	47	46	53	73
Vaginales	212	199	156	152	181	109	179
Histerectomías vaginales	26	42	16	24	39	32	13
Colporrafia	139	117	109	108	119	50	134
Otras cirugías Vaginales	47	40	31	21	23	27	32
Cuello Uterino	46	36	33	23	14	41	32
Conización	28	33	26	13	13	27	23
Otras cirugías de cervix	18	3	7	10	1	14	9
Laparoscopías	430	390	404	355	387	304	342
Laparoscopías Quirúrgicas	263	314	281	301	267	253	281
➤ Cistectomía laparoscópica	21	13	21	18	23	16	19
➤ Histerectomía laparoscópica	35	16	9	5	18	11	16
➤ Colectomía laparoscópica	1	0	0	2	1	0	1
➤ Miomectomía laparoscópica	3	3	0	1	0	9	0
➤ Otras laparoscopías quirúrgicas	199	282	251	274	225	217	245
Laparoscopías Diagnóstica	167	76	123	55	120	51	61
Histeroscopia Quirúrgica	115	85	26	54	67	47	43
Legrado uterino ginecológico	68	61	54	61	44	35	70
AMEU ginecológico	5	8	9	5	16	18	10
Mamas	38	53	33	48	51	33	43
Mastectomía	9	25	13	5	7	10	12
Otras cirugías de mamas	28	27	20	43	44	23	31
Total Intervenciones	2085	1878	1703	1604	1460	1114	1471

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

En cuanto a las intervenciones ginecológicas presenta un incremento en la atención en procedimientos tanto abdominales como vaginales, pero en relación a las intervenciones en laparoscopia quirúrgica se observa una gran disminución con respecto a los años anteriores.

Tabla N° 47. Tendencia de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

AQV	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BTB intervalo	234	235	130	119	124	75	604
Vasectomía	24	15	7	24	4	4	10
Total Intervenciones	258	250	137	133	128	79	614

En lo referente a anticoncepción quirúrgica voluntaria, se nota un incremento considerable de este tipo de intervenciones, por lo que se debe continuar fortalecimiento de planificación familiar (en la Tabla N° 47 sólo se consideran a los BTB de intervalo).asimismo podemos apreciar la duplicación de vasectomía

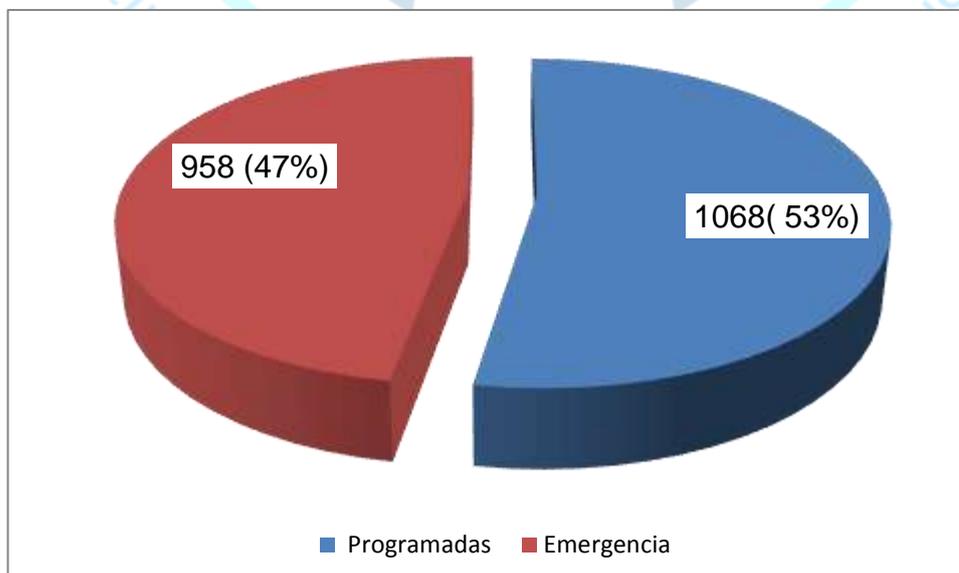
Porcentaje de Operaciones de Emergencia

Como se puede ver en los siguientes gráficos la mayoría de intervenciones obstétricas son realizadas como emergencia, y sólo un 23% se realizan en forma electiva, esto debido al grado de complejidad de las pacientes que son atendidas en el instituto. En las operaciones ginecológicas presenta se presenta un cambio existe mayor porcentaje de programadas(53%)

Gráfico N° 48. Tipo de Intervenciones Obstétricas 2015



Gráfico N° 49. Tipo de Intervenciones Ginecológicas 2015



IV.8.4. UPSS Centro Obstétrico.

