


“Año del Buen Servicio al Ciudadano”



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL – 2016

AÑO 2017.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACION	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
a) Antecedentes Históricos	12
b) Visión y Misión Institucional	13
c) Objetivo	14
 CAPITULO I.- ASPECTOS GENERALES	
I.1.- Metodología de Trabajo	16
 CAPITULO II.- ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES Y ESTADO DE SALUD	
II.1. Análisis de los determinantes de salud a nivel hospitalario	17
II.1.1. Análisis de los determinantes geográficos, demográficos, sociales y Ambientales de la población usuaria.	17
a. Ubicación geográfica.	17
b. Perfil demográficos de los usuarios	18
• Perfil de la Población por Edad.	18
• Perfil de la Población por Estado Civil	19
• Perfil de la Población por Grado de Instrucción	20
c. Perfil de la Procedencia de los Pacientes Atendidos	20
d. Características del Distrito de San Juan de Lurigancho	21
II.1.2. Análisis de los determinantes políticos, organizacionales, estructurales, Económicos e inversiones del sistema hospitalario.	24
a. Naturaleza	24
b. Organigrama	25
c. Cartera de servicios de la institución	26
d. Recursos Humanos. Distribución del Personal	27
e. Estructura hospitalaria. Planos institucional	30
f. Distribución de servicios del INMP	36
g. Análisis de Presupuesto	38
h. Datos del Sistema de servicios de Salud	40
II.1.3. Análisis de los determinantes relacionados a los servicios de salud	
A. Indicadores por UPS	41
a. Consulta externa	41
b. Hospitalización	47
c. Emergencias	54
d. Centro quirúrgico	57
e. Centro obstétrico	61
B. Indicadores por estrategias sanitarias	63
f. Estrategia sanitaria salud sexual y reproductiva	63
g. Estrategia sanit. infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA	64
h. . Estrategia sanitaria de tuberculosis	65
i. Vigilancia de IRAS,EDAS	67
C. Seguros de salud: SIS	68
D. Servicio de Referencia y Contra referencias	70
E. Servicios de apoyo	72
F. Servicio de unidad de cuidados intensivo Materno	79
G. Banco de Sangre	80
H. Banco de Leche	81
I. Saneamiento ambiental	82

II.2. Análisis del estado de salud	84
II.2.1. Análisis de la Morbilidad	84
a. Egresos hospitalarios	84
b. Principales motivos de hospitalización	84
c. Principales motivos de consulta externa	88
d. Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema	92
e. Infecciones asociadas a la atención de salud	96
f. Enfermedades ocupacionales	105
II.2.2. Análisis de la Mortalidad	105
2.2.2.1 Mortalidad materna	105
a. Mortalidad materna en el INMP	107
b. Razón de mortalidad materna en el INMP	107
c. Principales causas de mortalidad materna	108
2.2.2.2 Mortalidad Perinatal.	109
a. Mortalidad Neonatal	109
b. Óbito Fetal	112
II.2.3. Análisis de salud percibida	114
a. Número de Quejas	114
b. Satisfacción del Usuario	116
CAPITULO III.- IDENTIFICACION Y ANALISIS DE VULNERABILIDAD	
III.1. Identificación de Factores de riesgo.	118
III.2. Análisis de Vulnerabilidad	119
CAPITULO IV.- DETERMINACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS	
IV.1. En Obstetricia	121
IV.2. En Ginecología	121
IV.3. En Neonatología	122
IV.4. En Epidemiología	122
IV.5. En Gestión de información	123
RECOMENDACIONES	124
BIBLIOGRAFIA	125

INDICE DE TABLAS

	<u>Pág.</u>
Tabla N° 1. Procedencia de Pacientes , 2016	21
Tabla N° 2. Población por Grupo Etéreo del Distrito de San Juan de Lurigancho	23
Tabla N° 3. Población por Sexo del Distrito de San Juan de Lurigancho	23
Tabla N° 4. R.H según Grupo Ocupacional y Condición laboral. 2016	28
Tabla N°5. Estructura de RR.HH según Cargo y Condición laboral. 2016	29
Tabla N° 6. Profesionales Médicos según Especialidad - 2016	30
Tabla N° 7. Profesionales No Médicos - 2016.	30
Tabla N° 8, Distribución del INMP por bloques, 2016	36
Tabla N° 9. Distribución de Número de Camas Hospitalarias.2016	37
Tabla N° 10. Distribución de Consultorios Externos. 2016	37
Tabla N° 11. Distribución de Recursos Materiales, 2016	38
Tabla N° 12. Presupuesto Asignado, 2010 - 2016.	38
Tabla N° 13. Ejecución Presupuestal. 2010 - 2016.	39
Tabla N° 14. Prestaciones de salud y reembolso del SIS	41
Tabla N° 15. Indicadores de Proceso de Cons. de obstetricia. 2015 - 2016	43
Tabla N°16. Indicadores de Proceso de Cons. de Ginecología. 2015 - 2016	43
Tabla N°17. Actividades del Cons. de Climaterio y Menopausia. 2016	44
Tabla N°18. Actividades de la Unidad de Medicina Reproductiva -2016	45
Tabla N°19. Indicadores de Proceso Cons. de Pediatría. 2015 - 2016	45
Tabla N° 20.Indicadores de Proceso de Cons. de Espec. Médicas. 2015 - 2016.	46
Tabla N°21.Indicadores de Proc.de Cons. de Espec. No Médicas.INMP 2014-2016	47
Tabla N° 22. Tendencia de Indicadores de Proceso en Obstetricia. 2012 – 2016	48
Tabla N° 23. Indicadores de Resultado en Obstetricia. 2012 – 2016	49

Tabla N° 24. Tendencia de los Partos en Adolescentes por Grupo Etáreo. 2012 - 2016	49
Tabla N° 25. Egresos Hospitalarios en Obstetricia. 2012 – 2016	50
Tabla N° 26. Tendencia de Indicadores de proceso en Ginecología. 2012 – 2016	50
Tabla N° 27. Tendencia de Indicadores de Proceso en Neonatología. 2012 - 2016	51
Tabla N° 28. Tendencia de Indicadores de Resultado en Neonatología. 2012 - 2016	52
Tabla N° 29. Indicadores del Servicio de Emergencia. 2014 - 2016	55
Tabla N° 30. Destino de las Pacientes Atendidas por Emergencia 2016	55
Tabla N° 31. Diagnósticos Obstétricos Más Frecuentes en Emergencia. 2014 – 2016.	56
Tabla N° 32. Diagnósticos Ginecológicos Más Frecuentes en Emergencia. 2014 - 2016	57
Tabla N° 33. Tendencia de las Intervenciones Quirúrgicas según Especialidad. 2014 - 2016	57
Tabla N° 34. Tendencia de las Intervenciones Quirúrgicas en Obstetricia. 2012-2016	58
Tabla N° 35. Tendencia de las Intervenciones Quirúrgicas en Ginecología. 2012-2016	59
Tabla N° 36. Tendencia de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. 2012-2016.	60
Tabla N° 37. Indicadores de Proceso en Centro Obstétrico. 2012 – 2016.	62
Tabla N° 38. Indicadores de Humanización del Parto. 2013 - 2016	63
Tabla N° 39. Complicaciones del Parto Vaginal. 2013 – 2016.	63
Tabla N° 40. Solicitud de Referencia según Especialidad Médica. 2016	71
Tabla N° 41. Distribución de las Referencias según Patología. 2016	72
Tabla N° 42. Producción del Servicio de Laboratorio 2016	73
Tabla N° 43. Producción del Servicio de Nutrición 2015-2016	74
Tabla N° 44. Producción del Servicio Farmacia 2015- 2016	75
Tabla N° 45. Actividades del Servicio Social 2016	76
Tabla N° 46. Exoneraciones Según Servicios. 2016	76
Tabla N° 47. Atenciones en el Servicio de Medicina Fetal. 2015 – 2016	78
Tabla N° 48. Procedimientos Realizados en Servicio de Medicina Fetal. 2015 - 2016	78
Tabla N° 49. Monitoreo Electrónico en Servicios de Medicina Fetal. 2015 - 2016	79

Tabla N° 50. Atenciones Unidad Cuidados Intensivos Maternos. 2016	79
Tabla N° 51. Diagnóstico de Unidad Cuidados Intensivos Maternos. 2016	80
Tabla N° 52. Actividades de Banco de Sangre 2015-2016	80
Tabla N° 53. Egresos Hospitalarios por Servicios. 2015 – 2016	84
Tabla N° 54. Principales Diagnósticos de Egreso en Ginecología. 2012 – 2016	85
Tabla N° 55. Egresos según Patología Obstétrica. 2012 – 2016	85
Tabla N° 56. Egresos Obstétricos por Enf.Hpert. del Embarazo. 2012 - 2016.	86
Tabla N° 57.Egresos Obstétricos por Hemorragia Obstétrica. 2012 - 2016	86
Tabla N° 58. Egresos Obstétricos por Hemorragia del I trimestre. 2012 - 2016.	86
Tabla N° 59. Egresos Obstétricos según tipo de Infección Obstétrica. 2012-2016	87
Tabla N° 60. Egreso en Neonatología por Patología. 2012 – 2016	88
Tabla N° 61. Diagnósticos más Frecuentes en la Atención Prenatal. 2015 – 2016.	89
Tabla N° 62. Diagnósticos más Frecuentes en Cons. de Puerperio. 2014- 2016.	90
Tabla N° 63. Diagnósticos Frecuentes en Consultorios de Ginecología 2014 – 2016	91
Tabla N° 64. Diagnósticos Frecuentes en Consultorio Pediatría.2014-2016	91
Tabla N° 65. Principales Motivos de Consulta en Rehabilitación. 2014-2016	92
Tabla N° 66. Indicadores de Proc. de Morbilidad Materna Extrema. 2012 – 2016.	95
Tabla N° 67.Mortalidad por MME según patología asociada. 2012 – 2016	96
Tabla N°68. Densidad Incidencia de las IAAS en los servicios de GO. 2012 - 2016	100
Tabla N° 69. Densidad Incidencia de las IAAS en Neonatología. 2012 – 2016	101
Tabla N° 70. Incidencia de IAAS según Peso del Recién Nacido. 2012 - 2016	102
Tabla N° 71. Densidad Incidencia de IAAS en la UCIM. 2012 - 2016	103
Tabla N°72. Tasas de Incidencia Promedio 2012 – 2016 de las IAAS a Nivel Institucional, por Tipo de Infección, Factor de Riesgo y Servicio de Atención	105
Tabla N° 73. Número e Indicadores de Mortalidad Perinatal. 2014 - 2016	110
Tabla N° 74. Causas Agrupadas de Muerte Neonatal. 2016	111
Tabla N° 75. Causas de Muerte Neonatal Según Peso al Nacer. 2016.	112

Tabla N° 76. Causa de Óbitos Fetales. 2016..	114
Tabla N° 77. Nivel de Seguridad del INMP Según Ubicación Geografica.2016	118



INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Ubicación Geográfica del INMP.	17
Gráfico N° 2. Pacientes en Consulta Externa Según Grupo Etéreo. 2016	18
Gráfico N° 3. Egresos Hospitalarios Según Grupo Etéreo.2016	19
Gráfico N° 4. Egresos Hospitalarios Gineco-Obstétricos Según Estado Civil. 2016	19
Gráfico N° 5. Egresos Hospitalarios Gineco-Obstétricos Según Grado de Instrucción. 2016	20
Gráfico N°6. Ubicación geográfica del Distrito de San Juan de Lurigancho	21
Grafica N° 7. San Juan de Lurigancho: Crecimiento Poblacional 2016	23
Grafica N° 8. San Juan de Lurigancho: Pirámide Poblacional, 2016	24
Gráfico N° 9. Distribución por Grado de Instrucción del Distrito de SJL	24
Gráfico N° 10. Plano Institucional del INMP Primer Piso	31
Gráfico N° 11. Plano Institucional del INMP Segundo Piso	32
Gráfico N° 12. Plano Institucional del INMP Tercer Piso	33
Gráfico N° 13. Plano Institucional del INMP Cuarto Piso	34
Gráfico N° 14. Plano Institucional del INMP Azotea	35
Gráfico N° 15. Evolución de Asignación Presupuestal, 2010 – 2016	39
Gráfico N° 16. Evolución de Ejecución Presupuestal, 2010 – 2016	40
Gráfico N° 17. Frecuencia de Atenciones por especialidad 2015-2016	42
Gráfico N° 18. Tipo de Anticonceptivos 2015-2016	44
Gráfico N° 19. Porcentaje de Pacientes Atendidas en los Cons.Esp.Med.2015-2016	47
Gráfico N° 20. Tendencias de Nacimientos de RN de BP y MBP al Nacer. 2011 – 2016.	53
Gráfico N° 21. Tendencias de Nacimientos Prematuros. 2010-2016	53
Grafico N° 22 Tendencias de Neonato Hospitalizados.2010-2016	54
Grafico N° 23. Tendencia de las Atenciones en el Servicio de Emergencia. 2008 - 2016	54
Grafico N° 24. Tipo de Intervenciones Quirúrgicas Obstétricas. 2016	60
Gráfico N° 25. Tipo de Intervenciones Quirúrgicas Ginecológicas. 2016	61
Gráfico N° 26. Partos Vaginales No Complicados vs Complicados. 2012 - 2016	62

Gráfico N° 27. Anticoncepción al Egreso Hospitalario. 2015 - 2016.	64
Gráfica N° 28. Gestantes con Diagnóstico de VIH. 2010 – 2016	65
Gráfico N° 29 Gestantes con Diagnóstico de Sífilis. 2012-2016	65
Gráfico N° 30. Casos de TBC pulmonar vs TBC Extra Pulmonar. 2016	66
Gráfica N° 31. Casos de Influenza en Gestantes. 2016	67
Gráfica N°32. Casos de IRA en Pediatría Según G. Etéreo por Sem. Epidemiológica. 2016	67
Gráfica N° 33. Casos de EDA en Pediatría Según G. Etéreo por Sem.Epidemiológica. 2016	68
Gráfica N° 34. Atendidos según Prestación de Servicios por Consultorio Externo. 2016	68
Gráfica N° 35. Atendidos según Prestación de Servicios por Hospitalización. 2016	69
Gráfica N° 36. Atendidos según Prestación de Servicios por Emergencia. 2016	69
Gráfica N° 37. Solicitud de Referencia Según Establecimiento de Origen. 2016	70
Gráfica N° 38. Producción del Servicio de Laboratorio 2016	73
Gráfico N° 39. Beneficiarios del Banco de Leche. 2013 - 2016	81
Gráfico N° 40. Cantidad de Residuos sólidos Generados. 2013 – 2016	82
Gráfico N° 41. Distribución de la Generación de los Residuos Sólidos. 2013 - 2016.	83
Gráfico N° 42. Generación de Residuos Sólidos Biocontaminados. 2006 - 2016.	83
Gráfico N° 43. Morbilidad Materna Extrema Según Patología Asociada. 2016	93
Gráfico N° 44. Casos de Morbilidad Materna Extrema. 2012 - 2016	94
Gráfico N° 45. Casos de M.M.E según Patología Asociada. 2012 – 2016.	94
Gráfico N° 46. Tendencia de la Prevalencia de IAAS. 1997-2016	97
Gráfico N° 47. Casos de IAAS y Prevalencia por Egresos Hospitalarios. 2012 - 2016	98
Gráfico N° 48. Número de Casos de IAAS por Servicio. 2012 - 2016	98
Gráfico N° 49. Casos de IAAS según Exposición al Factor de Riesgo. 2012 - 2016	99
Gráfico N° 50 Tendencia por Años en la Incidencia de IAAS en GO. 2012 – 2016	101
Gráfico N° 51. Tendencia por Años en la Incidencia de en Neonatología. 2012 - 2016	102
Gráfico N° 52. Tendencia por Años en la Incidencia de IAAS en la UCIMaterno. 2012 - 2016	104
Gráfico N° 53. Razón de Mortalidad Materna en el Perú	106

Gráfico N° 54. Número de Muertes Maternas Notificadas por Años. Perú 2000-2016	106
Gráfico N° 55. Número de Muertes Maternas en INMP. 2006 – 2016	107
Gráfico n° 56. Razón de Mortalidad Materna INMP. 2006 -2016	108
Gráfico N° 57. Muertes Maternas de Causa Directa. 2006 – 2016	108
Gráfico N° 58. Muertes Maternas de Causa Indirecta. 2006 – 2016	109
Gráfico N° 59. Muerte Neonatal según Edad Gestacional. 2015-2016	110
Gráfico N° 60. Muerte Neonatal según Peso al Nacer. 2015-2016	111
Gráfico N° 61. Óbitos Fetales según Edad Gestacional. 2015-2016	113
Gráfico N° 62. Óbitos Fetales según Peso al Nacer. 2015-2016	113
Gráfico N° 63. Total de Quejas Recepcionadas. 2010-2015.	115
Gráfico N° 64. Porcentaje de satisfacción del Usuario por Servicios. 2016.	117
Gráfico N° 65. Índice de Seguridad Hospitalaria 2016	119



PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal es una organización de servicios de salud que desarrolla procesos muy complejos, por ello es necesario conocer la realidad hospitalaria a fin de generar acciones que fortalezcan y mejoren las estructuras y procesos gerenciales, para la toma de decisiones. La disponibilidad de información actualizada al 2016 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.

La confección de esta herramienta de análisis, servirá de manera decidida para la obtención de datos relevantes, lo cual le otorga un reconocido valor al esfuerzo desplegado por la Unidad Funcional de Investigación Epidemiológica y Análisis Situacional de Servicios de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y el Comité de elaboración del ASISHO, convirtiendo este documento 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 además contribuirá en la planificación de infraestructura, recursos humanos, materiales, equipamiento e insumos, indispensable para responder a la misión y visión institucional y a las políticas y programas de salud pública. Para tales fines, el presente Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) se ha elaborado siguiendo los criterios del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades CDC-MINSA y comprende los siguientes aspectos:

1. Aspectos Generales
2. Análisis de Determinantes
3. Identificación y análisis de vulnerabilidad
4. Determinación y priorización de los problemas sanitarios

La información actualizada al 2016 es obtenido 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 obtenemos 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.

a. 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, 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 París 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).

En el año 2017, mediante decreto Supremo 008-2017-SA se aprobó el ROF del MINSA, que consideraba como sus órganos desconcentrados y a partir de entonces se denominaría Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el Siglo XXI

Actualmente la institución es líder en la atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo en el Perú; cuenta con una infraestructura moderna y funcional, con equipamiento de punta y con personal profesional y no profesional constantemente actualizada con las tecnologías y conocimientos para la atención de la mujer y al neonato.

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

b. Visión y Misión Institucional

Visión:

“Sector líder, que establece políticas públicas en salud centrado en las personas, que gozan de una vida más saludable, con acceso universal a los servicios de salud de calidad, integrales, oportunos y eficientes, basado en enfoques de derechos en salud intercultural”*

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.

c. Objetivos

Fortalecer la aplicación de ASISHO del INMP, en el marco del Modelo de atención integral Materno perinatal en la toma de decisiones del equipo de gestión que lidera nuestra institución.

*Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud.2017-2019

Objetivos Específicos.

- Generar evidencias para la toma de decisiones con impacto en la salud materno perinatal en el ámbito institucional.
- Analizar las tendencias que tienen impacto en la formulación de estrategias.
- Generar participación y compromisos con los diferentes generadores la entrega a tiempo a la oficina de estadística e informática de su información.



CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1 Metodología de Trabajo

El Análisis de Situación de Salud del Instituto Nacional Materno Perinatal es una herramienta fundamental para el equipo de gestión, para la toma de decisiones. El ASIS 2016, se elaboró teniendo como modelo la Directiva Sanitaria N° 01 DISAV LC /OEPI – V.01 – 2011: “Elaboración del análisis de situación de salud Hospitalario (ASISHO), refrendada por la RD N° 454/2011- DG – EPI – DISAV. A través de la Resolución Directoral N°110-2016-DG-INMP-IGSS/MINSA, conforma el Comité para la **“Elaboración del Análisis Situacional de Salud Hospitalario (ASISHO)”**, integrada por El Jefe de la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental quien la preside, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina de Estadística e Informática, Jefa del Departamento de Neonatología, Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, Jefe del Servicio de Consulta Externa de Gineco-Obstetricia y Jefe del Departamento de Cuidados Críticos, como sus integrantes.

Se realizó 5 reuniones, el día 24 de Enero del 2017, se inició el proceso del comité, para la elaboración del Análisis Situacional de Salud de nuestra institución correspondiente al año 2016, en ella se estableció un cronograma de trabajo con reuniones de gabinete con los miembros del Comité, luego se trabajó con cada una de las Direcciones Ejecutivas, quienes seleccionaron la información que debería presentarse, asimismo debemos indicar toda la información estadística de las Unidades Productoras de Servicios de Salud fueron centralizadas por la oficina de estadística e informática y debemos destacar la participación activa de cada una de las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

CAPITULO II.- ANALISIS DETERMINANTES

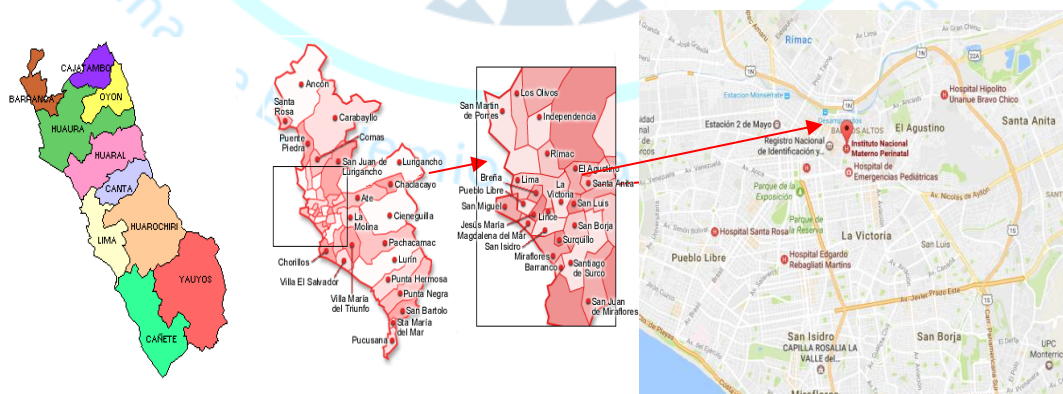
2. 1. Análisis de los determinantes de salud a nivel hospitalario.

2.1.1 Análisis de los determinantes geográficos, demográficos, sociales y ambientales de la población usuaria

a. 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 II Lima-Sur, sin embargo depende administrativamente del Ministerio de Salud. 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° 01. INMP: Ubicación Geográfica



Fuente: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/mapa-de-ubicacion-del-inmp>

El Instituto Nacional Materno Perinatal 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, teniendo como Dirección Oficial el Jr. Antonio Miroquesada N° 941, Cercado de Lima.