A Centro Obstétrico llegan las gestantes que se encuentran en trabajo de parto, las que ameritan realizar tocólisis por amenaza de parto pretérmino, y las que necesitan de monitoreo electrónico fetal.

En la Tabla N° 49 vemos los indicadores de proceso, evidenciándose un incremento en los procedimientos de atención previos a la atención del parto propiamente dicha; todos estos procesos tienen que ver con una mejora en la calidad de atención, con el objetivo de disminuir los eventos adversos.

Debemos tener en cuenta que estos procedimientos requieren un monitoreo estricto, que muchas veces amerita que la paciente permanezca en el servicio por varias horas, como en el caso de las inducciones, acentuaciones de parto y tocólisis.

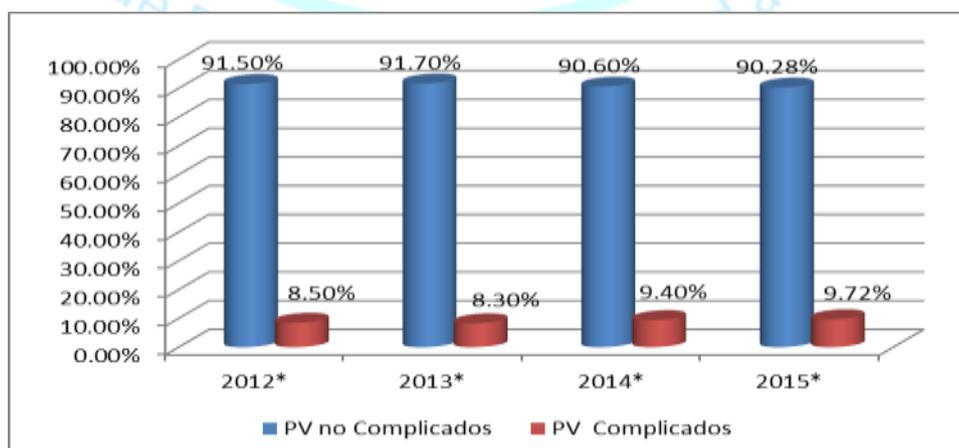
De esta manera, la mayor parte de los partos atendidos en el INMP, no presentaron complicaciones, lo que se puede apreciar en el gráfico N°50.

Tabla N° 48. Indicadores de proceso de Centro Obstétrico. 2012 – 2015.

Procedimientos anteparto	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inducciones	97	0.83	114	0.9	77	0.54	43	0.28
Acentuaciones	2708	23.44	3660	28.94	4217	29.4	3756	24.7
Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	7844	67.9	8675	68.59	10049	70.2	10169	66.8
Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto	885	7.66	1038	8.2	1103	7.7	1049	6.9
Ecografía Obstétrica	44	0.38	84	0.66	97	0.68	135	0.88
Amnioscopia	8	0.07	0	0	0	0	0	0
Tocólisis	689	5.96	679	5.36	932	6.5	882	5.8
Tocólisis exitosa	556	4.81	543	4.29	719	5.0	698	4.6
Analgesia de parto	1631	14.12	2389	18.89	2694	18.8	2317	15.2
Total de atendidas	11553	100	12648	100	14322	100	15231	100

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Gráfico N° 50. Partos vaginales no complicados vs complicados



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

Tabla N° 49. Indicadores de Humanización del Parto en el INMP.

Procedimiento	2012	2013	2014	2015
Partos verticales	1239	1541	2476	4032
Analgesia de parto	1631	2389	2694	2317
Partos con acompañante	3967	4849	5434	6776

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

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

Tabla N° 50. Complicaciones del parto INMP. 2012 – 2015.

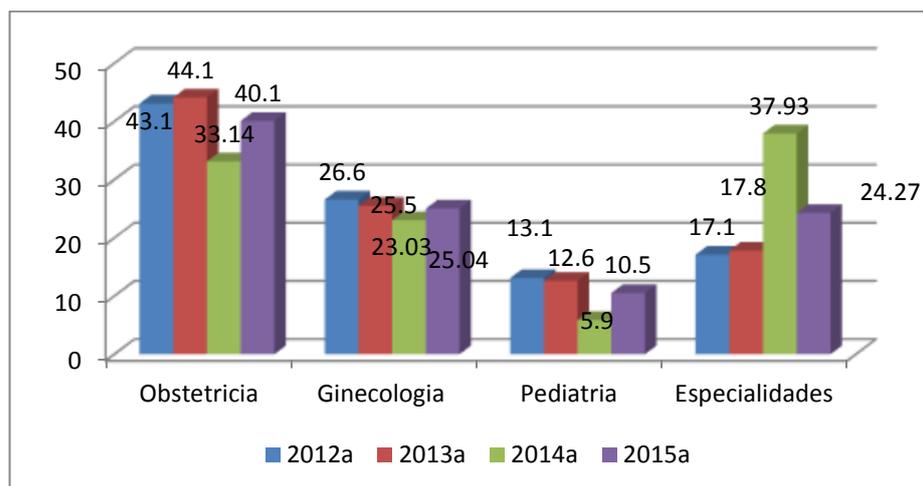
Complicaciones post parto vaginal	2012		2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Revisión de Canal del Parto	255	2.88	239	2.48	295	2.67	284	2.34
Legrado Uterino Puerperal	442	4.99	508	5.27	483	4.37	508	4.23
Extensión de Episiotomía	201	2.27	238	2.47	335	3.03	358	2.98
Desgarros Vaginales	323	3.65	368	3.82	500	4.53	564	4.7
Desgarros Cervicales	58	0.65	35	0.36	28	0.25	63	0.52
Hemorragia post parto: Hipotonías uterinas	75	0.84	88	0.91	86	0.78	71	0.59
Hemorragia post parto: Atonías uterinas	16	0.18	7	0.07	23	0.21	37	0.31
Hemorragia post parto: Desgarro Vaginal	29	0.33	10	0.1	13	0.12	24	0.20
Retención Placentaria	51	0.57	50	0.52	57	0.52	49	0.41
Total de partos vaginales	8846	100.0	9629	100	11047	100	11994	100

IV.8.5. UPSS Consultorios externos

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

En los siguientes gráficos vemos la distribución de las atenciones y de pacientes atendidos por especialidades en los 4 últimos años, siendo en el 2015 una disminución en las atenciones de especialidad en relación al incrementó al año 2014.

Gráfico N° 51. Distribución de las atenciones por especialidad INMP 2012-2015.



IV.8.5.1. Consultorios de Obstetricia.

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

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

En cuanto al rendimiento hora médico en control prenatal está dentro del estándar que es de 4, y para este año el rendimiento en control puerperal que es de 3 se puede decir que se logró(2.9).

Tabla N° 51. Indicadores de proceso de Consultorios de Obstetricia.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gestantes atendidas	12239	13504	12818	14374	8690	8883
Atenciones de gestantes	45512	46621	47108	49021	27652	37802
Puérperas atendidas	3160	3512	3505	3671	2291	3007
Atenciones de puérperas	3572	4212	4928	4415	2631	3516
Total de atenciones obstétricas	49084	50833	52036	53436	30283	41318
Concentración de gestantes	3.7	3.5	3	3.4	3.2	4.3
Rendimiento hora-médico en control prenatal	2.5	4.1	4	4.1	3.8	3.7
Concentración de puérperas	1.1	1.2	1.4	1.2	1.1	1.2
Rendimiento hora-médico en control puerperal	3	3	2.9	3	2.4	2.9
Cobertura total control puerperal	17.30%	20.80%	19.90%	20.90%	20.70%	19.92%

IV.8.5.2. Consultorios de Ginecología.