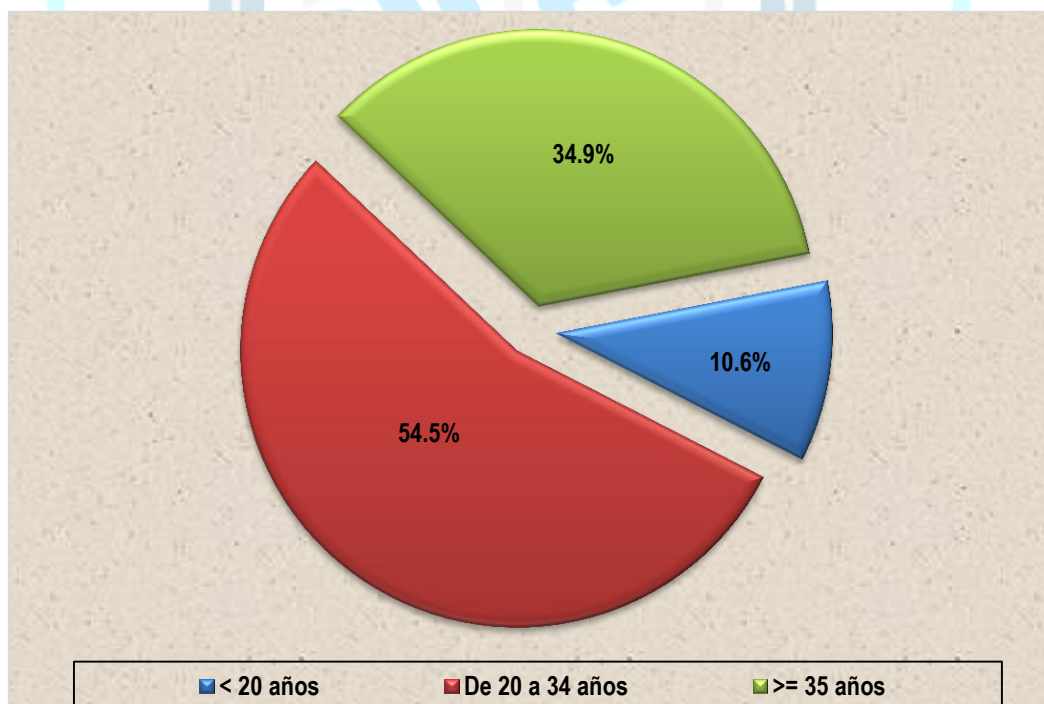
b. Perfil Sociodemográfico de los Usuarios

Perfil de la Población por Edad.

En los gráficos 2 y 3 observamos que la población que acudió para atención en Consultorios Externos y Hospitalización Obstétrica y Ginecológica durante el 2016 fue en gran mayoría el grupo de pacientes de 20 a 34 años de edad, que corresponde a un 54.5% de pacientes en consultorios externos y 67.5% de egresos hospitalarios respectivamente. 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 puede estar en relación a la transición epidemiológica en salud materna observada en los últimos años. Las mujeres podrían estar retrasando la maternidad debido a su inclusión en la vida económica del país.

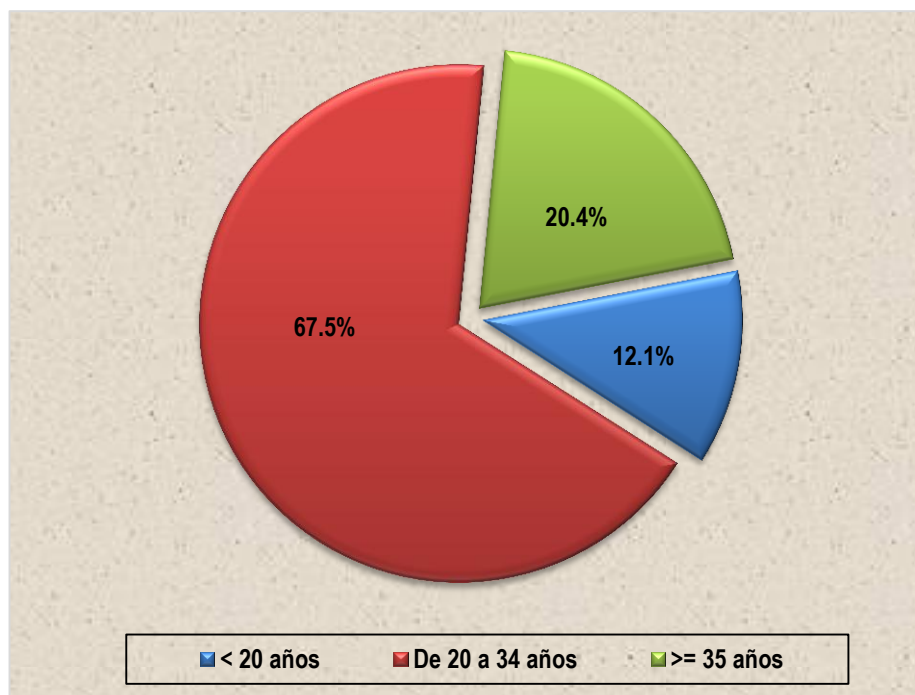
El grupo de mujeres adolescentes que atendimos en el año 2016 correspondió al 10.6% en consulta externa y 12.1% como pacientes hospitalizadas, manteniéndose estos valores como los observados en años anteriores.

GRÁFICO N° 2. INMP: PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO ETÁREO. 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática– INMP.2016

Gráfico N° 3. INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN GRUPO ETÁREO. 2016

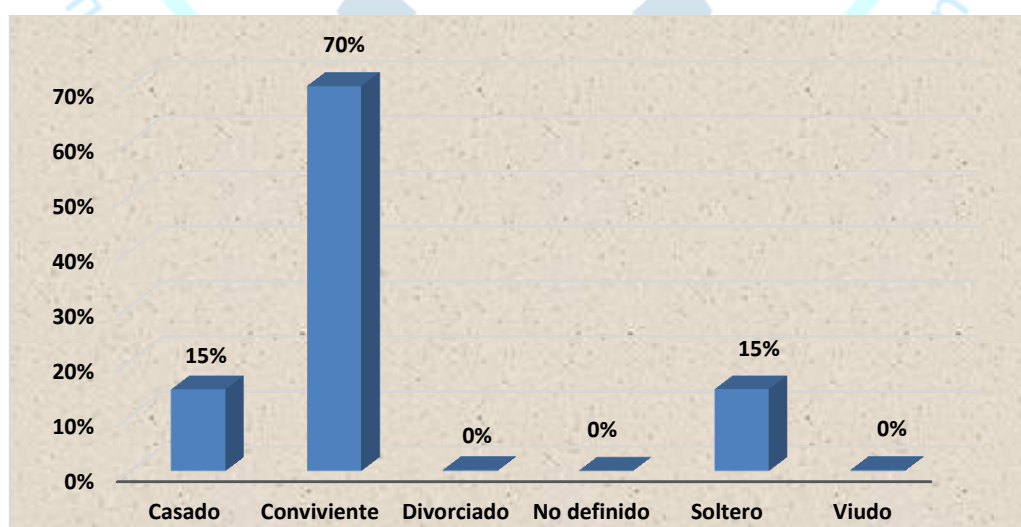


Fuente: Oficina de Estadística e Informática– INMP.2016

Perfil de la Población por Estado Civil.

En el gráfico N°4 observamos que, en el 2016, el 70% (16,983) de nuestras usuarias fueron convivientes y el 15% (3,601) casadas, lo que nos demuestra que el 85% de nuestras pacientes han tenido una unión estable. Datos obtenidos de los egresos hospitalarios.

GRÁFICO N° 4. INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS GÍNECO-OBSTÉTRICO SEGÚN ESTADO CIVIL. 2016.

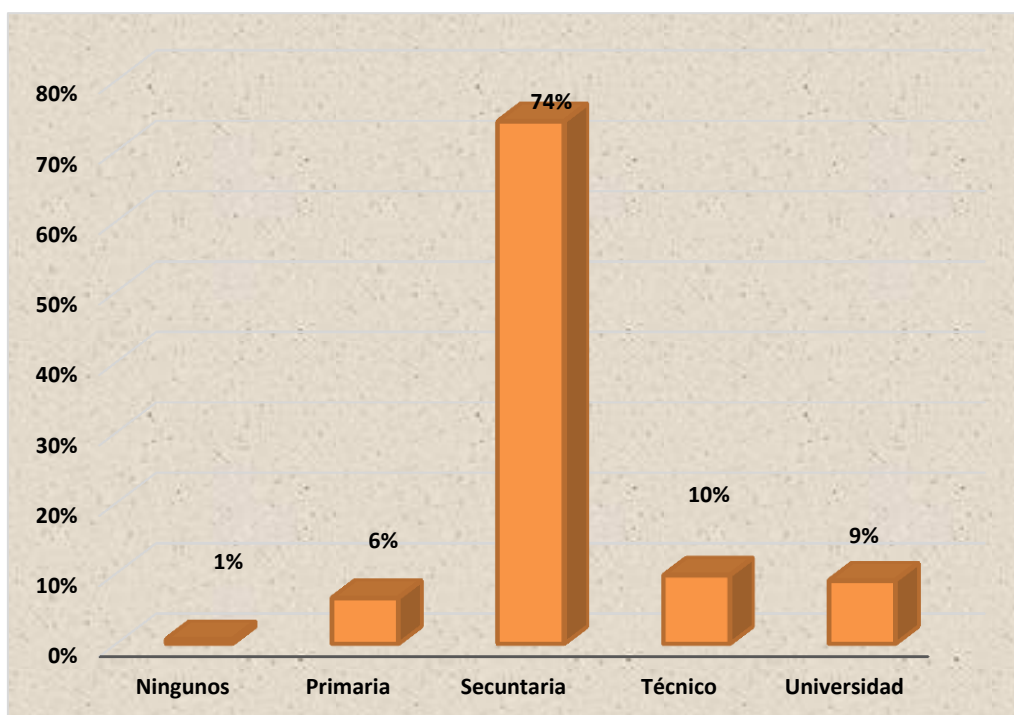


Fuente: Oficina de Estadística e Informática– INMP.2016

Perfil de la Población por Grado de Instrucción

En el gráfico N° 5 vemos que la población que acude al INMP en un 74% tiene instrucción secundaria, y el 93% corresponden a mujeres que tienen educación secundaria o superior.

GRÁFICO N° 5. INMP: EGRESOS EN GINECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. 2016.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática– INMP.2016

c. Perfil de la Procedencia de los Pacientes Atendidos.

Los pacientes que acuden por atención en la Institución, llegan por dos vías, Emergencia y Consultorios Externos, pasando por Triage, donde un equipo de profesionales realiza un trabajo de evaluación integral del paciente.

En la Tabla N°1, se encuentra que la mayor parte de pacientes que acuden al INMP, proceden del distrito de San Juan de Lurigancho (30.5%), Ate (7%) y del Cercado de Lima (5.9%) que requirieron hospitalización en el año 2016 y que permite definir qué población de pacientes es la que más se atiende en nuestra institución.

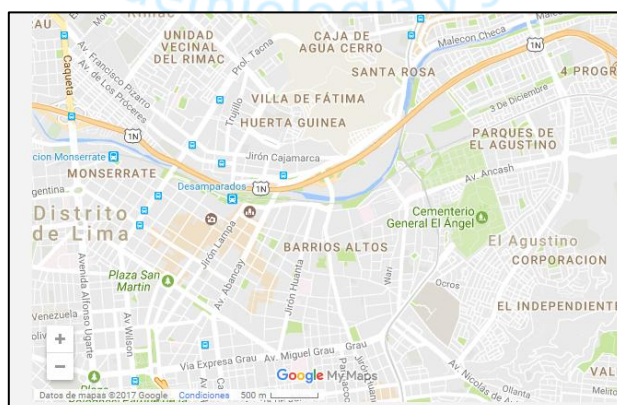
TABLA N° 1. INMP: PROCEDENCIA DE PACIENTES, 2016

DISTRITO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SAN JUAN DE LURIGANCHO	8050	30.5%
ATE	1846	7.0%
LIMA	1548	5.9%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1288	4.9%
LA VICTORIA	1237	4.7%
VILLA EL SALVADOR	1219	4.6%
EL AGUSTINO	1170	4.4%
SAN MARTIN DE PORRES	1030	3.9%
SANTA ANITA	951	3.6%
CHORRILLOS	950	3.6%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	924	3.5%
LOS OLIVOS	639	2.4%
PACHACAMAC	608	2.3%
PUENTE PIEDRA	575	2.2%
RIMAC	560	2.1%
COMAS	558	2.1%
SANTIAGO DE SURCO	538	2.0%
LURIGANCHO	489	1.9%
INDEPENDENCIA	447	1.7%
LURIN	303	1.1%
CARABAYLLO	263	1.0%
SAN LUIS	254	1.0%
LA MOLINA	157	0.6%
OTROS DISTRITOS DEL PERU	800	3.0%
TOTAL	26404	100.0%

Fuente: Estadística – INMP.2016

d. Características del Distrito de San Juan de Lurigancho

Gráfico N°6. Ubicación geográfica del 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 del 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 y Babilonia.

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

Sus límites son: Por el Norte con el distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí), por el Este continua limitando con el distrito mencionado y el distrito de Lurigancho - Chosica, por el Sur con los distritos de El Agustino y Lima (teniendo como línea divisoria al río Rímac), por el Oeste con los distritos de Rímac, Independencia, Comas y Carabaylo de la misma provincia de Lima.(6)

Morfología: destaca por 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.

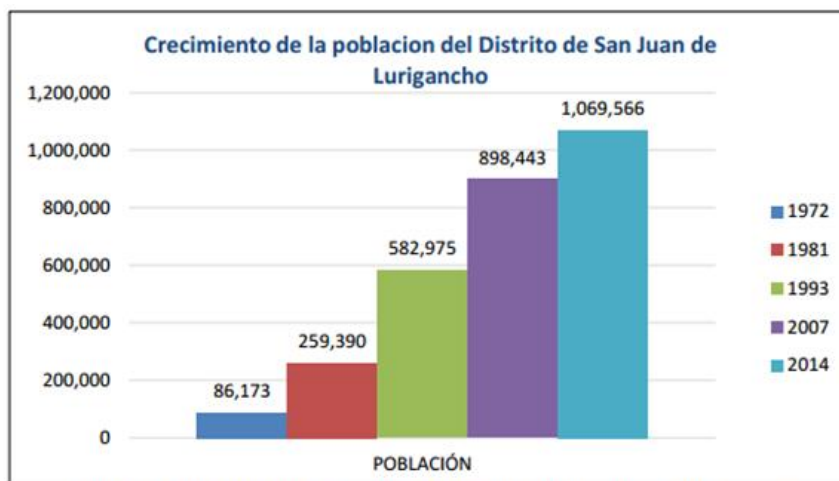
Clima: Su clima es de tipo desértico con muy escasas precipitaciones en invierno. La temperatura media oscila entre los 17° C. a 19° C.

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 una población de 898,443 habitantes, según las proyecciones en el año 2014 cuenta con 1'069,566 habitantes; de este punto el crecimiento de la población presenta una tendencia creciente.

GRÁFICO N° 7 SAN JUAN DE LURIGANCHO: CRECIMIENTO POBLACIONAL 2016



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Estimación Proyectada

TABLA N° 2. SAN JUAN DE LURIGANCHO: POBLACIÓN POR GRUPO ETÁREO 2016

CATEGORIA	CASOS	PORCENTAJE
De 0 a 9 años	159,221	17.72%
De 10 a 19 años	174,986	19.48%
De 20 a 29 años	194,131	21.61%
De 30 a 39 años	142,706	15.88%
De 40 a 49 años	100,939	11.23%
De 50 a 59 años	68,090	7.58%
De 60 a Mas	58,360	6.5%
TOTAL	898,443	100.00%

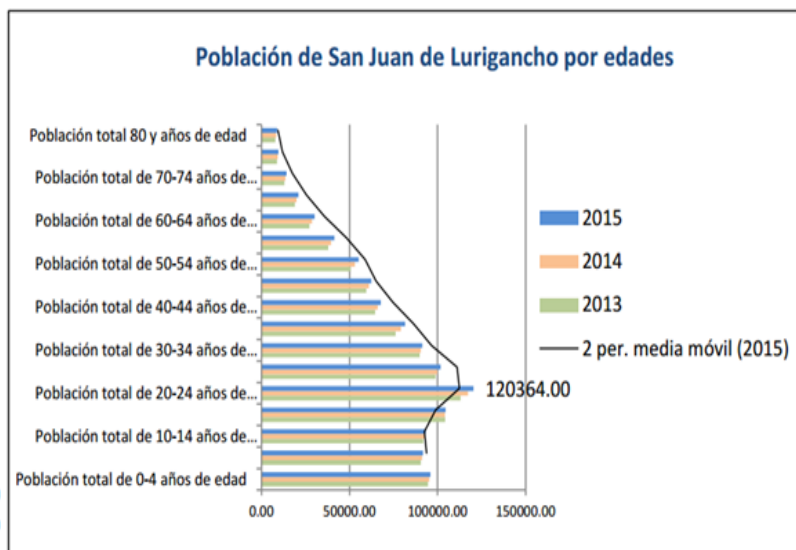
FUENTE: Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda, 2007 – Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

TABLA N° 3. SAN JUAN DE LURIGANCHO: POBLACIÓN POR SEXO 2016

SEXO	2007	2014
Hombres	449,532	538,215
Mujeres	448,911	531,351
Total	898,443	1'069,566

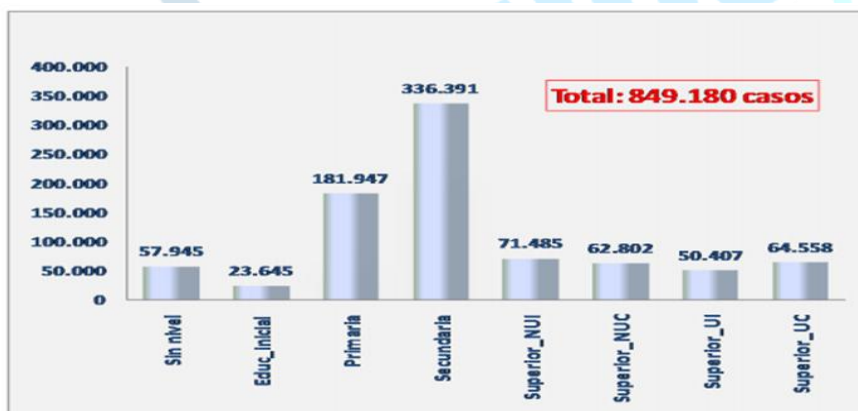
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda, 2007

GRÁFICO N° 8. SAN JUAN DE LURIGANCHO: PIRÁMIDE POBLACIONAL, 2016



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.

GRAFICO N° 9. SAN JUAN DE LURINGANCHO: DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN.2016

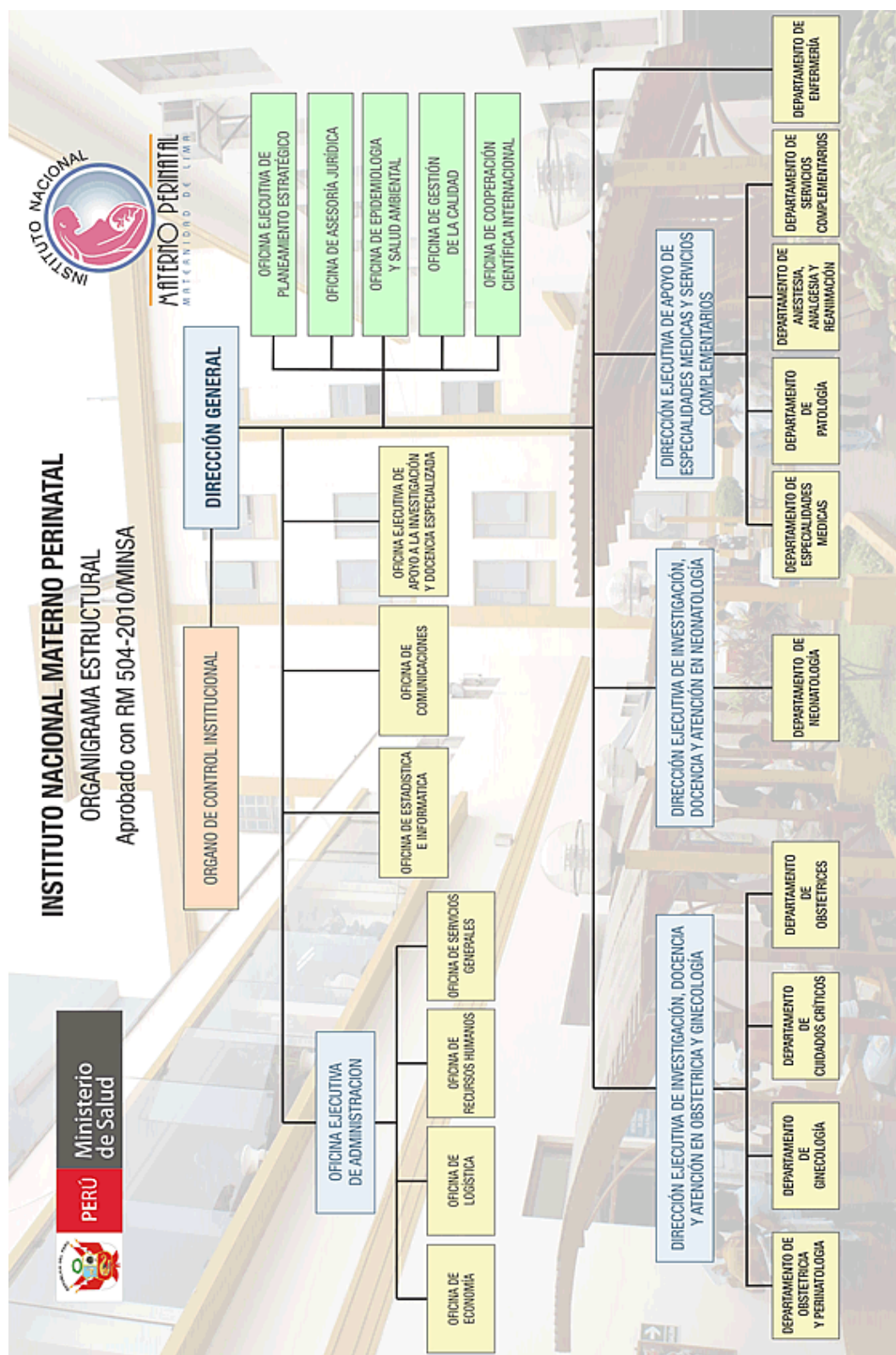


Fuente: Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda – INEI
 Elaborado: Municipalidad de San Juan de Lurigancho GP/SGDICNI

2.1.2. ANÁLISIS DE DETERMINANTES POLÍTICOS, ORGANIZACIONALES, ESTRUCTURALES, ECONÓMICOS E INVERSIONES DEL SISTEMA HOSPITALARIO.