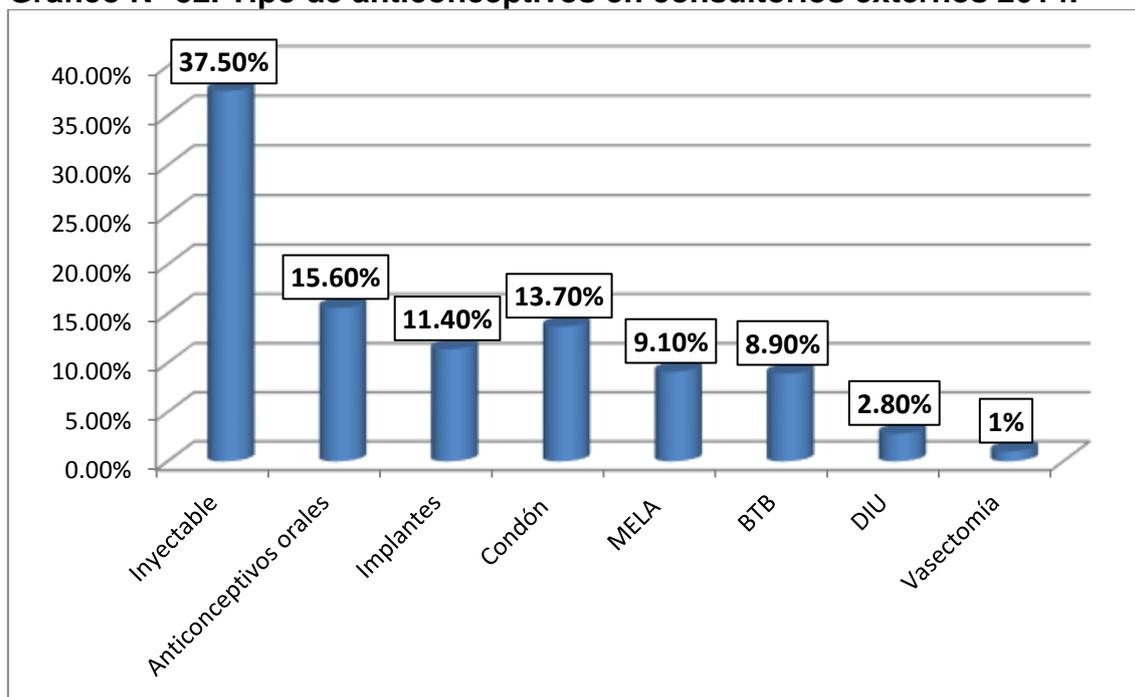
En consultorios externos de Ginecología presento un incremento en relación a lo observado años anteriores, pero en el rendimiento hora-médico se encuentra menor al estándar de 4, amerita mejorar la oferta de servicios.

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

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atendidas ginecológicas	10803	14196	10872	11212	10982	14313
Atenciones ginecológicas	25796	32460	32111	30915	19531	32783
Concentración de pacientes ginecológicas	2.40%	2.30%	2.50%	2.70%	1.80%	2.29%
Rendimiento hora-médico en consultorio de Ginecología	2.90%	3.00%	3.00%	3.00%	2.60%	2.90%

El Departamento de Ginecología también se encarga del consultorio de Planificación Familiar, y en el gráfico 52 podemos observar que los métodos más usados han sido los hormonales, habiendo una aceptación progresiva al uso de implantes, y se mantiene en un porcentaje bajo el uso de DIU.

Gráfico N° 52. Tipo de anticonceptivos en consultorios externos 2014.



IV.8.5.3. Consultorios de Neonatología.

La tendencia de la disminución en las atenciones en consultorios de Neonatología, se vienen manifestando desde años anteriores (no consideramos el año 2014 por la huelga médica); se explica por el déficit de médicos Neonatólogos para programar en consultorios externos, teniendo la alta carga laboral que tienen en hospitalización sobrepasando constantemente la capacidad instalada por ser una institución de referencia nacional.

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

Consultorios Pediatría	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atendidos	11,100	16,232	6,175	8,234	3,562	10,134
Atenciones	29,468	34,274	15,820	15,246	8,729	14,025
Concentración	2.7	2.12	2.6	1.9	2.5	1.4
Rendimiento Pediatra	3.2	3.9	4.2	4	2.8	3.6

IV.8.5.4. Consultorios de Especialidades Médicas.

En el INMP se cuentan con consultorios de otras especialidades médicas para la atención básicamente de gestantes, pacientes ginecológicas y neonatos que requieran de otro tipo de atención especializada, es decir pasan por interconsultas. Así se cuentan con las especialidades de Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología, Rehabilitación y Genética, todos ellos han tenido incremento en las atendidas y las atenciones

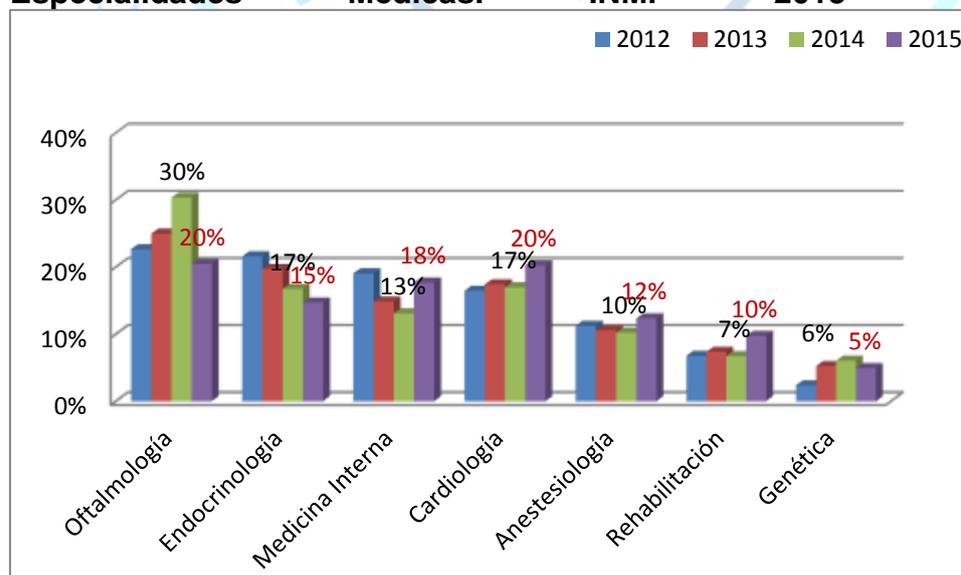
En la tabla N° 54 vemos los indicadores de proceso de los diferentes consultorios de especialidades médicas en los últimos 4 años.

Tabla N° 54. Indicadores de Consultorios de Especialidades Médicas 2012-2015.

Consultorios Especialidades	Atendidas				Atenciones				Concentración					Rendimiento			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Oftalmología	2223	2293	1641	1494	3643	5119	3955	4161	1.6	2.2	2.4	2.4	2.8	3.3	3.8	3.6	3.6
Endocrinología	1530	1829	882	937	3474	4037	2180	2988	2.3	2.2	2.5	2.5	3.2	2.4	2.7	2.7	2.6
Medicina Interna	1815	1863	1155	1695	3065	3044	1706	3596	1.7	1.6	1.5	1.5	2.1	3.1	3.1	2.4	2.9
Cardiología	2001	2926	1901	2266	2648	3565	2212	4119	1.3	1.2	1.2	1.2	1.8	2.4	3	2.7	2.7
Anestesiología	1422	1993	1234	1334	1807	2161	1331	2510	1.3	1.1	1.1	1.1	1.9	1.6	1.7	1.9	1.7
Rehabilitación	765	644	641	155	1086	1506	875	1983	1.4	2.3	1.4	1.4	12.8	1.2	1.6	1.3	1.4
Genética	141	500	409	429	380	1069	785	1002	2.7	2.1	2	1.9	2.3	1.1	2.2	1.5	1.6

La mayor parte de atenciones en Especialidades Médicas corresponden al Consultorio de cardiología, medicina interna y anestesiología, los que han incrementado en relación a los años anteriores, teniendo en cuenta que se atiende a gestantes y púerperas con trastornos hipertensivos del embarazo, y también a recién nacidos prematuros con secuelas neurológicas que son atendidos por Rehabilitación que también manifiesta un aumento en sus atenciones.