- Naturaleza:** El Instituto Nacional Materno Perinatal a través de la Resolución Administrativa N° 1473-15-DESP-DISA II-LS, en la que se asigna la Categoría al establecimiento de salud sin población asignada con razón social Instituto Nacional Materno Perinatal 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. (Anexo 01)

b. Organigrama del INMP



c. 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
- 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 otoacústica
- d) Estrategias y Programas
 - CRED – Lactancia Materna
 - Materno neonatal
 - Planificación familiar
 - Atención integral de la adolescente
 - Prevención y Control de Cáncer Ginecológico
 - Climaterio
 - Prevención y Control del VIH y Otras ITS
 - Prevención y Control de Tuberculosis
 - Inmunizaciones
 - Psicoprofilaxis obstétrica

- Defensoría del niño y la mujer
- Tamizaje neonatal
- e) 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.
- f) Investigación
- g) Telesalud
- h) Asistencia técnica directa

Apoyo Asistencial:

- a) Especialidades de apoyo a Gineco Obstetricia y Neonatología
 - Oftalmología
 - Odontoestomatología
 - Cirugía Oncológica
 - Cardiología
 - Medicina Interna
 - Psicología
 - Endocrinología
 - Anestesiología
 - Rehabilitación
- 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

d. Recursos Humanos

TABLA N° 4. INMP: RECURSOS HUMANOS SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL Y CONDICIÓN LABORAL. 2016

Grupo Ocupacional	Modalidad contractual (N° Contratos)			
	Nombrados	CAS	M. Residentes	Total
Asistenciales				
Anatomía patológica		1		1
Anestesiología	19	8	17	44
Cardiología	1			1
Cirugía general	4			4
Endocrinología	1			1
Genética medica	1			1
Ginecología oncológica	1			1
Ginecología y obstetricia	92	8	46	146
Hematología	1			1
Medicina física y rehabilitación	1			1
Medicina intensiva	3			3
Medicina interna	1			1
Neonatología			6	6
Oftalmología	1			1
Patología clínica	6			6
Pediatría	34	2		36
Radiología	2			2
Médico Auditor		6		6
Obstetras	180	7		187
Biólogo	5	3		8
Odontólogos	3			3
Enfermeras	216	69		285
Químicos Farmacéutico/BQ	11	2		13
Psicólogo	8			8
Nutricionista	3	1		4
Trabajo Social	29	3		32
Tecnólogo Médico	29	4		33
Técnico en Salud	595	86		681
Administrativos				
Profesionales Administrativos	24	1		25
Técnicos Administrativos	126	5		131
Auxiliares Administrativos	11	8		19

Fuente: Recursos Humanos 2016

TABLA 5. INMP: ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN CARGO Y CONDICIÓN LABORAL. 2016

Cargos/Nomenclaturas	Condición		Total
	Nombrados	Contratados	
Funcionarios - Directivos	15	0	15
Médicos y Profesionales de la Salud	676	114	790
Médicos	192	25	217
Psicólogo	8	0	8
Obstetriz	180	7	187
Enfermeras	216	69	285
Biólogo	5	3	8
Odontólogos	3	0	3
Químico -Farmacéutico	11	2	13
Nutricionistas	3	1	4
Asistenta Social	29	3	32
Tecnólogo Médico	29	4	33
Profesionales Categorizados	46	7	53
Especialista Administrativo	16	0	16
Asistente Administrativo	27	0	27
Asistente en Servicios de Salud	0	2	2
Abogado	2	3	5
Contador	1	2	3
Técnicos Categorizados	612	60	672
Asistente técnico secretarial	4	0	4
Mecánico	3	0	3
Chofer	8	1	9
Digitador	0	3	3
Técnico Administrativo	76	5	81
Técnico en Enfermería	381	45	426
Técnico en Estadística	25	0	25
Técnico en Laboratorio	28	3	31
Técnico en Nutrición	49	1	50
Técnico en Seguridad	11	0	11
Técnico en Archivo	2	0	2
Técnico en Farmacia	12	2	14
Técnico en Mantenimiento de Equipos	13	0	13
Auxiliares Categorizados	8	8	16
Auxiliar Administrativo	6	8	14
Auxiliar de Nutrición	1	0	1
Auxiliar de Enfermería	1	0	1
Total:	1357	189	1546

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

TABLA N°6. INMP: PROFESIONALES MÉDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD - 2016

Médicos	N°
Médicos Gineco Obstetras	100
Médicos Pediatras	36
Cirujanos Pediatras	5
Anestesiólogos	27
Intensivistas	3
Médico Oncólogo Quirúrgico	1
Médicos Radiólogos	2
Cardiólogo	1
Médico Internista	1
Oftalmólogo	1
Endocrinólogo	1
Medicina Física y Rehabilitación	1
Genetista	1
Anátomo-patólogos	1
Patólogos Clínicos	6
Hematólogo	1
Médicos Auditores	6
Médico Cirujano	6
Médicos de CENARUE	5

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

TABLA N°7. INMP: PROFESIONALES NO MÉDICOS - 2016.

Profesionales no Medicos	N°
Biólogos	5
Obstetrices	187
Enfermeras	285
Tecnólogos Médicos	33
Químico Farmacéuticos	13
Asistentes Sociales	32
Psicólogos	8
Odontólogos	3

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

e. Plano de la Institución.

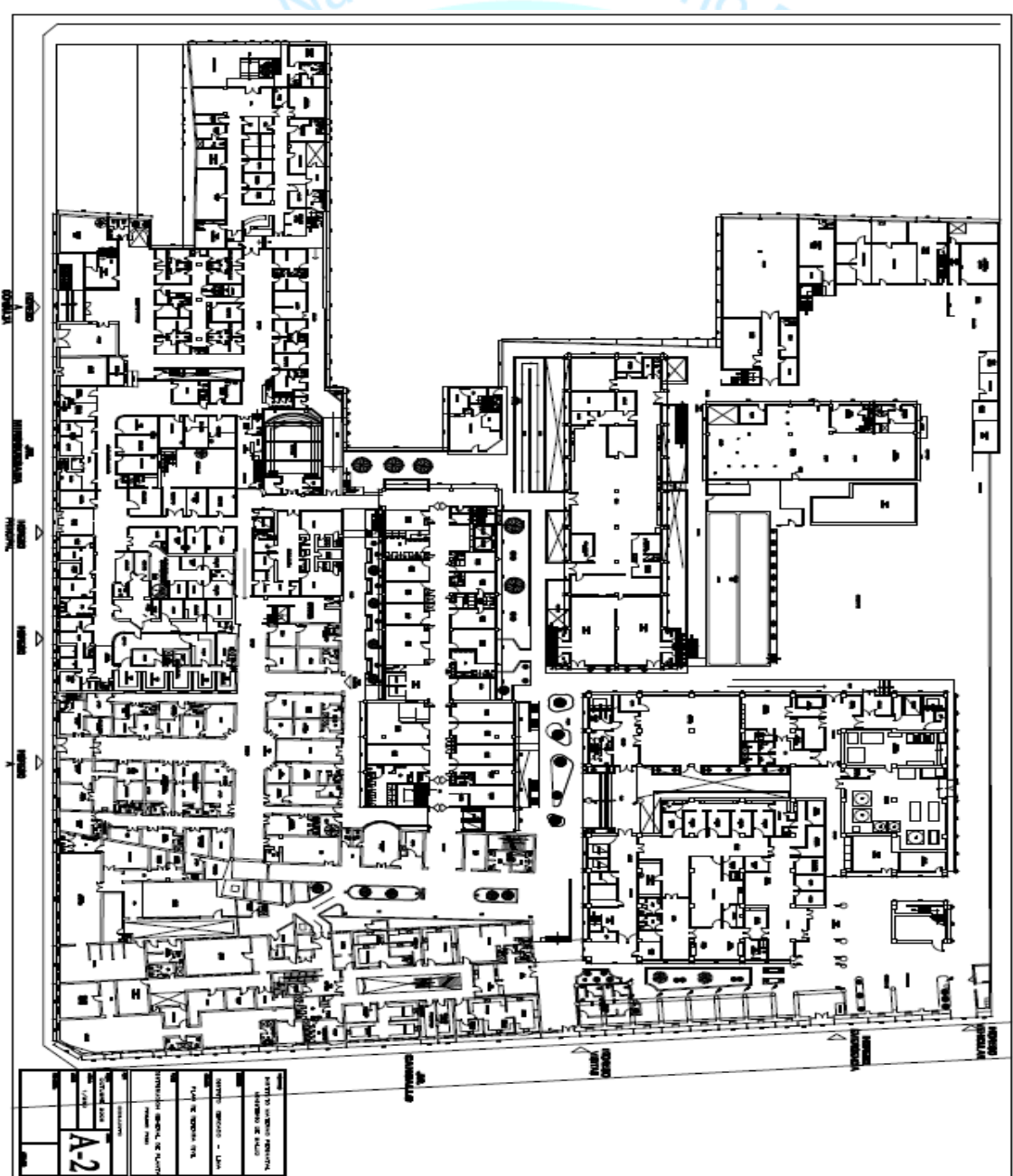
La superficie territorial de Lima Metropolitana es de 2811,65 Km², correspondiendo sólo al 0.2% del territorio nacional, sin embargo, es una de las áreas de mayor densidad del país.

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra en el Cercado de Lima y cuenta con un área de terreno de 17,056 m² y área construida de 37,500 m², de material noble.

En el 2016 se realizó la creación del servicio de intermedio V de neonatología adyacente al servicio de hospitalización de madres puérperas. Además se realizó remodelación del servicio de emergencia implementando un ambiente para atención de recién nacido, se habilitó la Unidad de Trauma Shock y se amplió las camas para el área de Observación de Pacientes en Emergencia.

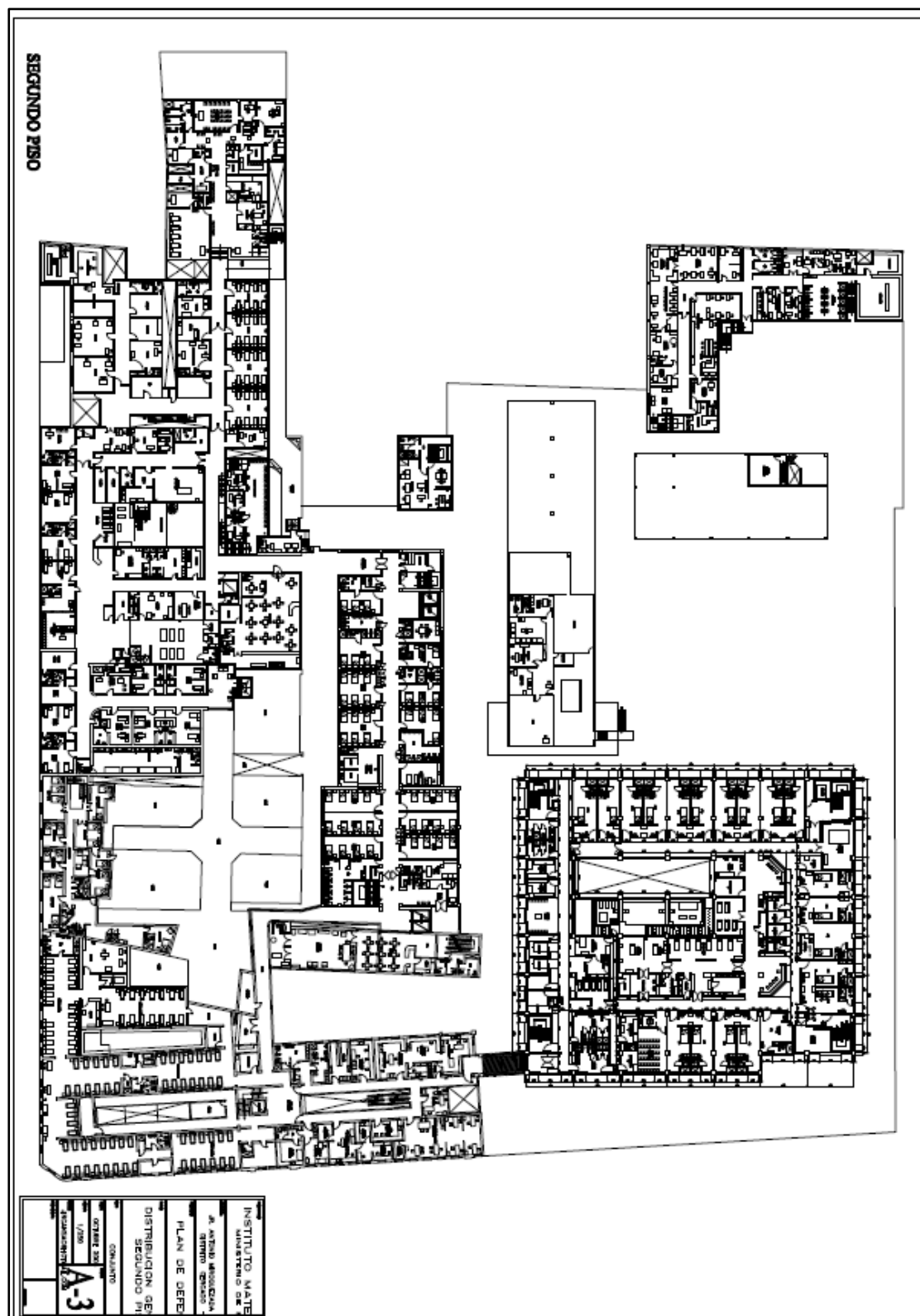
El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada y por el Este con el Jr. Huallaga. El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana, teniendo como Dirección Oficial el Jr. Antonio Miroquesada N° 941, Cercado de Lima.

GRAFICO N° 10. INMP. PLANO INSTITUCIONAL.PRIMER PISO.2016



Fuente: Oficina de Servicios Generales

GRAFICO N° 11. INMP. PLANO INSTITUCIONAL.SEGUNDO PISO.2016



Fuente: Oficina de Servicios Generales

[illegible]

Página 34 de 125

Fuente: Oficina de Servicios Generales

f. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Se realiza de la siguiente manera:

Tabla N° 8 INMP: DISTRIBUCIÓN DEL INMP POR BLOQUES, 2016

Bloque	Descripción
A.	Hospital de la Amistad Perú-Japón
B.	Monoblock de Hospitalización Obstétrica
C.	Hospitalización Ginecológica
D.	Hospitalización Puerperio
E.	Hospitalización de Servicio de Salud 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

La institución cuenta con todos los servicios básicos; Agua y desagüe, eléctrico, línea telefónica, sistema de comunicación de radio e internet.

Distribución de servicios del INMP

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 451 camas para hospitalización.

El Departamento de Obstetricia tiene el mayor número de camas, correspondiente al 60.8% del total de las camas en la institución, sectorizando a las pacientes por servicios. En el Monoblock Obstétrico, se han sectorizado a las pacientes obstétricas de la siguiente manera:

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

Además se cuenta con el Servicio de Obstetricia E, destinado a la atención de las pacientes puérperas por parto vaginal sin complicaciones.

El Departamento de Ginecología tiene un total de 20 camas, El Departamento de Neonatología cuenta con el 25.9% de las camas de hospitalización distribuidas en la UCI Neonatal e Intermedios, además de contar con cunetas para Alojamiento conjunto. El Servicio de salud bajo tarifario diferenciado,

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 10 camas. Cada servicio cuenta con dos camas de aislamiento.

TABLA N° 9. INMP: DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS.2016

SERVICIO	G-O	N-N	TOTAL
SERVICIO OBSTETRICIA A	47		47
SERVICIO OBSTETRICIA B	49		49
SERVICIO OBSTETRICIA C	51		51
SERVICIO OBSTETRICIA D	44		44
SERVICIO OBSTETRICIA E	57		57
SERVICIO GINECOLOGÍA	20		20
SERVICIO TARIFA DIFERENCIADA	30		30
UCIM	10		10
UCIN		30	30
UCI - CIRUGIA		5	5
INTERMEDIOS A (I Y II)		30	30
INTERMEDIOS A (III, IV Y V)		60	60
EMERGENCIA	16	2	18
TOTAL	324	127	451

Fuente: Boletín Estadística-INMP 2016

TABLA N°10. INMP: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS. 2016

ESTRUCTURA INMP			ESTRUCTURA INMP	
CONSULTORIOS MEDICOS	FISICOS	FUNCIONALES	OTROS CONSULTORIOS	2016
OBSTETRICIA A	2	2	DENTAL	2
OBSTETRICIA B	2	4	SERVICIO SOCIAL	2
OBSTETRICIA C	2	4	PSICOLOGÍA	3
OBSTETRICIA D	2	4	OPTOMETRÍA	1
OBSTETRICIA E	1	2	ODONTOLOGÍA	2
CLIMATERIO	1	1	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1
GINECOLOGÍA GENERAL	4	8	NUTRICIÓN	2
INFERTILIDAD	2	2	ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1
ECOGRAFÍA GINECO - OBSTETRICA	2	4	ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TBC	1
PEDIATRÍA	4	6	INMUNIZACIONES (ADULTO)	1
Odontopediatría	1	1	ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN MEDICINA PREVENTIVA	1
Neurocirugía pediátrica	1	1	CONSEJERÍA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	1
Pediatría especializada	1	1	CONSEJERÍA DE CLIMATERIO	1
CONSULTORIO MÉDICO DE PERSONAL	1	1	TÓPICO DE ENFERMERÍA	1
ESPECIALIDADES MÉDICAS	13	19	PSICOPROFILAXIS	2
TOTAL	39	60	TOTAL	22

Fuente: Boletín Estadística-INMP 2016

Tabla N° 11.INMP: DISTRIBUCION DE RECURSOS MATERIALES, 2016

GINECO – OBSTETRICIA	N°	NEONATOLOGIA	N°
CONSULTORIOS GINECO OBSTETRICO	19	CONSULTORIOS NEONATOLOGÍA	7
CAMAS OBSTETRICAS	248	CAMAS NEONATALES	95
CAMAS GINECOLÓGICAS	20	CAMAS UCIN	30
CAMAS CLINICA	30	VENTILADORES NEONATAL	17
CAMAS UCIM	10	PULSO-OXIMETROS	17
SALA DE PARTO	20	EQUIPO DE REANIMACIÓN	6
ECÓGRAFOS	2	MONITORES NEONATALES	11
ECÓGRAFOS DOPLER	7	BOLSA AUTO-INFLABLE	40
VENTILADORES ADULTOS	8		
COLPOSCOPIOS (VIDEO / OPTICO)	4		

ESTRUCTURA - TRANSPORTE	N°
AMBULANCIAS	5
SALA DE OPERACIONES (QUIRÓFANOS)	9

Fuente: Boletín Estadístico-INMP 2016

g. ANALISIS PRESUPUESTAL.

Los ingresos recaudados por las distintas fuentes y la ejecución del presupuesto han aumentado en los últimos 7 años.

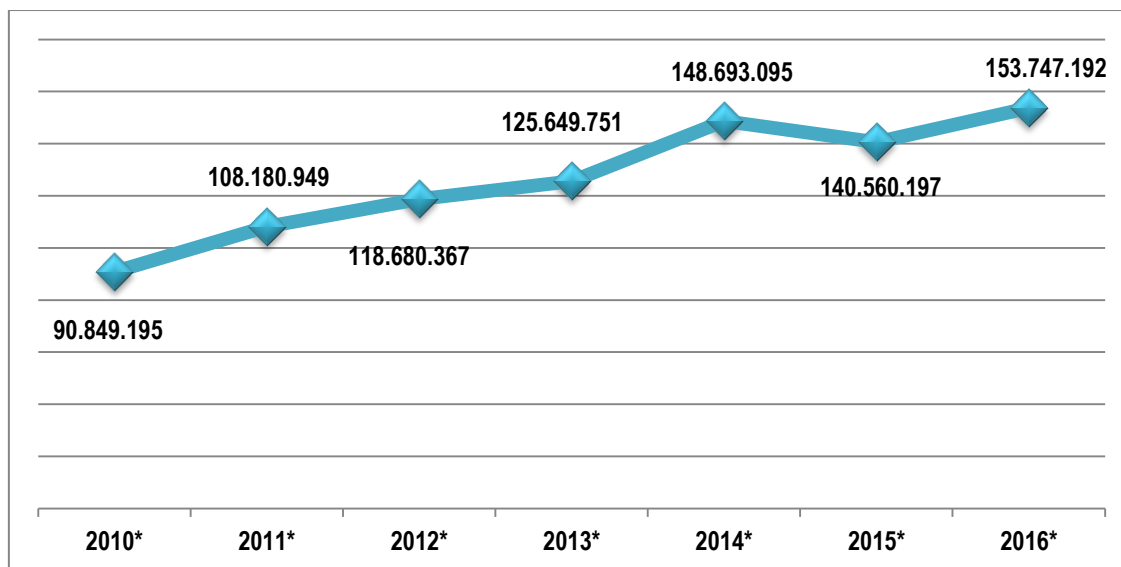
La ejecución presupuestal de la institución ha ido aumentando en los últimos años, llegando a mantenerse cerca del 95% de ejecución en años anteriores.

TABLA N° 12.INMP PRESUPUESTO ASIGNADO, 2010 - 2016.

Concepto	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
Recursos Ordinarios (RO)	72'747,218	84'095,906	96'829,227	99'810,718	111'432,727	94'585,785	103'018,037
Recursos Directamente Recaudados (RDR)	11'864,265	19'562,281	17'457,545	20'591,164	5'623,994	21'748,005	21'704,104
Donaciones y Transferencia	6'237,712	4'522,762	4'393,595	5'247,869	11'636,374	24'226,407	29'025,051
Total	90'849,195	108'180,949	118'680,367	125'649,751	148'693,095	140'560,197	153'747,192

Fuente: Área de Presupuesto. INMP 2016

GRÁFICO N°15. INMP: EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL, 2010–2016.



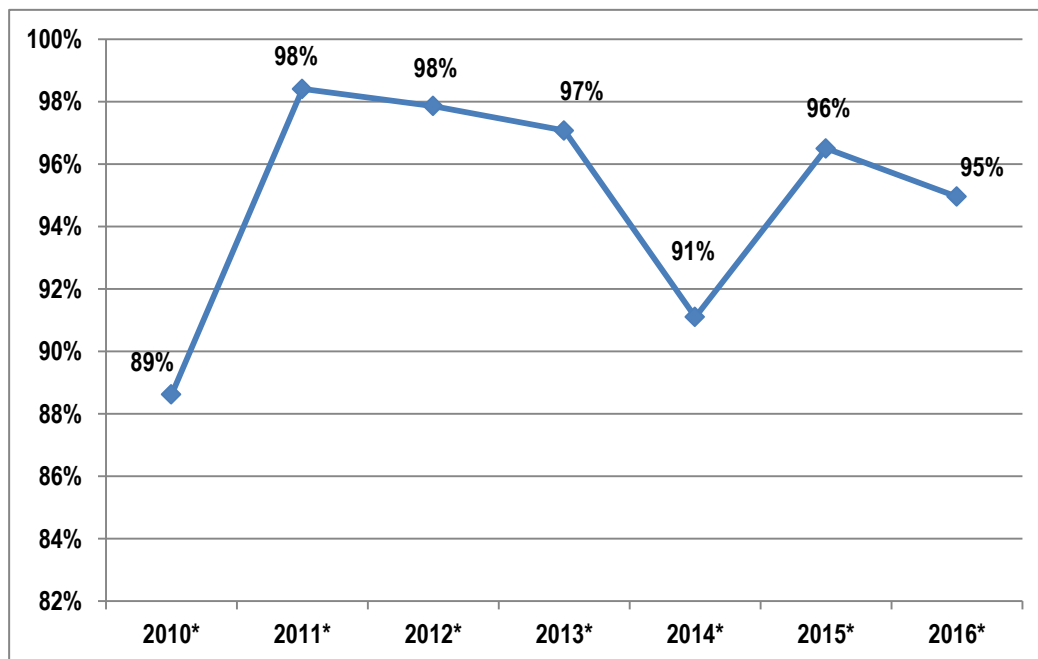
Fuente: Área de Presupuesto – INMP 2016

TABLA N° 13. INMP: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL. 2010 - 2016.