Gráfico N° 54. Distribución de las atenciones en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2013 - 2015.



IV.8.5.5. Consultorios de Especialidades No Médicas.

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

Tabla N° 55. Indicadores de proceso de Consultorios de Especialidades no Médicas. INMP 2012-2015.

Consultorios Especialidad es No Médicas	Atendidas				Atenciones				Concentración				Rendimiento			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Odontología	8,264	6,235	4559	3780	9,037	7,829	5672	7790	1.1	1.2	1.1	2.1	3.6	3.4	4.6	3.9
Psicología	2,937	2,548	2280	12562	3,571	3,376	3471	18885	1.2	1.3	1.5	1.5	3	2.9	2.9	2.9
Terapia Física	430	481	3502	102	3,807	5,075	3912	3132	8.8	10.1	1.1	30.7	3.3	3.9	2.1	3.1

IV.9. ANALISIS PRESUPUESTAL.

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

La ejecución presupuestal de la institución ha ido aumentando en los últimos años, llegando a mantenerse cerca del 98% de ejecución en años anteriores, sin embargo para el 2014 este porcentaje fue menor 91% debido a los problemas administrativos que observaron por huelga médica, pero para el 2015 la ejecución presupuestal recupero presentando una ejecución de 96%.

Tabla N° 56. Presupuesto inicial modificado. INMP 2010 - 2015.

Concepto	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*
Recursos Ordinarios(RO)	72,747,218	84,095,906	96,829,227	99,810,718	111,432,727	94,585,785
Recursos Directamente Recaudados(RDR)	11,864,265	19,562,281	17,457,545	20,591,164	25,623,994	21,748,005
Donaciones y Transferencia	6,237,712	4,522,762	4,393,595	5,247,869	11,636,374	24,226,407
Total	90,849,195	108,180,949	118,680,367	125,649,751	148,693,095	140,560,197

Gráfico N° 55. Evolución de la asignación presupuestal. INMP 2007 – 2015.