Ejecutado	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*
Recursos Ordinarios(RO)	72,277,435	83,953,187	94,480,862	99,629,610	111,385,154	94,248,798	101,971,601
Recursos Directamente Recaudados(RDR)	11,566,142	19,179,517	17,346,645	18,200,544	13,217,050	18,463,824	17,240,723
Donaciones y Transferencia	5,665,262	3,321,433	4,305,480	4,139,568	10,857,391	22,921,934	26,777,545
Total	89,508,839	106,454,137	116,132,987	121,969,722	135,459,595	135,634,556	145,989,869

Fuente: Área de Presupuesto. INMP 2016

GRÁFICO N° 16.INMP: EVOLUCION DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, 2010 – 2016.



Fuente: Área de Presupuesto. INMP 2016

h. DATOS DE SISTEMA INTEGRAL DE SALUD.

Las transferencias realizadas por SIS del 2016, se encuentra distribuidos por los servicios *Tarifados* y *No tarifados* recibido hasta junio del 2016, continua *Pre-liquidado* con el mayor monto (adelanto para prevención), luego *Servicios Complementarios* (para pago de horas complementarios a los médicos Ginecoobstetras, Anestesiólogo, Neonatólogos, cirujanos y enfermeras) solo se recibió en los meses febrero, abril y agosto del 2016. y *FISSAL*(Fondo intangible de Solidaridad de Salud) que presenta el menor Monto, destinado para las pacientes que atiende en la institución con Diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama).

**TABLA N° 14.INMP: PRESTACION DE SALUD Y REEMBOLSOS DEL SIS
 2016**

MES	TARIFADOS	NO TARIFADOS	PRE LIQUIDADO	S. COMPLEM	FISSAL	TOTAL
Ene	0	4,922.00	13,451,923.00	0	-	
Feb	30,500.00	2,853.00	0	61,428.00	2,517.00	
Mar	0	3,423.00	0	0	5,496.00	
Abr	783	182	0	81,978.00	4,410.00	
May	1,170.00	4,024.00	0	0	-	
Jun	1,570.00	4,267.00	5,843,591.00	0	1,789.00	
Jul	0		0	0	-	
Ago	0		0	650,609.00	-	
Sep	0		600,000.00	0	8,589.00	
Oct	0			0		
Nov	0		2,423,102.00	0		
Dic	0		4,531,453.00	0		
Total	34,023.00	19,671.00	26,850,069.00	794,015.00	22,801.00	27,720,579.00

Fuente: Oficina de Seguro de Integral de Salud /INMP.2016

Plan Maestro, Proyectos de inversión:

En relación al Plan Maestro de Inversiones del INMP, se han realizado varias gestiones para la contratación del servicio de elaboración del plan Maestro del INMP, pero la oficina General de Inversiones del Ministerio de Salud manifestó que no sería recomendable realizarlo, dado que el escenario actual implica un ordenamiento territorial.

La Oficina de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de salud nos informa que en fecha próxima saldrá la norma que establece la forma de elaborar los Planes Maestros. Podemos concluir que el INMP no cuenta con Plan Maestro de inversiones aprobado

2.1.3 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES RELACIONALDOS A LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL HOSPITALARIO

A. Indicadores por unidades productores

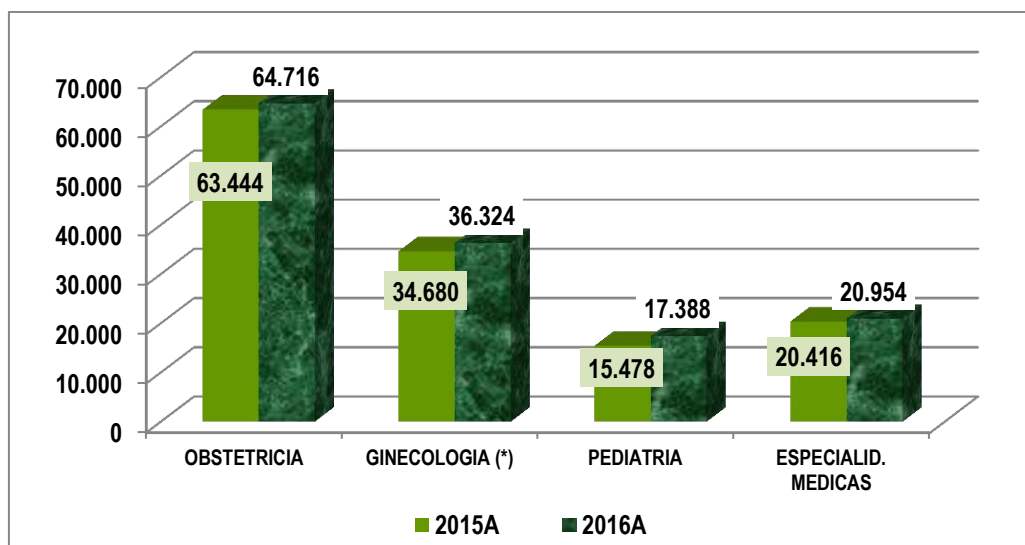
a. UPSS Consultorios Externos

El INMP, por ser un instituto de referencia, acuden a ella por consultorios externos pacientes Gestantes en su mayoría y en segundo lugar pacientes con Patología Ginecológica; brindándose también atención y seguimiento a los

Neonatos de Alto Riesgo y atenciones en otras Especialidades Médicas, que coadyuvan la atención Gineco – Obstétrica, Neonatal y Pediátrica.

En los siguientes gráficos vemos las atenciones realizadas en nuestra institución por especialidades en los 2 últimos años.

GRÁFICO N° 17. INMP: FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES POR ESPECIALIDAD. 2015 - 2016.



Fuente: Oficina de Estadística-INMP.2016

Consultorios de Obstetricia.

En la siguiente tabla N° 15 podemos observar en el control puerperal la tendencia es a la disminución, en vista que en promedio tienen un solo control postparto (concentración 1.3), 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 19.60%.

El promedio de controles prenatales que tienen las usuarias del INMP está en 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, se logró una cifra de 3.9 que está cerca del estándar de 4, pero el rendimiento en control puerperal fue de 2.5 (estándar 3) muy por debajo del estándar.

TABLA N° 15. INMP: INDICADORES DE PROCESO DE CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA. 2015 - 2016

INDICADOR	2015	2016
Gestantes atendidas	12697	13954
Atenciones de gestantes	58941	60410
Puérperas atendidas	3630	3385
Atenciones de puérperas	4503	4306
Total de atenciones obstétricas	63444	64716
Concentración de gestantes	4.6	4.3
Rendimiento hora-médico en control prenatal	3.8	3.9
Concentración de puérperas	1.2	1.3
Rendimiento hora-médico en control puerperal	2.6	2.5
Cobertura total control puerperal	20.80%	19.60%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Consultorios de Ginecología.

En consultorios externos de Ginecología presento una disminución en sus atendidas en relación al año 2015, pero en el rendimiento hora-médico se encuentra menor al estándar de 4, amerita mejorar la oferta de servicios.

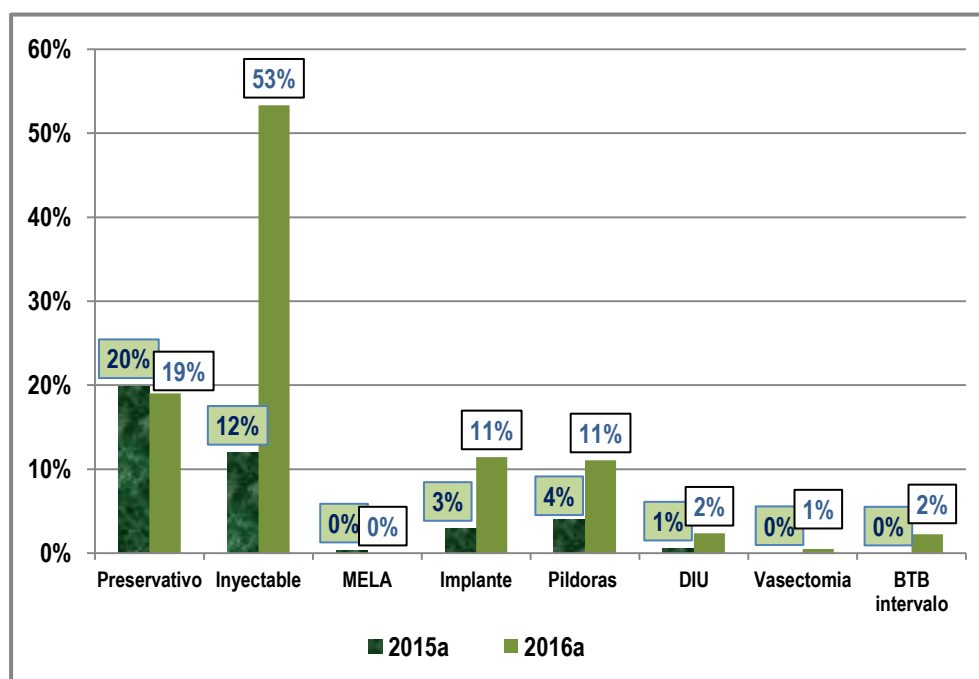
TABLA N° 16. INMP: INDICADORES DE PROCESO DE CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA. 2015 - 2016

Indicador	2015	2016
Atendidas ginecológicas	3713	3385
Atenciones ginecológicas	5552	5441
Concentración de pacientes ginecológicas	1.5	1.6
Rendimiento hora-médico en consultorio de Ginecología	3.4	3.7

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

El Departamento de Ginecología tiene a su cargo también los consultorios de Planificación Familiar, Climaterio y Medicina Reproductiva. Observamos a continuación la producción de cada uno de estos servicios.

GRÁFICO N° 18. INMP: TIPO DE ANTICONCEPTIVOS 2015-2016



Fuente: Estrategia de Planificación Familiar. INMP 2016

TABLA N° 17. INMP: ACTIVIDADES DEL CONSULTORIO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. 2016

ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	N°
Consejería a pacientes > 40 años	Consejería	2,484
Charlas Educativas a pacientes	Charlas	205
Curso de Actualización en Climaterio	Curso	1
Taller Gimnasia	Taller	72
Asistencia al Taller de Gimnasia	Asistencia	1,124
Campaña de despistaje de Osteoporosis	Camp.	4
Densitometrías Oseas tomadas	Desi. Oseas	291
Coordinación con el equipo multidisciplinario	Coordinación	94
Trípticos distribuidos	Tríptico	4,004
Capacitación del personal en Gimnasia del climaterio	Personal capacita.	2
IEC al Usuario	IEC	2,059

Fuente: Programa de Climaterio. 2016

TABLA N° 18. INMP: ACTIVIDADES DEL UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA -2016

ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	N°
Consejería personalizada en Tto. De fertilización de baja complejidad	Consejería	1,664
Consejería personalizada en Tto. De fertilización / alta complejidad	Consejería	57
Consejería a la pareja inseminada	Consejería	184
Consejería a pareja que se someterá a Infertilización in Vitro	Consejería FIV	49
Consejería en transferencia embrionaria (TE)	Consejería FIV	13
Administración de Tto. S.C.	Tto. Administrado	237
Monitoreo Ovulatorio	Monitoreo	1,578
Asistencia en fertilización baja complejidad	Procedimiento	558
Equipamiento de la sala de Inseminación	Equipamiento	240
Charlas Educativas	Charlas	274
I.E.C.	IEC	51
Entrega de trípticos	Trípticos	2,625

Fuente: Consultorio de Infertilidad. 2016

Consultorios de Pediatría.

La tendencia es al incremento en las atenciones en consultorios de Neonatología, se vienen manifestando desde año 2015; Existe una problemática en relación al profesional del área debido que se debe 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.

La Concentración en la atención ambulatoria de pediatría ha aumentado de 2.6 en el 2015 a 2.9 en el 2016, sin embargo sigue siendo menor que el estándar que es de 4 a 5 para institutos.

El rendimiento hora médico también ha aumentado ligeramente de 3.2 en el 2015 a 3.3 en el 2016, estando cerca del estándar 4 según criterio de DS- 015-2011-SA.

TABLA N° 19. INMP: INDICADORES DE PROCESO CONSULTORIOS DE PEDIATRÍA. 2015 - 2016

Consultorios Pediatría	2015	2016
Atendidos	5982	6023
Atenciones	15478	17388
Concentración	2.6	2.9
Rendimiento Pediatría	3.2	3.3

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Consultorios de Especialidades Médicas.

El INMP cuenta con consultorios de otras especialidades médicas para la atención básicamente de gestantes, pacientes ginecológicas y neonatos que requieran de otro tipo de atención especializada que coadyuve al manejo del caso obstétrico, ginecológico o fetal - neonatal. Así se cuentan con las especialidades de Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología, Rehabilitación y Genética.

En la tabla N° 19 vemos los indicadores de proceso de los diferentes consultorios de especialidades médicas en los últimos 2 años.

La concentración de consultas no ha sufrido mayor variación en el 2015 y 2016, siendo los consultorios de Oftalmología y Endocrinología que tienen ligeramente mayor concentración, sin embargo todos ellos están por debajo del estándar que es de 4, que se puede explicar por el tipo o perfil de pacientes que atienden estos consultorios, que son por interconsulta.

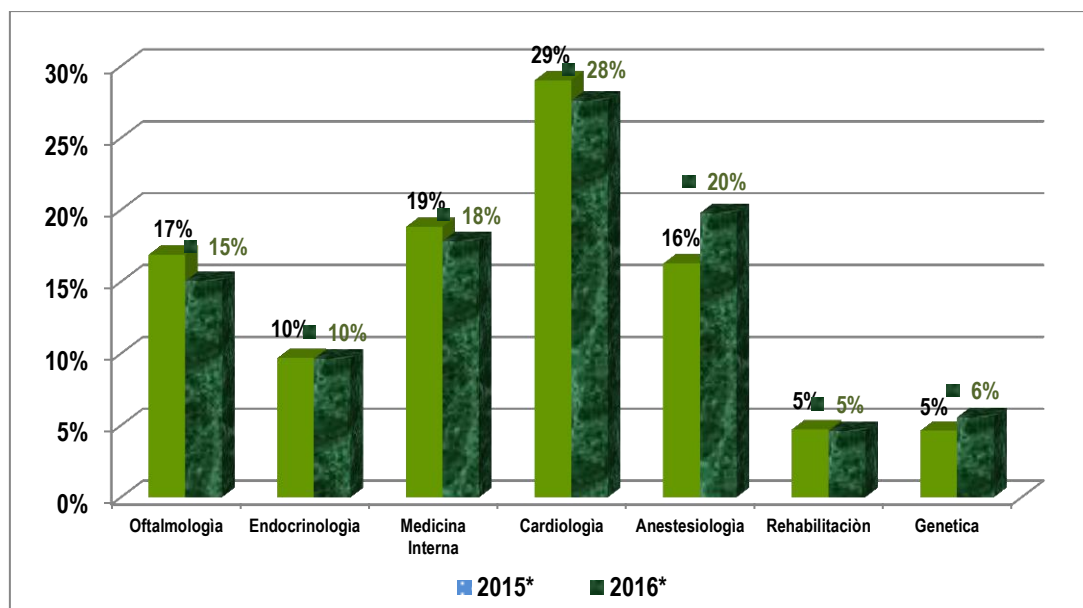
El rendimiento de estos consultorios está cerca del estándar 4, excepto los de Rehabilitación y Genética que tienen en el 2016 un rendimiento de 1.4.

TABLA N° 20. INMP: INDICADORES DE PROCESO DE LOS CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. 2015 - 2016.

Consultorios Especialidades	Atendidas		Atenciones		Concentración		Rendimiento	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Oftalmología	2047	1923	4158	3972	2.0	2.1	3.6	3.9
Endocrinología	1174	1230	2988	3012	2.5	2.4	3.9	3.9
Medicina Interna	2281	2279	3596	3873	1.6	1.7	3.3	3.8
Cardiología	3517	3527	4261	3966	1.2	1.1	3.3	3.5
Anestesiología	1971	2527	2510	3308	1.3	1.3	2.2	3.3
Rehabilitación	572	587	1901	1736	3.3	3.0	1.5	1.4
Genética	563	712	1002	1087	1.8	1.5	1.1	1.4

Fuente: DEAEM y SC. INMP

GRÁFICO N° 19. INMP: PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDAS EN LOS CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS. 2015 - 2016.



Fuente: DEAEM y SC.INMP

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° 21.INMP: INDICADORES DE PROCESO DE CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES NO MÉDICAS. INMP 2014-2016.

Consultorio Especialidad No Medicas	Atendidas		Atenciones		Concentración		Rendimiento	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Odontología	5354	5641	7690	7800	1.4	1.4	2.1	2.3
Psicología	12562	4067	18885	5186	1.5	1.3	2.9	2.9
Terapia Física	936	980	4615	4936	4.9	5.0	1.3	1.2

Fuente: DEAEM y SC. INMP.2016

En cuanto a la concentración los consultorios de Odontología y Psicología muestran baja concentración por ser netamente consultorios que atienden pacientes por interconsulta. Terapia física por la atención de pacientes que requieren varias sesiones de terapia presenta mayor concentración, de 5.

El rendimiento está por debajo del estándar de 4, pero se explica por el perfil de pacientes y el tipo de procedimientos que implica la atención de estos pacientes.

b. UPSS Hospitalización

a. Hospitalización de 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° 22, 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 parto eutócico, sin complicaciones.

El porcentaje de ocupación de camas hospitalarias para el 2016 es de 87.3% que viene aumentando pero debajo del estándar 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, 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 que viene aumentando en los últimos años para el 2016 presenta alrededor de 6.6, siendo el estándar de 3.

TABLA N° 22. INMP: TENDENCIA DE INDICADORES DE PROCESOS EN OBSTETRICIA. 2012 - 2016

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Estancia post parto vaginal (días)	2.8	2.6	2.7	2.7	2.6
Estancia post parto vaginal sin Patología.	2.5	2.4	2.2	2.3	2.3
Estancia post parto vaginal con Patología.	3.9	4.0	4.1	4.0	3.9
Estancia post parto cesárea (días)	5.0	4.4	4.4	4.2	4.4
Estancia post aborto (días)	2.6	2.6	2.8	2.7	2.7
Estancia gestante	3.6	3.5	3.3	3.9	3.7
Estancia puerpera	5.2	5.0	4.9	5.2	5.3
% ocupación cama	83.5%	84.5	85.5	86.8%	87.3%
Intervalo de sustitución	1.0	1.0	1.0	0.9	0.7
Rendimiento Cama	5.7	5.9	6.5	6.4	6.6

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

- **Indicadores de Resultado en Obstetricia.**

Como se observa en la tabla N° 22, en los últimos 2 años se ha presentado un aumento del total de partos, asimismo la tendencia en el porcentaje de cesáreas, se mantiene relativamente constante.

La cantidad de partos también se ha visto en las adolescentes en 18%, manteniéndose la distribución por grupos etáreo, siendo la mayoría mayores de 17 a 19 años, las más frecuentes. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas ha disminuido para el 2016 en 10%, dato que no tiene relación con las estadísticas de años anteriores, en que venía aumentando.

TABLA N° 23. INMP: TENDENCIA DE INDICADORES DE RESULTADO EN OBSTETRICIA. 2012 - 2016

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Promedio Parto Mensual	1332	1421	1534	1800	1850
Promedio Parto Diario	44	47	51	60	62
Total Partos Vaginales	8827	9555	11031	11957	12200
Total Partos por Cesárea	7164	7497	7386	9648	9768
% de Cesárea	44.8	44.0	40.0	44.7	44.5
Total Partos en el Año	15991	17052	18417	21605	21968
Partos Atendidos en Emergencia	10	14	13	15	13
Partos Gemelares	240	248	282	242	267
Partos Trillizos	3	2	0	2	1

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 24. INMP: TENDENCIA DE LOS PARTOS EN ADOLESCENTES POR GRUPO ETÁREO. 2012 - 2016

Población de Adolescentes	2012	2013	2014	2015	2016
Partos de 10 a 13 años	18	19	17	13	33
Partos de 14 a 16 años	553	579	598	650	618
Partos de 17 a 19 años	2019	2050	2566	2716	2415
Total partos vaginales	1787	1832	1578	1582	1400
Total partos cesárea	803	816	543	654	592
% de cesáreas	31.0	30.8	17.1	19.0	19.3
Total partos adolescentes	2590	2648	3181	3379	3066

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

En la siguiente tabla N° 24, se muestran los egresos hospitalarios, distribuidos de acuerdo al motivo de hospitalización, observándose un leve incremento en

el total de egresos en 0.3% en referencia al año anterior. Se nota mayor incremento en egresos por aborto en 14%, egreso por puerpera 5.6% y egreso por parto vaginal 2.1% con relaciona al año 2015. Pero los egresos por gestantes ha disminuido en 2%, esta situación a contribuido mucho el sistema de aseguramiento desde el primer nivel de atención.

TABLA N° 25.INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS EN OBSTETRICIA. 2012 - 2016

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Parto vaginal	8,759	9,410	10,180	11885	12144
Parto por cesárea	6,969	7,562	6,612	9576	9621
Egreso aborto	885	669	522	748	858
Egreso como gestante	2,212	2,147	2,050	2,388	2055
Egreso como puerpera	206	162	173	265	280
Total de egresos obstétricos	19,031	19,950	19537	24,879	24972

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

Hospitalización de Ginecología.

En el Servicio de Ginecología, la mayoría de las pacientes hospitalizadas ingresan para cirugías electivas con estancias cortas. 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° 26.INMP: TENDENCIA DE INDICADORES DE PROCESO EN GINECOLOGÍA. 2014 - 2016

Indicador	2014	2015	2016
Estancia Ginecológica (días)	6.0	5.8	5.6
Porcentaje Ocupación Cama en Ginecología	74.9%	75.6%	76.7%
Intervalo de Sustitución Ginecología	1.6	1.7	1.4
Rendimiento Cama Ginecológica	4.0	4.2	4.5

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

Hospitalización de Neonatología.

En Neonatología el porcentaje de ocupación es bastante alto, para el 2016 ha llegado a ser 113.9% en UCIN, debido a que la mayoría de pacientes hospitalizados en Neonatología tienen largas estancias por patologías relacionadas en la mayoría de casos a prematuridad recibidas de gestantes con patologías complicadas del embarazo (como trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias, etc.). Así, en los últimos meses del 2016, se sobrepasó la capacidad instalada de la UCI Neonatal y de Intermedios, lo que puede condicionar el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

TABLA N° 27. INMP: TENDENCIA DE INDICADORES DE PROCESO EN NEONATOLOGÍA. 2012 - 2016

Hospitalización	2012	2013	2014	2015	2016
Promedio de estancia en UCIN (días)	13.2	14.1	18.9	20.6	19.3
Promedio Estancia en Intermedios (días)	12.6	13.1	11.9	12.7	12.0
% Ocupación Cama UCIM	96.3	96.5	97.6	98.9	97.0
% Ocupación Intermedios	94.7	94	93.8	94	93.9
Intervalo de sustitución UCIN	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3
Intervalo de sustitución UCIN Intermedios	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7
Rendimiento cama-mes UCI Neonatal	1.9	1.7	1.9	2.0	1.8
Rendimiento cama-mes Intermedios	5.1	5.3	4.9	5.5	5.8

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

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 7.74% y muy bajo peso ha disminuido en un 1.23% en relación al año 2015; de igual forma el porcentaje de recién nacidos prematuros se ha incrementado a 9.70%

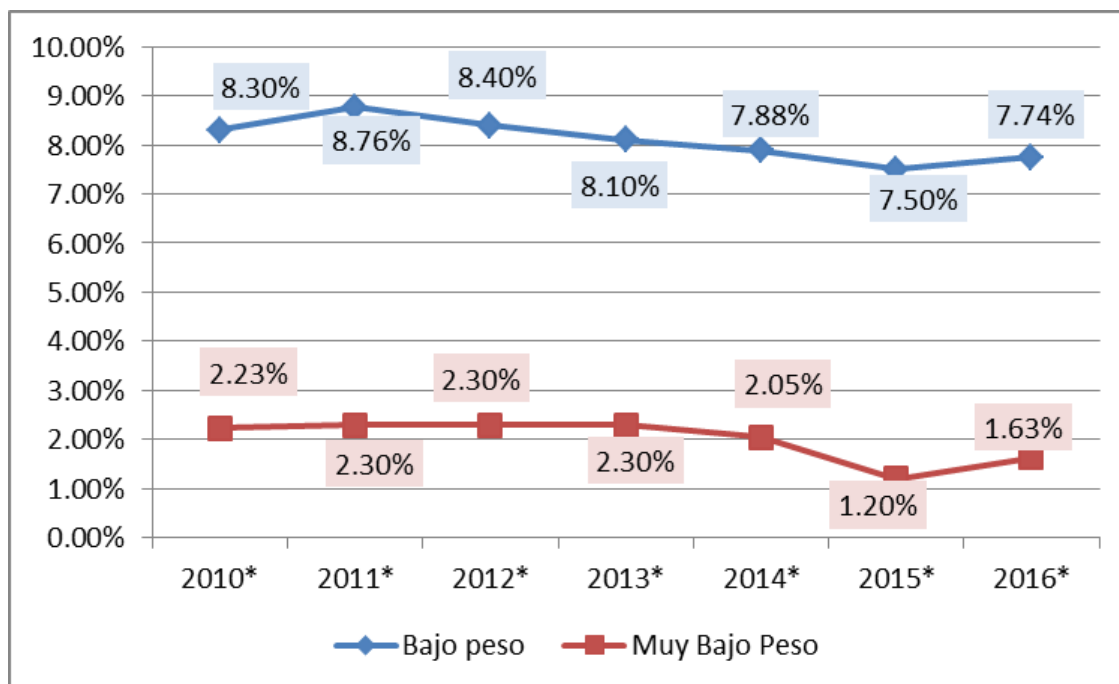
Por otro lado hubo un repunte en el porcentaje de neonatos que requirieron hospitalización (Gráfico N° 22), llegando en el 2014 al 25.39%, 2015 de 23.17% y para el 2016 de 32.21%, sin embargo aumentado ligeramente el porcentaje de los neonatos que necesitaron la UCI-N en un 2.77%. Se explica esta situación porque la mayoría de las pacientes se encuentran aseguradas (SIS) y no existe la necesidad que presente hoja de referencia para ser atendidas y se les asegura a las que no cuentan con este beneficio, lo ha llevado al incremento en la atención.

TABLA N° 28. INMP: TENDENCIA DE INDICADORES DE RESULTADO EN NEONATOLOGÍA. 2012 – 2016

Resultado	2012	2013	2014	2015	2016
Recién nacidos vivos	16.068	17.089	18495	21714	22060
Natimueertos	167	214	203	204	239
Total Nacimientos	183	231	18,698	21,918	22,299
Nacimientos Bajo Peso < 2500 gr.	1349	1303	1427	1386	1465
Nacimientos Muy Bajo Peso < 1500 gr.	304	271	301	336	423
Nacimientos Bajo Peso Extremo < 1000 gr.	125	95	124	119	160
Nacimientos Pre-Termino	1,669	1,722	1,788	1,991	2,196
APGAR 1'					
Apgar < o = 3	242	235	302	265	240
Apgar 4 a 6	369	363	342	433	399
Apgar = o > 7	3493	3653	3003	3793	3595
APGAR 5'					
Apgar < ó = 3	85	90	91	83	46
Apgar 4 a 6	113	111	99	73	74
Apgar = ó > 7	4075	4297	3457	4088	3945
Total ingresos a Neonatología	4,601	4866	4605	4744	4533
Ingresos a UCI Neonatal	621	675	649	666	655
Promedio diario de RN en Aloj. Conjunto	35	42	38	47	46
Egresos de RN vivos	4480	4650	4388	4560	4234
Egresados fallecidos post neonatal	16	14	30	30	35

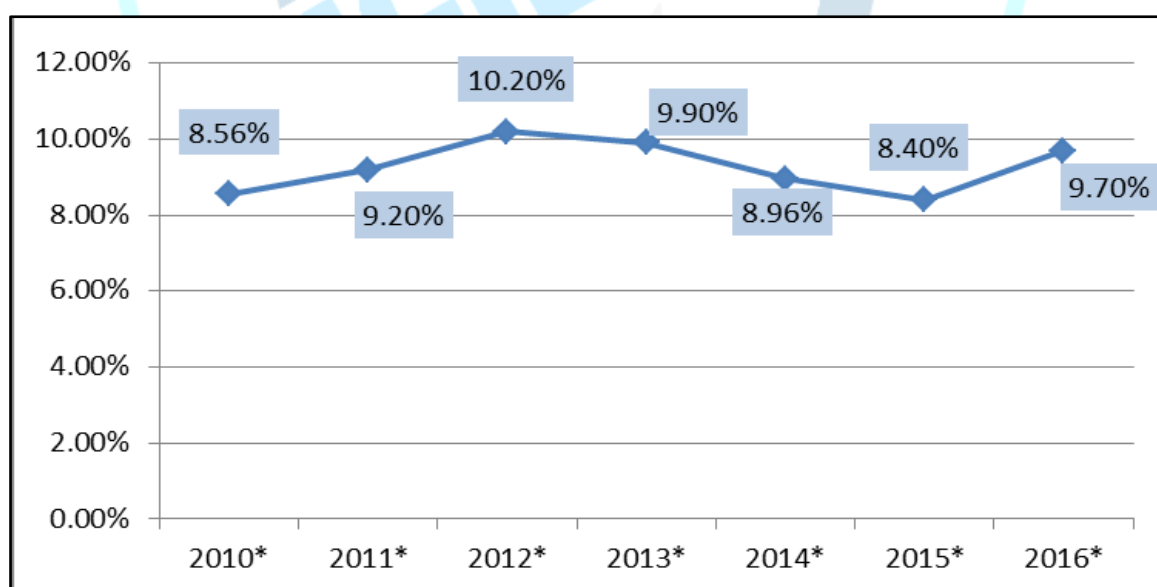
Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

GRÁFICO N°20 . INMP: TENDENCIAS DE NACIMIENTOS DE RN DE BAJO Y MUY BAJO PESO AL NACER. 2011 – 2016.



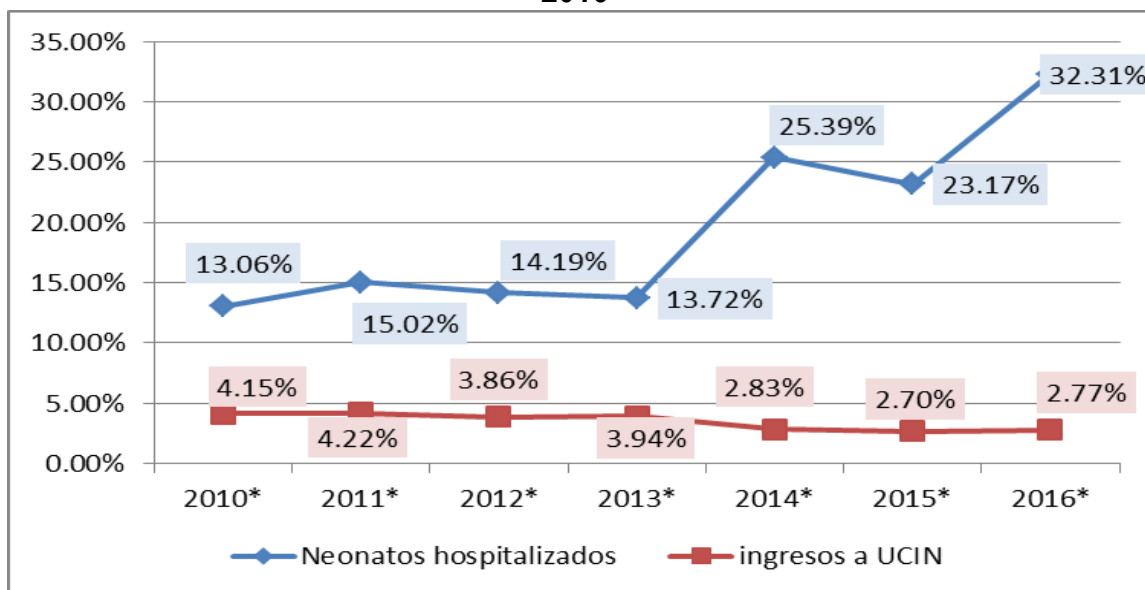
Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

GRÁFICO N° 21. INMP: TENDENCIAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS. 2010-2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

GRÁFICO N°22. INMP: TENDENCIAS DE NEONATO HOSPITALIZADOS.2010-2016

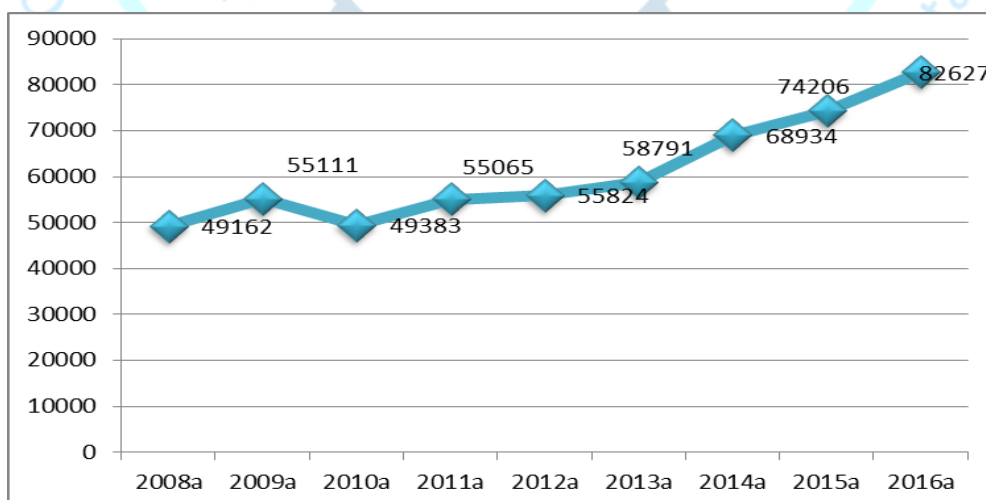


Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

c. 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° 23 y en la tabla N° 29, 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° 23. INMP: TENDENCIA DE LAS ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. 2008 - 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

En la siguiente tabla, se tienen los indicadores de proceso de la atención en emergencia, observándose que la atención en este servicio ha aumentado significativamente.

TABLA N° 29. INMP: INDICADORES DE EMERGENCIA DEL INMP.2014-2016

Indicadores	2014	2015	2016
Atendidos	46429	53941	53049
Atenciones	68934	74206	82627
Concentración	1.5	1.4	1.6
Hospitalizados por Emergencia	20371	19441	21821
Ecografía	19257	21976	22263
AMEU	4034	4657	4534
Legrados Uterinos	28	47	34
Partos	13	15	16

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

La tabla N° 30, muestra el destino de las pacientes hospitalizados por emergencia, observándose que el primer servicio de destino es Centro Obstétrico, seguido de sala de operaciones y en tercer lugar el servicio de hospitalización de “Obstetricia B”.

TABLA N° 30.INMP: DESTINO DE LAS PACIENTES ATENDIDOS POR EMERGENCIA. 2016

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUL	JUN	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
CENTRO OBSTETRICO	603	663	681	588	597	615	604	565	644	602	567	571	7300
CENTRO QUIRURGICO	281	289	327	294	299	312	320	351	314	368	368	333	3856
SERVICIO DE BAJO TARIFA DIFERENCIADA	14	13	8	8	7	7	7	8	7	2	5	6	92
GINECOLOGIA	36	34	30	26	26	30	35	32	23	38	34	27	371
INTERMEDIOS NIÑOS	29	36	27	25	33	30	29	39	47	32	41	31	399
SERV A	165	145	137	93	140	123	142	164	123	157	123	127	1639
SERV B	217	233	246	281	320	284	301	322	265	307	287	283	3346
SERV C	165	204	207	218	258	208	243	211	199	209	226	226	2574
SERV D	146	123	138	162	174	170	179	163	173	153	177	167	1925
SERV E	82	39	8	15	5	2	6	5	14	7	7	6	196
UCI MATERNO	11	7	8	5	13	10	12	7	6	7	16	12	114
UCI NEONATAL	1	2	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	9
TOTAL GENERAL	1750	1788	1817	1715	1872	1791	1878	1869	1816	1882	1852	1791	21821

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

El INMP por ser la institución de mayor complejidad en el área materna y 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.

TABLA N° 31. INMP: DIAGNÓSTICOS OBSTÉTRICOS FRECUENTES EN EMERGENCIA. 2014 – 2016.

DIAGNÓSTICO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
AMENAZA DE ABORTO	7136	10.4	7693	10.4	8984	10.9
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	7626	11.1	8193	11.0	9193	11.1
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DENTRO DE LAS 24 HORAS	3485	5.1	3795	5.1	4886	5.9
ABORTO INCOMPLETO	2659	3.9	3413	4.6	3544	4.3
INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	2028	2.9	2166	2.9	2574	3.1
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	1866	2.7	2055	2.8	2297	2.8
INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	1735	2.5	1936	2.6	2194	2.7
ABORTO RETENIDO	1659	2.4	1816	2.4	1865	2.3
HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADO	1520	2.2	1605	2.2	1744	2.1
OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	1489	2.2	1501	2.0	1600	1.9
ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	1563	2.3	1489	2.0	1517	1.8
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	1488	2.2	1525	2.1	1412	1.7
OLIGOHDAMNIOS	1301	1.9	1410	1.9	1379	1.7
ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A FETO DEMASIADO GRANDE	1166	1.7	1265	1.7	1129	1.4

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

Dentro de las patologías ginecológicas más frecuentes presentadas en Emergencia tenemos a las Hemorragias de causa ginecológica seguidas por las infecciones de las vías urinarias e infecciones de causa ginecológica, como se observa en la tabla N° 31.

TABLA N° 32.INMP: DIAGNÓSTICOS GINECOLÓGICOS FRECUENTES EN EMERGENCIA. 2014 - 2016

DIAGNÓSTICO	2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	667	20.8	1008	31.1	1076	35.2
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	172	5.4	262	8.1	309	10.1
OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS	211	6.6	197	6.1	203	6.6
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	108	3.4	130	4.0	190	6.2
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA FEMENINA, NO ESPECIFICADA	108	3.4	157	4.8	166	5.4
DOLOR PELVICO Y PERINEAL	133	4.2	216	6.7	136	4.5
HIPERPLASIA DE GLANDULA DEL ENDOMETRIO	102	3.2	87	2.7	124	4.1
OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	93	2.9	83	2.6	104	3.4
DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	96	3.0	140	4.3	150	4.9
MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA	53	1.7	61	1.9	69	2.3

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

d. UPSS Centro Quirúrgico.

Productividad en Sala de Operaciones

Las cirugías obstétricas son el tipo de cirugía más frecuente en nuestra institución, sin embargo observamos que cada vez son más frecuentes a través de los años las intervenciones ginecológicas y neonatales.

TABLA N° 33. INMP: TENDENCIA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN ESPECIALIDAD. 2014-2016

Intervenciones Quirúrgicas	2014		2015		2016	
	Nº	%	N	%	N	%
Intervenciones Quirúrgicas Obstétricas	9872	90.0	10196	82.7	10359	82.1
Intervenciones Quirúrgicas Ginecológicas	995	9.1	2020	16.4	1972	15.6
Intervenciones Quirúrgicas Neonatales	107	1.0	117	0.9	284	2.3
Total de Intervenciones	10,974	100.0	12,333	100.0	12615	100.0

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

Las cesáreas, legrados uterinos y AMEUs son los procedimientos más frecuentes en el grupo de intervenciones obstétricas, sin embargo existe un grupo de procedimientos realizados que vemos cada vez con mayor frecuencia en los últimos años que son referidas a los procedimientos por complicaciones post parto.

TABLA N° 34. INMP: TENDENCIA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN OBSTETRICIA. 2012 – 2016.

Intervenciones Obstétricas	2012	2013	2014	2015	2016
Cesáreas	7164	7497	7386	9648	9768
Cesáreas	6558	6876	6615	8664	8822
Cesáreas + histerectomía	49	16	18	48	59
Cesáreas + BTB	557	605	753	936	887
Colocación de cerclaje	8	5	5	10	10
Complicaciones post Parto	121	135	154	165	167
Sutura de desgarros cervicales	24	9	27	40	39
Sutura de desgarros vaginales	61	71	47	67	69
Drenaje de hematoma vaginal	1	7	8	5	6
Debridación. de hematoma subaponeurótico	9	18	38	14	25
Debridación de hematoma post cesárea	8	6	13	24	17
Extracción manual de placenta	18	24	21	15	11
Abortos	361	395	399	407	414
Legrado uterino por aborto	343	362	382	349	354
AMEU por aborto	18	33	17	58	60
Total Intervenciones	7654	8032	7944	10230	10359

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

En relación a las intervenciones ginecológicas, son las intervenciones de acceso abdominal las que más se realizan en nuestra institución (Histerectomías Abdominales, Miomectomía, Quistectomías, etc.) seguido por las Cirugías Laparoscópicas que en los últimos años se hacen con mayor frecuencia. Finalmente, las cirugías de acceso vaginal y las cirugías cervicales también se observa con mayor frecuencia en los últimos años.

TABLA N° 35. INMP: TENDENCIA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN GINECOLOGÍA. 2012 - 2016

Intervenciones Ginecológicas	2012	2013	2014	2015	2016
Abdominales	788	686	605	904	979
Histerectomías Abdominales	251	216	162	240	260
Histerectomía Abdominal total o sub total	217	183	121	210	211
Histerectomía ampliada a vagina	34	28	32	43	81
Histerectomía radical	0	5	9	7	8
Miomectomía	85	91	67	137	136
Cistectomía	128	120	135	156	172
Ooforectomía y/o Salpingectomía	243	191	155	280	308
Plastia tubárica	34	22	33	21	18
Otras cirugías Abdominales	47	46	53	70	85
Vaginales	160	181	109	238	229
Histerectomías vaginales	24	39	32	51	35
Colporragia	108	119	50	153	133
Otras cirugías Vaginales	28	23	27	34	61
Cuello Uterino	23	14	41	17	33
Conización	13	13	27	13	28
Otras cirugías de cérvix	10	1	14	4	5
Laparoscopías	355	387	304	493	498
Laparoscopías Quirúrgicas	300	267	253	391	366
Cistectomía laparoscópica	18	23	16	23	40
Histerectomía laparoscópica	5	18	11	22	48
Miomectomía laparoscópica	1	0	9	1	2
Otras laparoscopías quirúrgicas	274	225	217	345	276
Laparoscopías Diagnóstica	55	120	51	102	132
Histeroscopia Quirúrgica	54	29	8	69	4
Legrado uterino ginecológico	61	43	35	101	79
AMEU ginecológico	5	16	18	39	34
Mamas	48	51	33	43	71
Mastectomía	5	7	10	4	15
Otras cirugías de mamas	43	44	23	39	56
Otras Intervenciones Quirúrgica	110	53	47	49	45
Total Intervenciones	1604	1460	1200	1953	1972

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

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° 36 se observa que las

intervenciones AQV intervalo ha disminuido para el año 2016 pero en Vasectomía esta se ha incrementado en relación al año 2015.

TABLA N° 36. INMP: TENDENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA. 2012-2016.

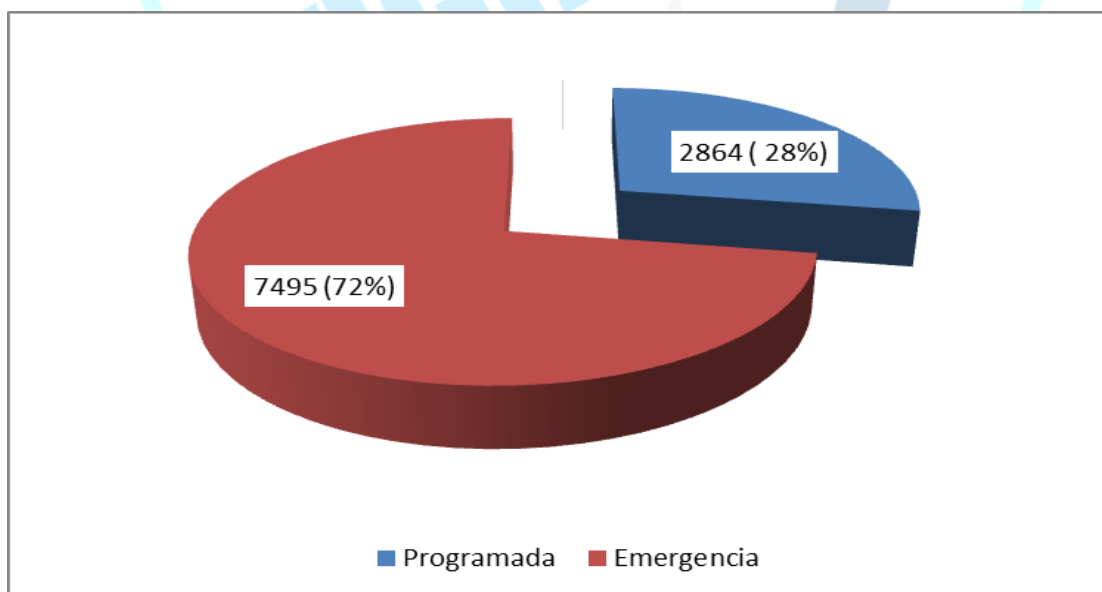
AQV	2012	2013	2014	2015	2016
BTB intervalo	117	123	75	121	112
Vasectomía	24	61	4	10	25
Total Intervenciones	141	184	79	131	137

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Intervenciones Quirúrgicas en Sala de Operaciones

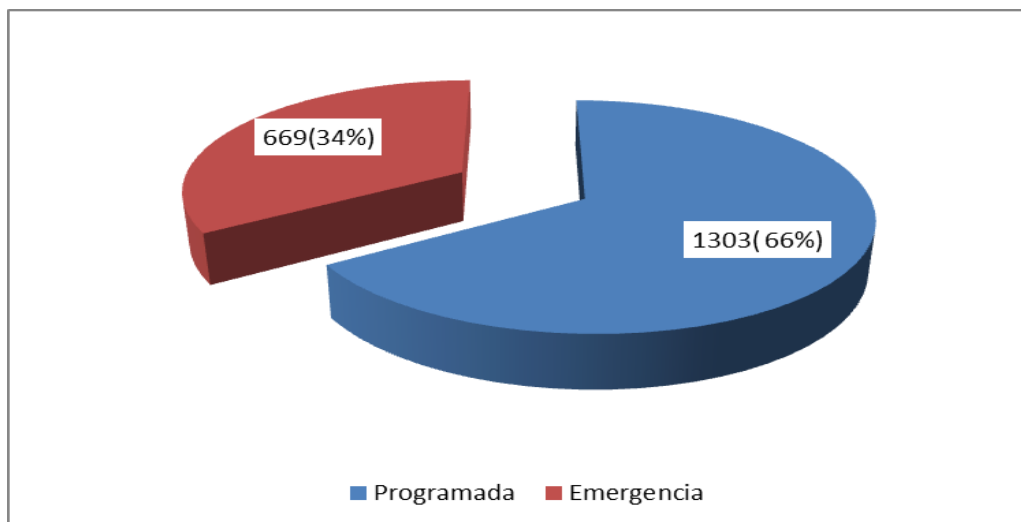
Como se puede ver en los siguientes gráficos la mayoría de intervenciones obstétricas son realizadas como emergencia, y sólo un 28% se realizan en forma electiva, debido al grado de complejidad de las pacientes que son atendidas en el instituto. Por el contrario, las cirugías ginecológicas son en la mayoría cirugías programadas (66%)

GRÁFICO N° 24.INMP: TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OBSTÉTRICAS. 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

GRÁFICO N°25.INMP: TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS. 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

e. UPSS Centro Obstétrico.