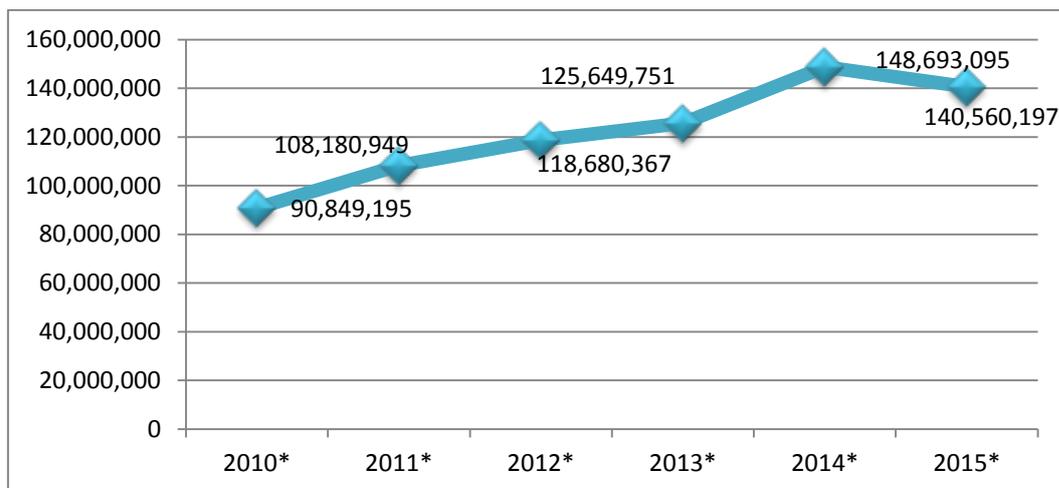
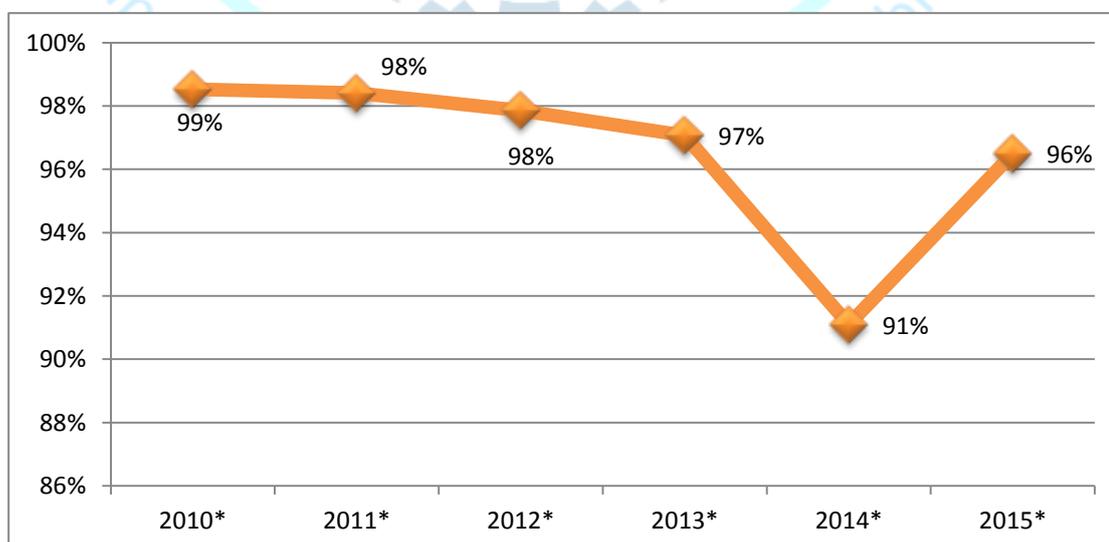


Tabla N° 57. Ejecución presupuestal. INMP 2010 - 2015.

Concepto	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*
Recursos Ordinarios(RO)	72,277,435	83,953,187	94,480,862	99,629,610	111,385,154	94,248,798
Recursos Directamente Recaudados(RDR)	11,566,142	19,179,517	17,346,645	18,200,544	13,217,050	18,463,824
Donaciones y Transferencia	5,665,262	3,321,433	4,305,480	4,139,568	10,857,391	22,921,934
Total	89,508,839	106,454,137	116,132,987	121,969,722	135,459,595	135,634,556

Gráfico N° 56. Evolución del porcentaje de ejecución presupuestal. INMP 2007 – 2015.



CAPITULO V. BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA

En Obstetricia:

- El control prenatal en promedio es 4 controles, que es insuficiente, lo que se puede explicar que la mayoría de las pacientes que acuden al INMP, traen controles previos en otros establecimientos y en algunos casos no tuvieron control prenatal y sólo acudieron para la atención del parto.
- El sistema de redes para la atención materna perinatal no funciona debido a que no existe una adecuada referencia adecuada de los niveles correspondientes. El instituto continua atendiendo pacientes de baja complejidad, por ello el crecimiento en la atención de partos vaginales eutócicos y en caso contrario los pacientes de mayor complejidad son atendidas en otros establecimientos y siendo referidas en forma tardía
- La mayoría de las pacientes referidas de otras instituciones, llegan al INMP con complicaciones serias y demoras en la atención y en forma tardía lo que condiciona una mayor morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal.
- Dentro de la primera causa de morbimortalidad materna es la Pre eclampsia y la Hemorragia postparto.

En Ginecología:

- Se presentó un incremento en las atenciones en consultorios de pacientes con patología ginecológica con un rendimiento de hora medico alrededor de 3 siendo menor al estándar que es 4.
- Bajo porcentaje de ocupación de camas.
- incremento en el total de intervenciones quirúrgicas programadas llevando a una estancia corta de hospitalización.
- Persiste la sub utilización del servicio de hospitalización.