La atención del parto en nuestro instituto ha tenido cambios importantes en los últimos años. Desde el año 2009, la implementación del proyecto **“Atención del Parto Humanizado”** permitió que nuestra institución sea líder a nivel nacional en la atención a la gestante en trabajo de parto de forma más cálida, autónoma y de calidad.

Permitir que el parto de la gestante sea en la posición que ella prefiera, ofrecerle el acompañamiento de la pareja o algún otro familiar de confianza y brindar analgesia durante el trabajo de parto si ella lo prefiere, ha permitido que la gestante se sienta más segura, acompañada y con la confianza de una buena atención, con resultados añadidos de mejora en los indicadores de nivel de satisfacción del usuario, disminución en el número de quejas, disminución en el número de complicaciones post parto maternas y neonatales y mejora en la relación del paciente con el personal de salud, así como la reducción de costos asociados a las complicaciones del parto.

El objetivo actual es mantener el proceso de mejora, por ello existe capacitaciones constantes entre el personal de salud y el monitoreo de indicadores como lo vemos a continuación.

En la Tabla N° 37 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.

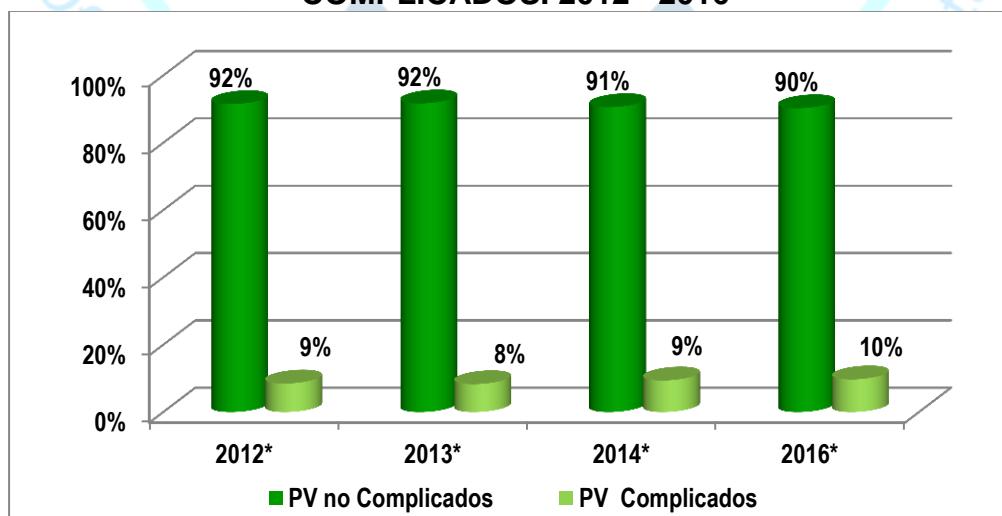
TABLA N° 37. INMP: INDICADORES DE PROCESO DE CENTRO OBSTÉTRICO. 2012 – 2016.

Procedimiento Ante parto	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inducciones	97	0.83	114	0.9	77	0.54	43	0.28	35	0.2
Acentuaciones	2708	23.44	3660	28.94	4217	29.4	3756	24.7	4237	26.7
Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	7844	67.9	8675	68.59	10049	70.2	10169	66.6	12389	78.0
Monitoreo Electrónico Fetal Ante parto	885	7.66	1038	8.2	1103	7.7	1049	6.9	2046	12.9
Ecografías Obstétrica	44	0.4	84	0.66	97	0.68	135	0.88	160	1.0
Tocólisis	689	5.96	679	5.36	932	6.5	882	5.8	858	5.4
Tocólisis exitosa	556	4.81	543	4.29	719	5.0	698	4.6	682	4.3
Analgesia de parto	1631	14.12	2389	18.89	2694	18.8	2317	15.2	2255	14.2
TOTAL DE ATENDIDAS	11553	100.0	12648	100.0	14322	100.0	15231	100.0	15893	100.0

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

De esta manera, la mayor parte de los partos atendidos en el INMP, no presentaron complicaciones (las complicaciones del parto son referidos a desgarro perineal, trauma obstétrico, inversión uterina, desgarro de cuello uterino, desgarro vaginal, hemorragia postparto, hemorragia tercer periodo del parto, otra hemorragia inmediata (atonía), hemorragias postparto secundaria o tardía, defecto de la coagulación postparto, retención de placenta o de membranas con o sin hemorragia, retención de placenta sin hemorragia, retención de fragmentos de la placenta o de las membranas sin hemorragia), lo que se puede apreciar en el gráfico N°26.

GRÁFICO N° 26. INMP: PARTOS VAGINALES NO COMPLICADOS VS COMPLICADOS. 2012 - 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Los indicadores de Humanización del Parto lo observamos a continuación, añadiéndose para el año 2015 y 2016 el Clampaje tardío del cordón umbilical.

TABLA N° 38. INMP: INDICADORES DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO. 2013 - 2016

Procedimiento	2013	2014	2015	2016
Partos verticales	1541	2476	4032	5393
Analgesia de parto	2389	2694	2317	2255
Partos con acompañante	4849	5434	6776	7397
Clampaje tardío de Cordón Umbilical			10498	9216

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Las complicaciones presentadas en el post parto, podemos observarlas en la tabla N° 39, en número y porcentaje, observándose un ligero aumento de las complicaciones para el 2016.

TABLA N°39. INMP: COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL. 2013 – 2016.

Complicaciones Post Parto Vaginal	2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Revisión de Canal del Parto	239	2.48	295	2.67	284	2.34	319	2.61
Legrado Uterino Puerperal	508	5.27	483	4.37	508	4.23	581	4.11
Extensión de Episiotomía	238	2.47	335	3.03	358	2.98	420	3.44
Desgarros Vaginales	368	3.82	500	4.53	564	4.7	762	7.62
Desgarros Cervicales	35	0.36	28	0.25	63	0.52	99	0.81
Hemorragia post parto: Hipotonías uterinas	88	0.91	86	0.78	71	0.59	80	0.66
Hemorragia post parto: Atonías uterinas	7	0.07	23	0.21	37	0.31	22	0.18
Hemorragia post parto: Desgarro Vaginal	10	0.1	13	0.12	24	0.20	23	0.19
Retención Placentaria	50	0.52	57	0.52	49	0.41	50	0.41
Total de partos vaginales	9629	100	11047	100	11994	100	12188	100

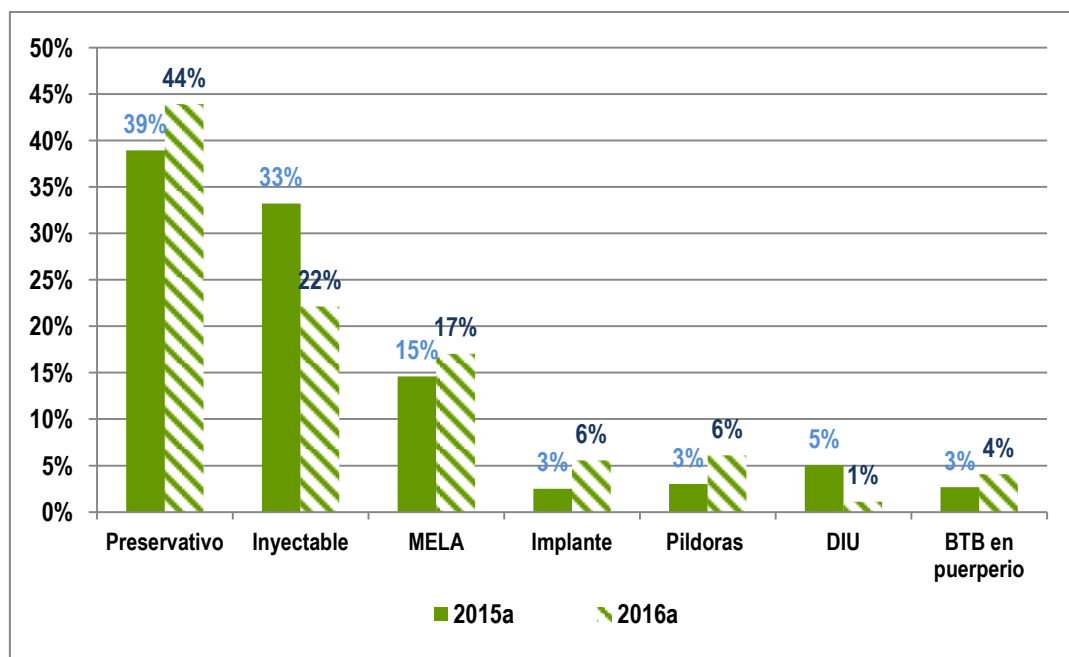
Fuente: Centro Obstétrico INMP

B. Indicadores por Estrategias Sanitarias:

- Estrategia sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva

Con respecto al método anticonceptivo en el postparto, al preservativo con 44% con ligero aumento con relación al 2015, en segundo lugar está el método hormonal tipo inyectable, pero en relación al año 2015 este ha disminuido y en tercer lugar esta MELA 17%. Nótese que la aplicación de implantes (implementado desde el año 2014) el 2016 presenta un aumento en relación con el año 2015.

GRÁFICO N°27. INMP: ANTICONCEPCIÓN AL EGRESO HOSPITALARIO. 2015 - 2016.

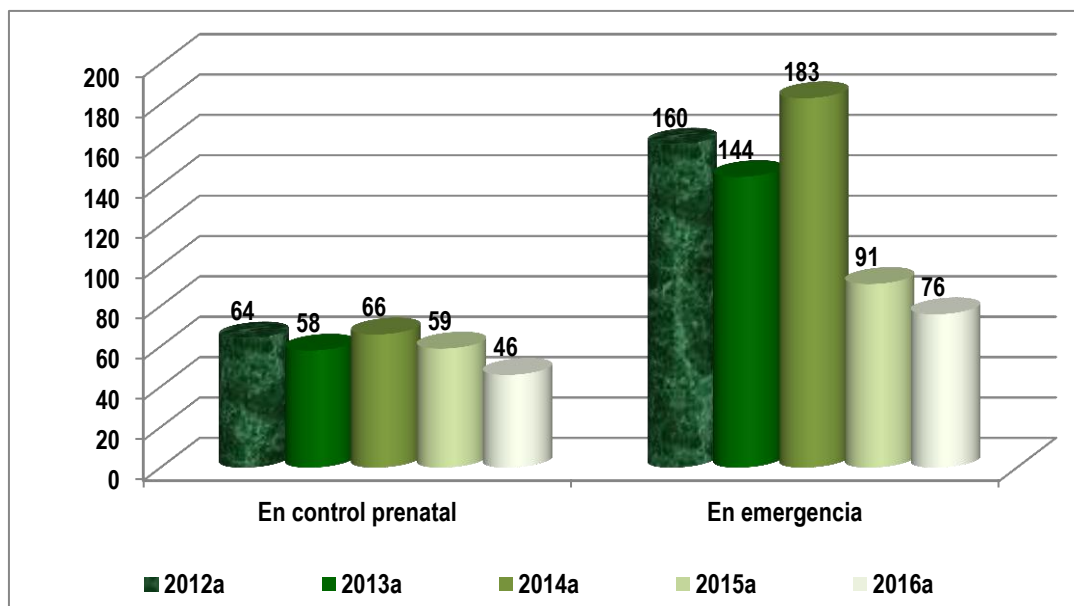


FUENTE: Estrategia de Salud Reproductiva 2016.

Estrategia Sanitaria de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA

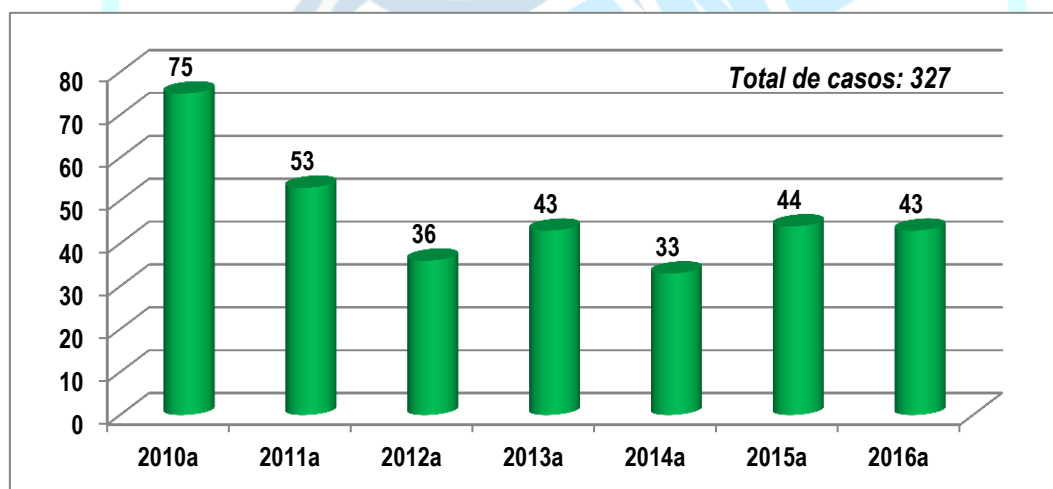
Entre el año 2010 al 2016 se evidencia una tendencia a la disminución de los casos identificados de VIH igualmente con los casos de Sífilis. Debemos considerar que a partir del año 2016 se brinda Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad a las gestantes en nuestra institución y la organización de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control del VIH y otras ITS ha tenido una transición en su organización, hecho que ha permitido que muchas de las acciones que ya se habían trabajado antes vuelvan a retomarse y con mayores estrategias para el bienestar de las gestantes y sus recién nacidos expuestos a este problema sanitario.

GRÁFICO N° 28.INMP: GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH. 2010 – 2016



Fuente: ESITSyVIH-SIDA/OESA-INMP.2016

GRÁFICO N° 29.INMP: GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS. 2012-2016



Fuente: ESITSyVIH-SIDA/OESA-INMP.2016

Estrategia Sanitaria de Tuberculosis.

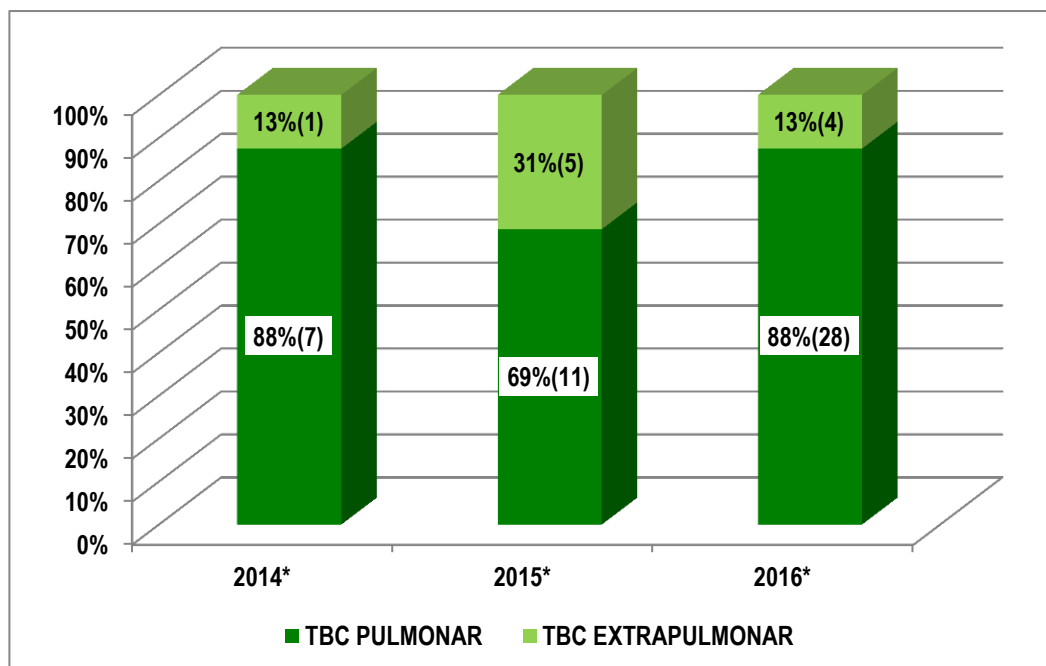
La vigilancia epidemiológica de casos de Tuberculosis se viene realizando desde mayo del 2014, de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 053 MINS/DGE-V.01 Directiva Sanitaria para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis.

Así durante el año 2016 se identificaron un total de 32 casos de pacientes con Tuberculosis, de las cuales 28 correspondieron a casos de TBC pulmonar y 4 casos de TBC extra pulmonar. Las gestantes fueron derivadas a otro

Establecimiento de Salud para tratamiento, observándose que 28 fueron sensibles al tratamiento y 4 casos fueron multidrogoresistente.

El número de pacientes con TBC hospitalizados fueron 20 y 12 casos fueron detectadas en consultorios externos.

GRÁFICO N°30.INMP: CASOS DE TBC PULMONAR VS TBC EXTRA PULMONAR. 2016



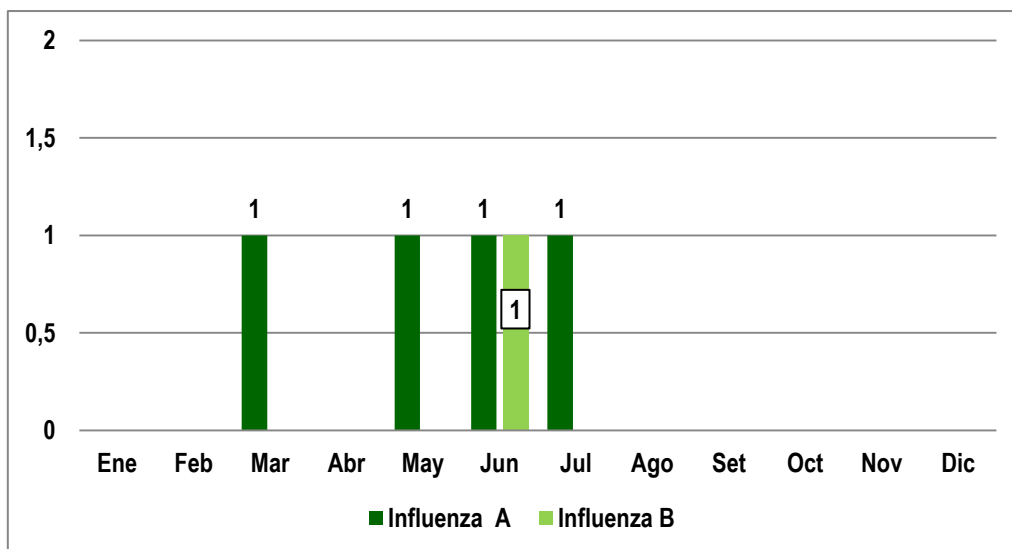
Fuente: OESA-INMP.2016/ ENS-TBC

Vigilancia de Influenza y Otros Virus Respiratorios.

El INMP realiza la vigilancia epidemiológica de IRAG inusitada según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°045-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 2016 no se presentó ningún caso diagnosticado de casos de IRAG inusitada, pero si hemos observado 4 casos de infecciones por influenza A H1N1 y 1 caso de influenza B.

GRAFICO N° 31: INMP: CASOS DE INFLUENZA EN GESTANTES. 2016

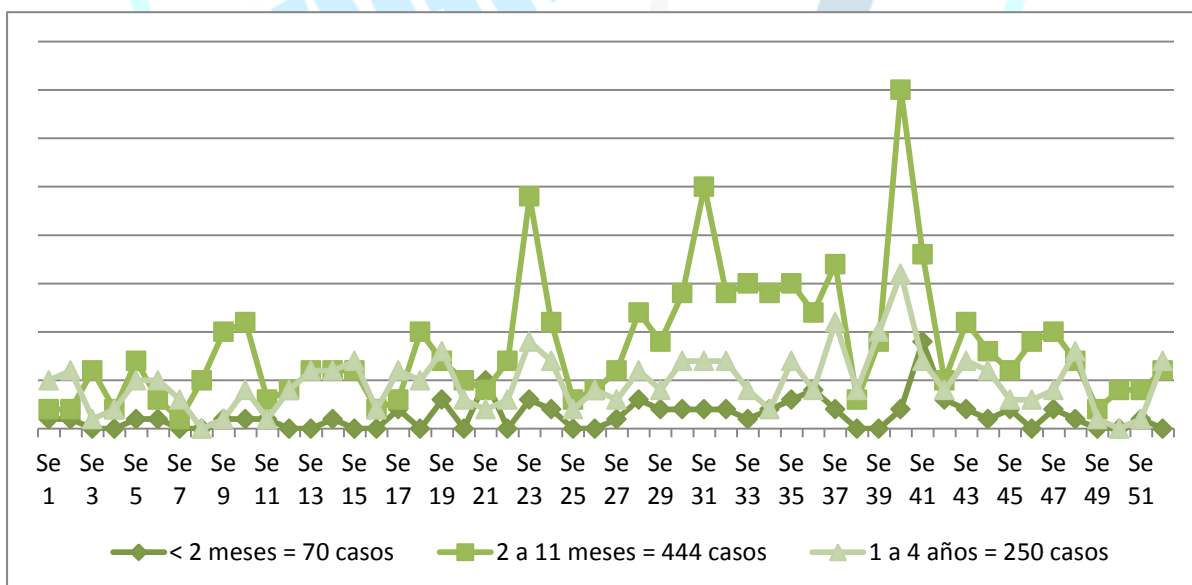


Fuentes: OESA-INMP-2016

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda(IRA)

En el gráfico N° 32 observamos que la mayor cantidad de casos de IRAs se encuentra entre los niños de 2 a 11 meses de edad y la mayor cantidad de casos fueron observados desde la semana 22 manteniéndose hasta la semana 41, coincidiendo con el periodo de invierno

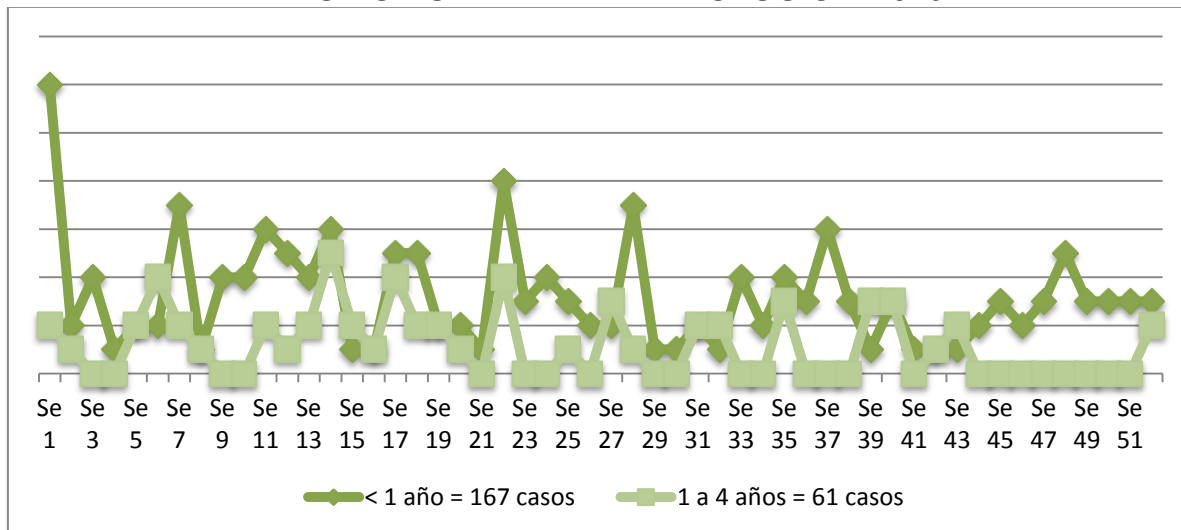
GRAFICO N° 32.INMP: CASOS DE IRA EN PEDIATRÍA SEGÚN GRUPO ETÁREO POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. 2016



Fuentes: OESA-INMP-2016

Vigilancia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

GRAFICO N° 33. INMP: CASOS DE EDA EN PEDIATRÍA SEGÚN GRUPO ETÁREO POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. 2016



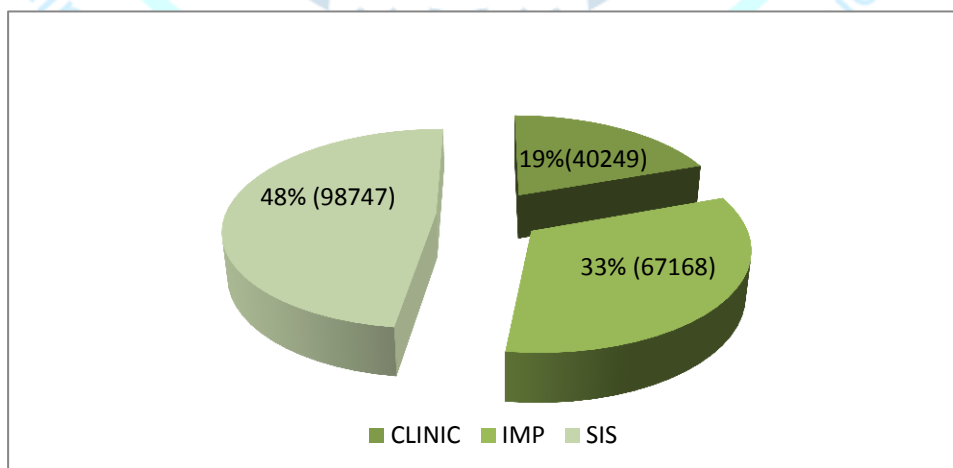
Fuentes: OESA-INMP-2016

En el gráfico N° 33, se observa mayor cantidad de casos de EDAs se encuentra entre los niños menores de 1 año de edad y su frecuencia se mantiene relativamente constante durante todo el año 2016.

C. SEGUROS DE SALUD:

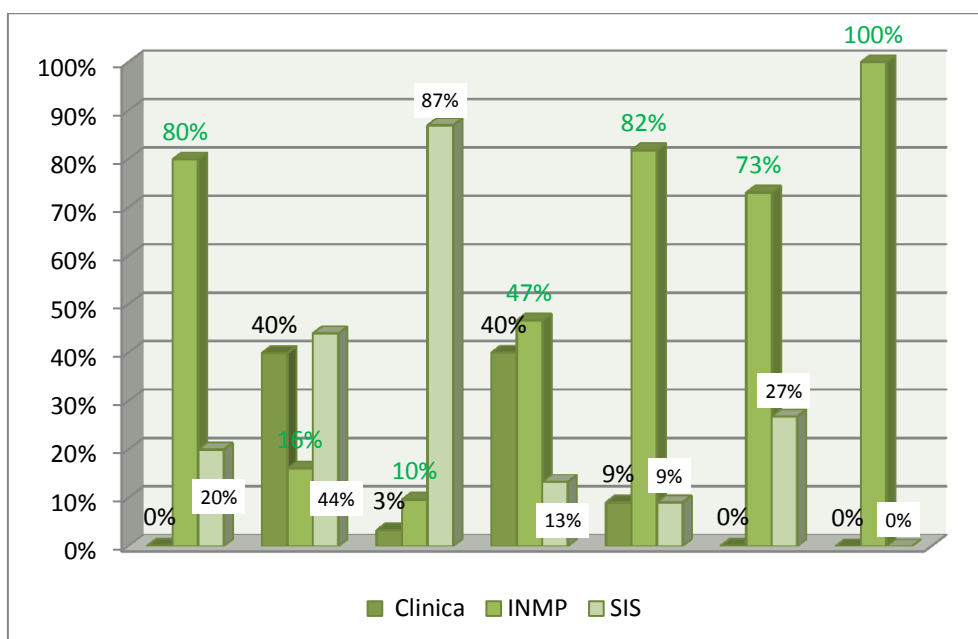
En los siguientes gráficos presentamos la cantidad de atendidos por unidades productoras de servicios:

GRAFICO N° 34. INMP: ATENDIDOS SEGÚN PRESTACION DE SERVICIOS POR CONSULTORIO EXTERNO. 2016



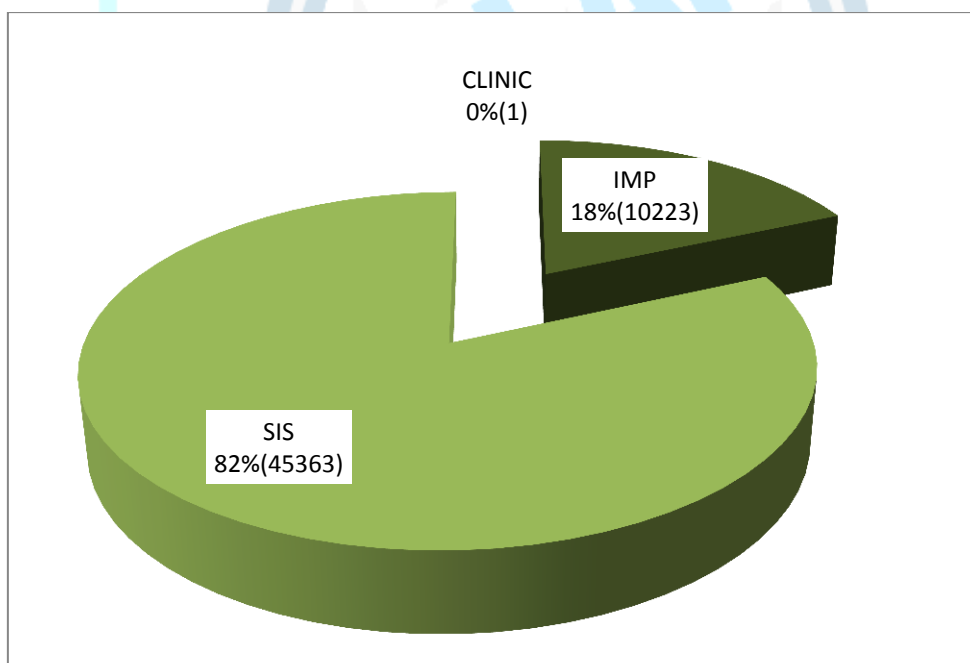
Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

GRAFICO N° 35. INMP: ATENDIDOS SEGÚN PRESTACION DE SERVICIOS POR HOSPITALIZACION. 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

GRAFICO N° 36. INMP: ATENDIDOS SEGÚN PRESTACION DE SERVICIOS POR EMERGENCIA. 2016



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

D. Servicios de Referencia y Contra referencia

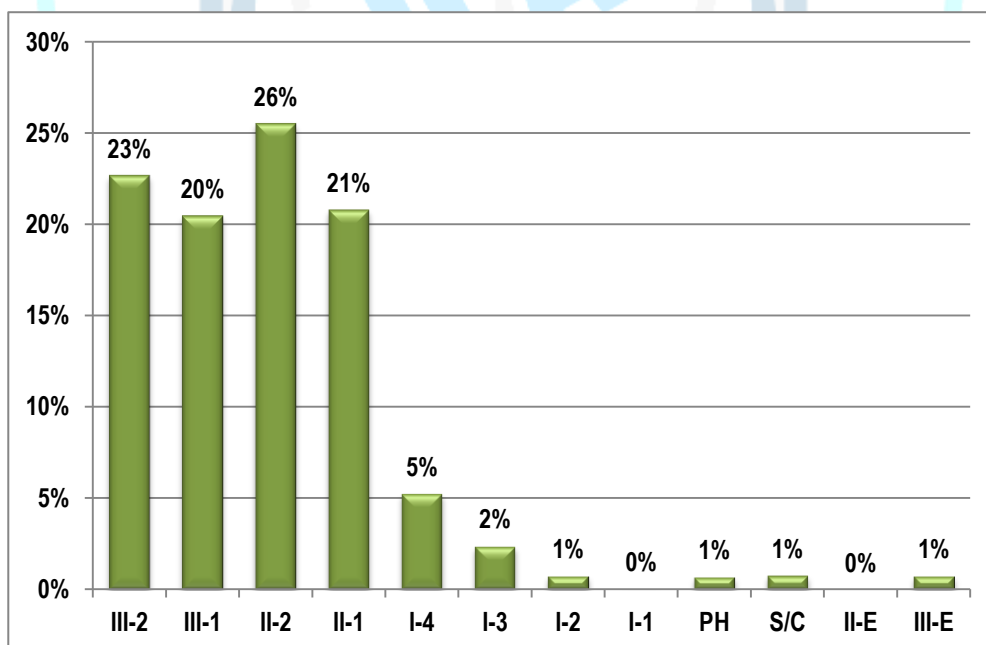
El sistema de referencia y Contra referencia en Lima ha mejorado progresivamente con la participación de los médicos del Centro Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias del MINSA (CENARUE), quienes se encargan de realizar las coordinaciones respectivas con los establecimientos que refieren, 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 2016. Así, la Oficina de CENARUE del INMP recibió un total de 3806 solicitudes de referencia aceptadas en el INMP.

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°37, observamos la distribución de las solicitudes de referencia según el nivel de complejidad del establecimiento de origen. En ella podemos observar que los establecimientos de nivel II-2 fueron los que más referencias realizaron a nuestro establecimiento, desplazando al segundo lugar al nivel III-2 y en tercer lugar se encuentra el nivel II-1.

GRÁFICO N°37.INMP: SOLICITUD DE REFERENCIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN. 2016



Fuente: Base de datos UCR INMP 2016.

TABLA N° 40.INMP: SOLICITUD DE REFERENCIA SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA. 2016

DEMANDA SEGÚN ESPECIALIDAD MEDICA	TOTAL	
	N°	%
MEDICINA INTENSIVA NEONATAL	1503	39.5%
MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	17	0.4%
MEDICINA INTENSIVA MATERNA	173	4.5%
MEDICINA INTENSIVA ADULTOS	7	0.2%
MEDICINA INTENSIVA/TRAUMA SHOCK	4	0.1%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1073	28.2%
NEONATOLOGIA	98	2.6%
PEDIATRIA	53	1.4%
CARDIOLOGIA	22	0.6%
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	63	1.7%
CIRUGIA PEDIATRICA	63	1.7%
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	3	0.1%
CIRUGIA TORAX Y CARDIOVASCULAR	44	1.2%
CIRUGIA PLASTICA	9	0.2%
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	2	0.1%
ENDOCRINOLOGIA	3	0.1%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	2	0.1%
GASTROENTEROLOGIA	20	0.5%
HEMATOLOGIA	21	0.6%
INFECTOLOGIA	13	0.3%
MEDICINA INTERNA	35	0.9%
NEUMOLOGIA	15	0.4%
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	20	0.5%
NEUROLOGIA	32	0.8%
NEUROCIRUGIA	53	1.4%
NEFROLOGIA PEDIATRICA	14	0.4%
OFTALMOLOGIA	4	0.1%
OTORRINOLARINGOLOGIA	13	0.3%
ONCOLOGIA MEDICA	34	0.9%
PATOLOGIA CLINICA	6	0.2%
TRAUMATOLOGIA	16	0.4%
UROLOGIA	16	0.4%
RADIOLOGIA	177	4.7%
OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	178	4.7%
TOTAL	3806	100%

Fuente: Base de datos UCR INMP 2016

TABLA N° 41. INMP: DISTRIBUCIÓN DE LAS REFERENCIAS SEGÚN PATOLOGÍA. 2016

DEMANDA SEGÚN PATOLOGIA MAS FRECUENTE	TOTAL	
	N°	%
PREECLAMPSIA SEVERA	246	6.5%
SINDROME HELLP	75	2.0%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	319	8.4%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	447	11.7%
TRABAJO DE PARTO PREMATURO	12	0.3%
TRABAJO DE PARTO A TERMINO (FASE LATENTE/ACTIVA)	71	1.9%
OLIGOHDAMNIOS	131	3.4%
SEPSIS NEONATAL	66	1.7%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL RN	161	4.2%
PLACENTA PREVIA	92	2.4%
DESPROPORCION CEFALOPELVICA (MACROSOMIA Y PELVIS ESTRECHA)	70	1.8%
OTRAS PATOLOGIAS	2116	55.6%
TOTAL	3806	100%

Fuente: Base de datos UCR INMP 2016

E. SERVICIOS DE APOYO

a. Laboratorio

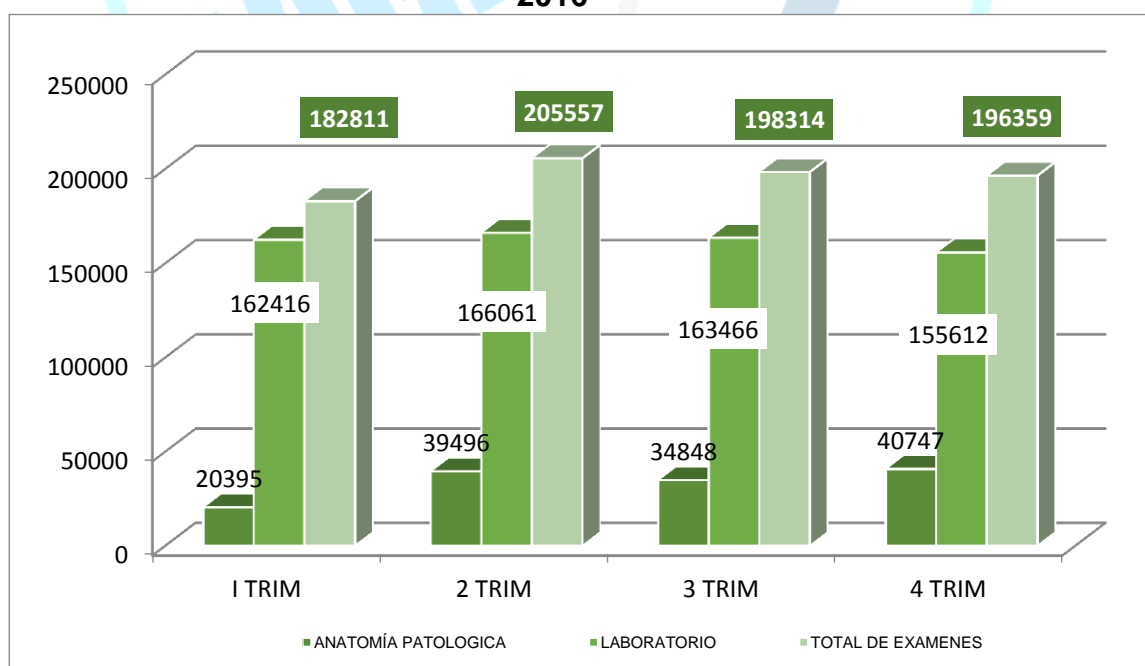
En la tabla a continuación se observa incremento en el cuarto trimestre de la producción del servicio de Laboratorio 2016, los exámenes bioquímicos en las pacientes hospitalizadas. Cabe resaltar el servicio de Genética casi a triplicado sus exámenes en relación al trimestre del año 2016.

**TABLA N° 42. INMP: PRODUCCION DEL SERVICIO DE LABORATORIO
 2016**

SERVICIOS	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IVTRIM	ANUAL
TOTAL EXÁMENES (LABOR + PATOL)	182,811	205,557	198,314	196,359	783,041
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO	162,416	166,061	163,466	155,612	647,555
LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA	7400	8546	9044	8496	33,486
LABORATORIO INMUNOLOGIA	9411	8169	9370	8830	35780
LABORATORIO DE BIOQUIMICA	15916	17474	19257	19060	71707
HOSPITALIZACION	3624	3844	3636	3912	15016
CONSULTA EXTERNA	12292	13630	15621	15148	56691
LABORATORIO DE HEMATOLOGIA	18631	19234	23931	20954	82750
LABORATORIO DE EMERGENCIA	98,577	99,008	89,782	86,752	374,119
HEMATOLOGIA	56,569	56,093	51,101	47,176	210,939
BIOQUIMICA	30478	30545	28705	28400	118128
INMUNOLOGÍA	11530	12370	9976	11176	45052
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA	20,395	39,496	34,848	40,747	135,486
SERVICIO DE GENETICA	6,748	15,590	13,374	16,425	52,137

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

**GRAFICO N° 38. INMP: PRODUCCION DEL SERVICIO DE LABORATORIO
 2016**



Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

b. Nutrición

En la tabla N° 43 se presenta un incremento en la cantidad de raciones con respecto al desayuno y almuerzo en pacientes hospitalizados como del personal de salud con respecto al año 2015.

**TABLA N° 43. INMP: PRODUCCION DEL SERVICIO DE NUTRICION
2015-2016**

NUTRICIÓN	2015				2016			
	Hospitalización adultos		Alimentación del personal		Hospitalización adultos		Alimentación del personal	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desayuno	101,355	34.1	62,121	24.5	102,877	34.6	61,202	24.1
Almuerzo	106,715	35.9	114,889	45.3	108,744	36.6	115,349	45.5
Cena	89,435	30.1	72,100	28.4	85,299	28.7	76,883	30.3
TOTAL	297,505	100.2	249,110	98.3	296,920	100.0	253,434	100.0

Fuente: Boletín Estadístico-INMP 2016

c. Farmacia

En relación a la recetas atendidas de pacientes hospitalizadas por SIS esta se ha incrementado en 16.8 % con respecto al año 2015. En la relación a las recetas de venta esta han disminuido en un 7.7%.

TABLA N° 44. INMP: PRODUCCION DEL SERVICIO FARMACIA 2015-2016

FARMACIA	2015		2016	
	N°	%	N°	%
RECETAS ATENDIDAS POR VENTA	120,196	33.1	96,966	25.4
DISP. MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO EN PAQU.	7,674	2.1	8,434	2.2
RECETAS ATENDIDAS (HOSPITALIZACIÓN)	83,498	23.0	72,145	18.9
RECETAS DOSIS UNITARIA	8,908	2.5	871	0.2
RECETAS OXIGENO	9,236	2.5	5,361	1.4
RECETAS CLINICA	9,381	2.6	3,942	1.0
RECETAS BANCO DE SANGRE	449	0.1	193	0.1
RECETAS DE TOPICO	666	0.2	596	0.2
RECETAS ATENDIDAS (HOSPITALIZACIÓN SIS)	123,341	33.9	193,982	50.7
TOTAL	363,349	100.0	382,490	100.0

Fuente: Boletín Estadístico-INMP 2016

d. Servicio Social

Las actividades desarrolladas por el Servicio Social presento para el año 2016, por semestres. En el II semestre de las actividades presenta mayor incremento en las atendidas (entrevista Social). En relación al grado de riesgo social el 97.5% se encuentran dentro de alto y mediano riesgo social, situación que ha incrementado en relación al año 2015.

TABLA N° 45. INMP: ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL 2016

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	2016		
	I - SEM	II SEM	TOTAL
ATENDIDOS	25,551	39,651	65,202
Entrevista Social	25,551	39,651	65,202
RIESGO SOCIAL	25,551	39,651	65,202
Alto	7,268	13,550	20,818
Mediano	17,236	25,117	42,353
Bajo	1,018	949	1,967
Excepcional	29	35	64
ATENCIONES SOCIALES	96,018	88,066	184,084
Gestiones / Coordinaciones	43,576	41,476	85,052
Reunión con pareja y familia	24,436	21,965	46,401
Consejería Social	26,165	23,205	49,370
Informe Social	694	406	1,100
Acta de entrega	706	638	1,344
Interconsulta	358	296	654
Referencia	83	80	163
VISITA DOMICILIARIA	15	35	50
INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)	69,727	63,770	133,497
Orientación / Información	55,393	49,213	104,606
Charla	7,575	4,624	12,199
Educación Sanitaria al paciente y entorno familiar	2,552	3,669	6,221
Difusión de Material Informativo / Educativo	4,207	6,264	10,471
PACIENTES EXONERADOS	981	850	1,831
CASOS CERRADOS (JUDICIALES)	36	53	89
TOTAL DE ATENCIONES	217,879	232,076	449,955

Fuente: Boletín Estadístico-INMP 2016

TABLA N° 46. INMP: EXONERACIONES SEGÚN SERVICIOS. 2016.

Estadístico		Nº Pcte. Exonerados	EXONERACION SEGÚN RUBROS 2016/INMP						Tipo de Exoneracion	
			Hospitalización	Atención Med/Proce	Dx. Imagen	Laboratorio	Farmacia	Total	Total	Parcial
TOTAL		1477	75661.79	89370.87	3083.24	54651.52	16819.37	241063.79	136	1341
H o s p i t a l i z a c i o n	A	46	8456.18	8545.92	376.76	2937.52	934.67	21297.05	3	43
	B	98	12552.36	10061.17	322.98	3317.26	614.46	26966.23	3	95
	C	88	9055.38	17951.37	343	7371.76	7301.99	42111.5	0	88
	D	91	9169.48	14084.53	177	1721.5	919.41	26162.92	3	88
	E	132	9147.28	15613.8	124.5	658.83	126.76	25803.17	3	129
	GINE	110	12661.34	14677.86	434	18419.45	6573.89	52876.54	3	107
	UCIM	1	190	200	0	0	0	391	0	1
	NEO	1	57	385.91	0	0	0	443.91	0	1
	ALOJ.CONJ.	41	1813.27	3855.31	58.5	1624.7	312.29	7705.07	8	33
CONS. EXTER.								0		
		598	2710	3779	102.5	11467	35.9	18692.4	100	498
EMERGENCIA								0		
		271	9849.5	216	1144	7133.5	0	18614	13	258

Fuente: Reporte de Servicio Social 2016

Para el año 2016 se ha presentado mayor exoneración en el rubro de atención médica y procedimientos, seguida de hospitalización y laboratorio, con predominio de las pacientes adultas. En relación al tipo de exoneración es mayor en la tipo parcial que la total, Las exoneraciones han venido disminuyendo debido a que las pacientes cuentan con el seguro integral de salud.