- El método hormonal inyectable es preferido por las pacientes como opción de método de planificación en relación a las otras opciones, así mismo debemos notar al creciente aceptación del uso de implantes

En Neonatología

- Sobredemanda en hospitalización (UCI Neonatal e Intermedios), llegando continuamente a sobrepasar la capacidad instalada.
- Neonatos con estancias prolongadas, causada por neonatos prematuros con un porcentaje importante con malformaciones congénitas, que ameritan la realización de procedimientos invasivos, asociado a mayor morbilidad, cuidados casi personalizados, y teniendo en cuenta que el INMP es de referencia nacional por lo que recibe como patología frecuente la pre eclampsia que condiciona la interrupción del embarazo en forma prematura lo que contribuye que la demanda supere la oferta.
- La sobre demanda en servicio de hospitalización condiciona el riesgo de incrementar las tasas de infecciones intrahospitalarias.
- Falta de Médicos especialistas en Neonatología en el mercado y oferta poco atractiva para los mismos, por tener alta carga laboral en el instituto y tener mejores ofertas económicas en otras instituciones, sobre todo para la atención en consultorios externos..

En Epidemiología:

- Continua el proceso de vigilancia epidemiológica activa de cada uno de los servicios asumida por la oficina de epidemiología, no existe una conducta vigilante por los trabajadores de los servicios.
- Los datos obtenidos de los diferentes estamentos y comparados con los servicios finales, muchas veces no son coincidentes, esto es una dificultad, debido a que la información es muy importante para la toma de decisiones..
- Para la elaboración del ASIS del INMP, continua la dificultad y demora de los diferentes jefaturas y servicios que tiene la responsabilidad de informar sus datos que son necesarios para su elaboración de este documento de gestión, siendo la oficina de epidemiología la única en asumir la responsabilidad

CAPITULO VI. LINEAS DE INTERVENCION

En Obstetricia:

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

En Ginecología:

- Implementar sistema de Atención de Cirugías de Día (Cirugía Ambulatoria) sobre todo para los diferentes procedimientos ginecológicos como conización, laparoscopías diagnósticas, debridación de quistes de Bartholino, exéresis de tumores de mama, etc.

- Fortalecer despistaje temprano de cáncer ginecológico, con capacitación de nuestro personal, y con la incorporación de detección de PVH y mamografía, en vista que los cánceres de cuello uterino y de mama son los más frecuentes.
- Fortalecer la consejería en las pacientes egresadas del servicio sobre la importancia de control ginecológico como un instrumento en la prevención de patologías ginecológicas como unidad difusora en su entorno.

En Neonatología

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

En Epidemiología:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en el INMP, dando énfasis a la vigilancia de infecciones intrahospitalarias, la vigilancia de mortalidad materna, vigilancia de morbilidad materna extrema y vigilancia perinatal neonatal, que también debe estar incluidas como actividades en su plan de cada servicio.
- Debe conformarse un comité que sea responsable de la elaboración del ASIS dentro del primer mes de año que inicia, el mismo que debe estar liderado por la Oficina de Epidemiología y conformado por los Directores de los Órganos de Línea, Oficina de Estadística y Oficina de Planeamiento Estratégico, de manera que permita un trabajo conjunto, con un análisis previo que debe estar a cargo de los Jefes de Servicio o de Área, y luego se haga la consolidación de la información por el comité, lo que permitiría un mejor análisis de la información.
- Fortalecer la educación en la población hospitalaria, la importancia de la segregación o clasificación de los residuos sólidos hospitalarios desde el sitio de origen para de esta manera contribuir en la disminución de casos de infecciones intrahospitalarias, así como contribuir en la conservación del ecosistema.

En Estadística:

- Fortalecer la coordinación entre la Oficina de Estadística con las diferentes Jefaturas de Servicios fuentes de información, en la validación de la información, de manera que se obtenga datos e indicadores únicos y oficiales.
- Existe la necesidad de la implementación de las historias clínicas digitalizadas que permitiría una recolección de la información oportuna y más confiable, además de ser una medida a favor de la ecoeficiencia; sin embargo implica un presupuesto alto, motivo por el cual todavía no se ha implementado.