Servicio de Medicina Fetal

El Servicio de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal es un centro de referencia de ámbito nacional, con un rápido crecimiento en el manejo de la patología fetal y terapia fetal médica y quirúrgica, hoy en día ofrece atención altamente especializada a pacientes del Ministerio de Salud. En estos últimos años, gracias a tener en nuestra institución personal capacitado en el extranjero, se han realizado procedimientos quirúrgicos fetales que han permitido abordar al feto como paciente, como las que describimos a continuación:

- Anemia fetal, con transfusiones fetales Intra-útero.
- Manejo del hidrotórax fetal
- Manejo de la obstrucción urinaria baja del feto
- Manejo de las tumoraciones pulmonares fetales
- Manejo de las tumoraciones cervicales fetales
- Manejo de los gemelos Mono coriónicos complicados con secuencia TRAP
- Manejo de los gemelos Mono coriónicos complicados con Síndrome de Transfusión Feto Fetal
- Manejo de cardiopatías fetales: Estenosis aórtica crítica, estenosis de arteria pulmonar, hipertrofia del ventrículo izquierdo

Es por ello que el crecimiento de este servicio marcará la diferencia de la Gineco-Obstetricia actual a la del futuro en el Instituto y en nuestro país.

En la tabla N°47 se puedes apreciar las atenciones realizadas a través de los años en el servicio, en relación a la atención por ecografías y procedimientos de medicina fetal.

TABLA N° 47. INMP: ATENCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA FETAL. 2015 - 2016

PROCEDIMIENTOS ECÓGRAFICOS	2015				2016			
	TOTAL	Hospit	Emerg	CEXT	TOTAL	Hospit	Emerg	CEXT
Ecografía obstétrica I	30	10	1	19	15	0	0	15
Translucencia nual / Perfil Genético Ecográfico	2,494	37	0	2,457	1,278	24	1	1,253
Ecografía Morfológica/Malf. fetales	3,782	64	2	3,716	3,157	58	0	3,099
Perfil biofísico fetal	350	114	0	236	105	40	0	65
Flujometría Doppler obstétrica	6,714	1,383	8	5,323	6,648	1,280	1	5,367
Ecografía Doppler ginecológico	104	2	0	102	3	0	0	3
Ecografía Doppler 3D/4D	683	0	1	682	2,000	5	0	1,995
Embarazo Múltiple/Gemelar	242	16	0	226	255	33	0	222
Ecografía transvaginal obstétrica	117	10	0	107	78	4	0	74
Ecografía transvaginal ginecológica	1	0	0	1	8	0	0	8
Ecocardiograma	137	4	0	133	89	10	0	79
Total	14,656	1,640	12	13,004	13,636	1,454	2	12,180

FUENTE: Servicio de Medicina Fetal 2016.

TABLA N° 48. INMP: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FETAL. 2015 - 2016

PROCEDIMIENTOS NO ECOGRÁFICOS	2015				2016			
	TOTAL	Hospit.	Emerg.	CEXT	TOTAL	Hospit.	Emerg.	CEXT
Amniocentesis I Trimestre	99	24	0	75	122	23	00	99
Biopsia de vellosidades coriónicos	15	0	3	12	42	1	0	41
Cordoncentesis	10	0	0	10	20	4	0	16
Transfusión sanguínea intrauterina	0	0	0	0	2	1	0	1
Punción Torácica fetal	5	0	0	5	1	0	0	1
Interconsulta / Video	5	0	0	5	2	0	0	2
Total	148	25	3	120	175	25	0	150

FUENTE: Servicio de Medicina Fetal 2016.

Cada vez más se realizan procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos fetales en nuestra institución, destacando las amniocentesis, amnioinfusiones, biopsia de vellosidades coriales, Cordoncentesis, las transfusiones sanguíneas fetales intrauterinas y las punciones torácicas fetales; como lo observamos en el cuadro anterior.

TABLA N° 49. INMP: MONITOREO ELECTRÓNICO EN EL SERVICIOS DE MEDICINA FETAL. 2015 - 2016

PROCEDIMIENTOS	2015				2016			
	TOTAL	Hospit.	Emerg.	CEXT	TOTAL	Hospit.	Emerg.	CEXT
Test No estresante	6,573	1,607	4,424	542	7474	2,058	4,647	769
Test Estresante	4,280	510	3,155	615	4,470	563	3,187	720
Total	10,853	2,117	7,579	1,157	11,944	2,621	7,834	1,489

FUENTE: Servicio de Medicina Fetal 2016

En la Tabla N° 49 se aprecia que comparativamente en los años 2015 y 2016, el número de monitoreo estresantes y no estresantes han sido mayores en este último año.

F. SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO MATERNO

La causa principal de las pacientes referidas al Unidad de Cuidados Intensivos maternos es por complicaciones de Síndrome de Hellp, en segundo lugar por Shock y/o Sepsis obstétricos y en tercer lugar se encuentra la insuficiencia respiratoria, renal o cardiopatías.

TABLA N° 50. INMP: ATENCIONES UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS. 2016

ATENCIONES - UCIM	I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL
	UCIM-1	UCIM-2	TOTAL	UCIM-1	UCIM-2	TOTAL	TOTAL
INGRESOS	111	182	293	130	163	293	586
EGRESOS	108	180	288	132	162	294	582

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 51. INMP: DIAGNOSTICO DE UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS. 2016

DIAGNOSTICO MEDICO- INGRESO	I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL
	UCIM-1	UCIM-2	TOTAL	UCIM-1	UCIM-2	TOTAL	TOTAL
SINDROME HELLP/PREECLAMPSIA	38	93	131	34	75	109	240
SHOCK HEMORRAGICO	22	25	47	35	14	49	96
SHOCK/SEPSIS OBSTETRICO	18	40	58	33	33	66	124
ECLAMPSIA	5	0	5	9	0	9	14
OTROS (INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, RENAL, CARDIOPATIAS)	28	24	52	19	41	60	112
TOTAL	111	182	293	130	163	293	586

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

G. BANCO DE SANGRE

Por la cantidad de intervenciones ginecológicas, obstétricas y neonatal para cumplir el protocolo se indica el deposito anticipado de sangre esta situación genera incremento y tamizaje correspondiente de los posibles donantes. Como se observa en la tabla N °52 un incremento de 34.6 % de sus actividades en relación al año 2015.

TABLA N° 52. INMP: ACTIVIDADES DE BANCO DE SANGRE 2015-2016

SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	2015	2016
Grupo en placa de donantes	4,529	5,808
Hematocrito de donantes	4,460	5,712
Pruebas inmunoserolog:Coombs Directo (gest,donan,ne)	1,015	2,820
Pruebas inmunoserolog:Coombs Indirecto (gest,donan,ne)	817	3,191
Tamizaje serológico (07 pruebas donantes)	2,975	3,892
Grupo celular y sérico en tubo	2,975	3,892
Pruebas pre transfusionales: grupos sanguíneos en tubo de pacientes	1,382	1,662
Pruebas pre transfusionales: pruebas cruzadas	4,485	5,413
Producción de unidades de paquete globular	2,902	3,800
Producción de otros paquetes (PPC,Plaquetas,Crioprecipitado)	5,641	7,224
Trasfusión de paquete globular (PG)	2,518	2,762
Trasfusión de otros paquetes (PPC, Plaquetas, Crio precipitado)	2,912	3,197
Verificación de RH y fenotipo	254	307
Sangre reconstituida para exanguinotransfusión	2	5
Trasfusión Autologa (depósito previo)	1	0
Plaquetaféresis	40	28
Total	36,908	49,713

Fuente: Servicio de Banco de Sangre. INMP 2016

H. Banco de Leche Humana

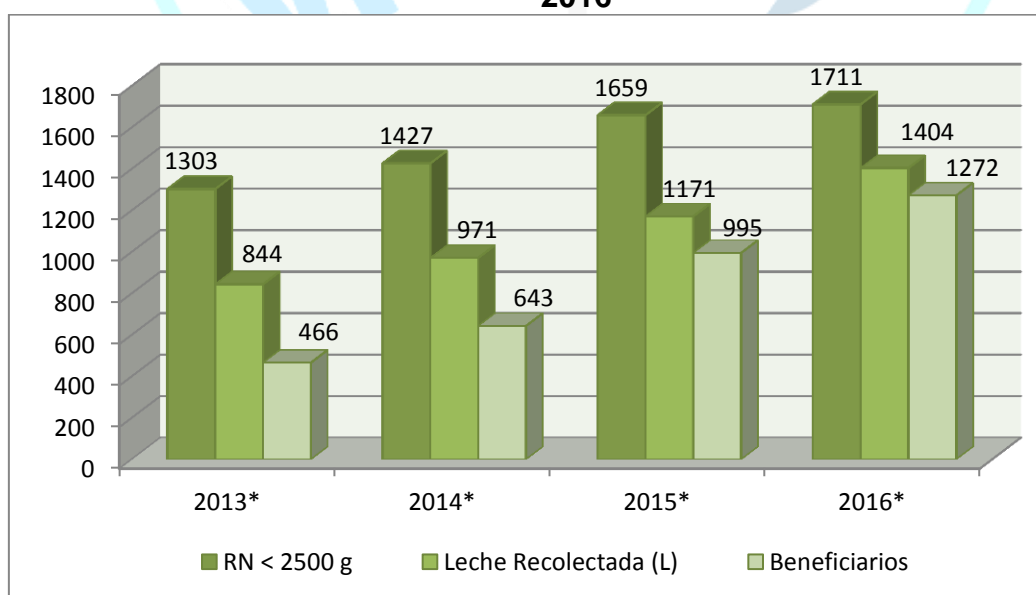
El Banco de Leche Humana del INMP se inauguró el 19 de agosto de 2010 y puesto en marcha el 28 de febrero de 2014. El Primer Banco de Leche Humana Regional del país se inició en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo y funciona desde junio de 2014. Próximamente se ampliará a otras regiones.

Los resultados del programa de bancos de leche, han hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS), considere el trabajo de la Red Brasileira de Bancos de Leche Humana como el que más contribuyó a la reducción de la mortalidad infantil y a la promoción del amamantamiento. Es una estrategia de bajo costo y elevado impacto social que debe ser difundida.

La leche materna donada es procesada en el Banco de Leche Humana, libre de gérmenes y contaminantes, manteniendo sus inigualables propiedades nutricionales y defensivas, para ser administrada a los bebés hospitalizados. Para esto contamos con personal especialmente capacitado por expertos de Brasil, el país con más Bancos de Leche Humana en el mundo. Procesada la leche en el Banco de Leche Humana, calificada como “leche segura”, será indicada por el pediatra, en la cantidad requerida por el bebé hospitalizado. La leche humana puede ser administrada por sonda, vaso o cucharita, dependiendo del estado del bebé. NUNCA se usarán biberones.

En el gráfico N° 39, observamos el incremento de los donantes (leche recolectada) asimismo de los beneficiarios, con prioridad a los recién nacidos menores de 2500gr, que cada año son más.

GRÁFICO N° 39. INMP: BENEFICIARIOS DEL BANCO DE LECHE. 2013 - 2016



Fuente: Banco de Leche INMP-2016.

I. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

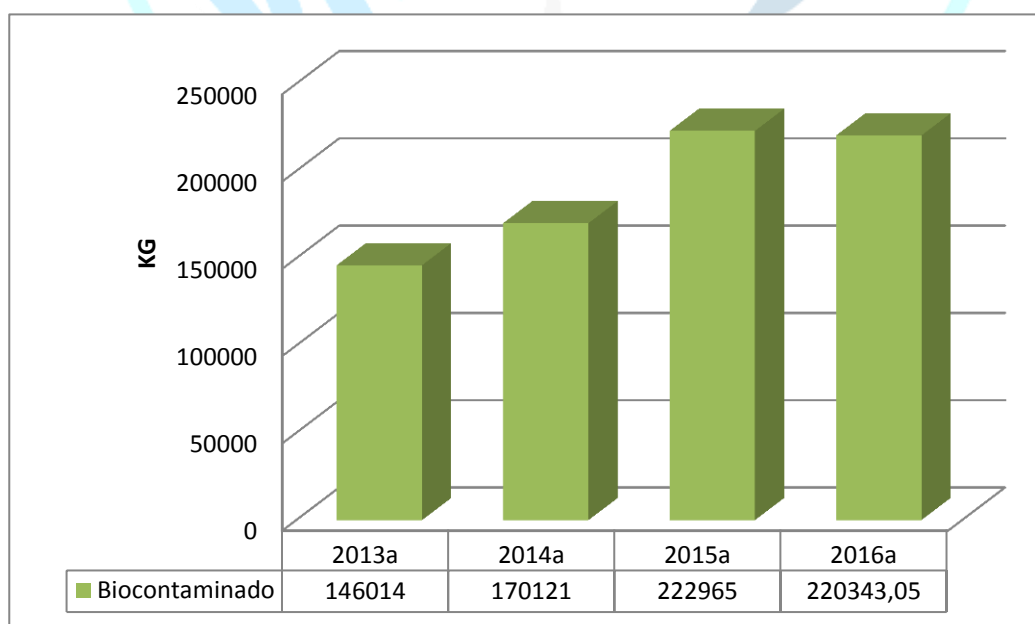
El INMP se realiza el reciclaje de residuos comunes como parte de la estrategia de minimización de residuos sólidos desde el sitio de generación, que contribuye a disminuir el gasto para su destino final, a la vez es un ahorro para la institución y contribuir al cuidado del ecosistema.

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 anatómopatológicas) es a través de la Empresa Prestadora de Servicios – Residuos Sólidos EPS-RS “Global SIMED S.A” que se logra su eliminación, 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 2.02 Kg/cama/día aproximadamente., presentando la siguiente distribución: 40% de biocontaminados, 7% anatómopatológicas (placentas o restos ginecológicos), 25 % comunes, 19% materia orgánica (residuos de cocina que no tuvieron contacto con paciente) y 9% de residuos reciclados.

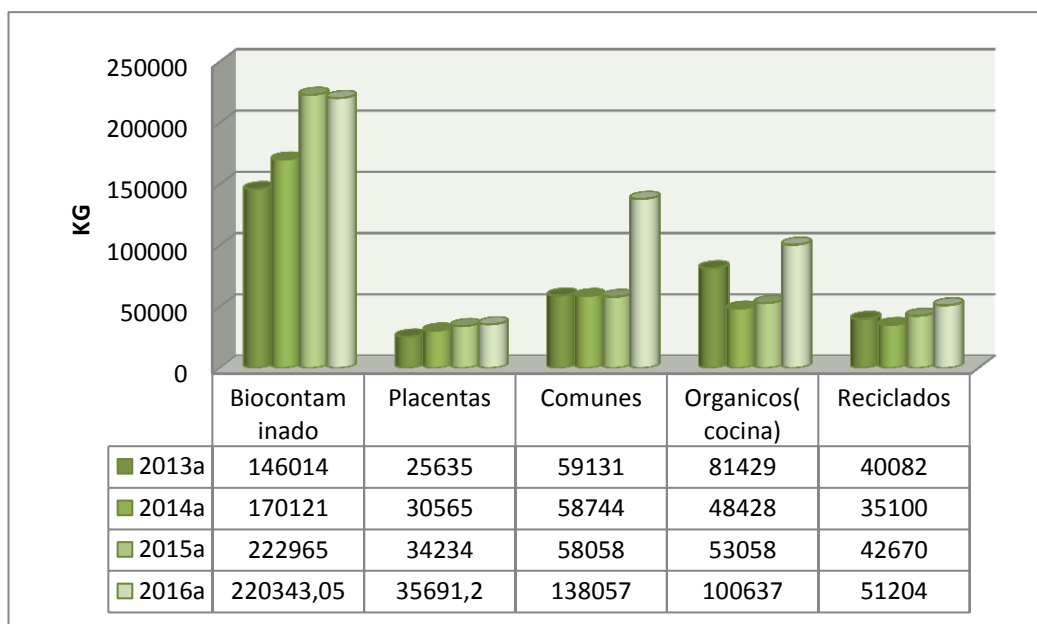
Debemos tener en cuenta que la disminución de los residuos biocontaminados contribuye a la disminución de las tasa de infecciones intrahospitalarias, de gastos para la institución y sobre todo con el ecosistema, por ello este es un **indicador de gestión** que evaluamos para que se cumpla a cabalidad. En relación a los residuos comunes este ha sufrido un incremento debido a que ha existido un cambio en los administradores de los residuos reciclables lo que ha retrasado su organización de los materiales reciclados.

**GRÁFICO N° 40. INMP: CANTIDAD DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS.
2013 – 2016**



FUENTE: OESA. INMP.2016

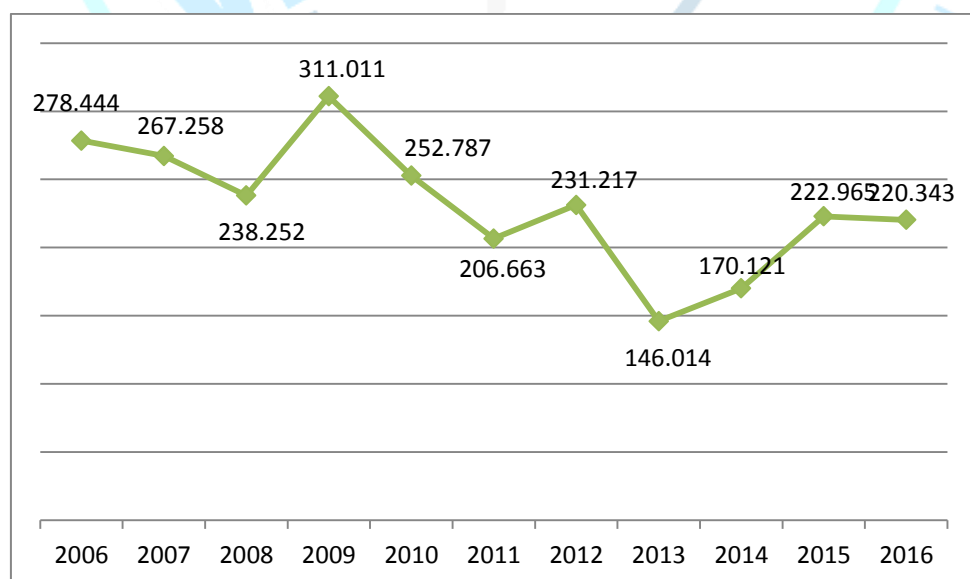
GRÁFICO N° 41. INMP: DISTRIBUCIÓN DE LA GENERACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS. 2013 - 2016.



Fuente: OESA. INMP.2016

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 los servicios de hospitalización se encuentran dos tachos por cada habitación para almacenar los residuos sólidos una con bolsa negra y otra con bolsa roja.

GRÁFICO N° 42. INMP: GENERACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS INMP 2006-2016.



FUENTE: OESA. INMP.2016

2.2 Análisis del Estado de Salud del INMP

2.2.1 Análisis de Morbilidad

A. Egresos hospitalarios.

Se ha observado una disminución de los egresos hospitalarios en Gineco Obstetricia y Neonatología en relación al año 2015, por una mejor derivación de las pacientes de los diferentes niveles y por manejo del seguro integral de salud.

TABLA N°53.INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS. 2015 – 2016

Servicios	2015	2016
1. Servicio Obstétrico	22298	22764
2. Servicio de Salud de Tarifa Diferenciada	2567	2197
3. Servicio Ginecológico	1503	1432
4. UCI Materno	14	11
5. UCI NEO (producción)	631	619
6. Cuidados Intermedio Neonatal (producción)	4688	4615
Total Hospital	31701	31638

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

B. Morbilidad en Servicios de Hospitalización

Morbilidad en Servicios de Ginecología

Para el año 2016, los diagnósticos más frecuentes de las pacientes egresadas de nuestra institución del Servicio de Ginecología fueron la Miomatosis Uterina y el Embarazo Ectópico con un porcentaje de frecuencia de 15.4 % y 15.2 % respectivamente.

TABLA N° 54. INMP: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE EGRESO EN GINECOLOGÍA. 2012 – 2016

Diagnóstico de Egreso	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MIOMATOSIS UTERINA	210	18.5	216	18.3	165	19.0	211	14.0	220	15.4
INFERTILIDAD DE ORIGEN TUBARICO	101	8.9	115	9.8	80	9.2	99	6.6	105	7.3
QUISTE OVARIO	88	7.8	84	7.1	61	7.0	73	4.9	80	5.6
EMBARAZO ECTOPICO	210	18.5	155	13.1	169	19.4	210	14.0	217	15.2
PROLAPSO GENITAL	48	4.2	53	4.5	46	5.3	67	4.5	64	4.5
ADHERENCIAS PERITONEALES PELVICAS	41	3.6	48	4.1	5	0.6	32	2.1	42	2.9
POLIPO DEL CUERPO DEL UTERO	46	4.1	51	4.3	43	4.9	39	2.6	45	3.1
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	39	3.4	34	2.9	38	4.4	43	2.9	50	3.5
DISPLASIA CERVICAL	33	2.9	25	2.1	24	2.8	27	1.8	31	2.2

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Morbilidad en Servicios de Obstetricia

La mayor parte de pacientes que se hospitalizan en los Servicios de Obstetricia son por trabajo de parto, sin embargo muchos de ellos presentan complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio. En la tabla N° 55 observamos los principales diagnósticos de patología obstétrica de los últimos 5 años.

TABLA N° 55. INMP: EGRESOS SEGÚN PATOLOGÍA OBSTÉTRICA. 2012 – 2016

DIAGNÓSTICO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Infecciones Maternas	2449	12.86	2510	12.6	1576	7.5	4788	19.2	4960	19.2
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1572	8.26	1611	8.1	1197	5.6	1491	6.0	1633	7.5
Aborto	885	5	669	3.5	567	2.7	748	3.0	858	3.9
Hemorragia Obstétrica	562	2.95	589	3	875	4.1	680	2.7	706	2.8
Total Egresos Obstétricos	19031		19950		19537		24879		24972	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

Las patologías que vemos con más frecuencia entre las gestantes hospitalizadas para el 2016 son los problemas infecciosos en un 19.2%, casos que vemos se han duplicado respecto a lo observado en el 2012 y 2013. La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo es la segunda patología más frecuentes con un 7.5%. Otras causas importantes de hospitalización de gestantes son los abortos y hemorragias obstétricas, correspondiendo al 3.9% y 2.8 % respectivamente. Sin embargo debemos mencionar que la mayor parte de los casos tienen manejo en el servicio de Emergencia, hospitalizándose con complicaciones que pueden llevar a morbilidad extrema.

En las siguientes tablas observamos la frecuencia por años de las patologías asociadas por grupos de enfermedad.

TABLA N° 56. INMP: EGRESOS OBSTÉTRICOS POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO. 2012 - 2016.

DIAGNÓSTICO	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pre eclampsia	1490	7.8	1522	7.6	1136	6.7	1428	6.7	1566	7.2
Eclampsia	21	0.1	24	0.1	23	0.1	19	0.1	22	0.1
Síndrome de HELLP	61	0.3	65	0.3	38	0.2	44	0.2	45	0.2

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 57. INMP: EGRESOS OBSTÉTRICOS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. 2012 - 2016

DIAGNÓSTICO	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemorragia posparto	153	0.8	148	0.7	156	0.8	147	0.6	151	0.6
Placenta Previa	216	1.1	222	1.1	202	1.0	277	1.1	279	1.1
DPP	166	0.9	148	0.7	135	0.7	184	0.7	191	0.8
Ruptura Uterina	40	0.2	36	0.2	18	0.1	40	0.2	51	0.2
Shock Hipovolémico	30	0.2	28	0.1	14	0.1	32	0.1	34	0.1

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 58. INMP: EGRESOS OBSTÉTRICOS POR HEMORRAGIA DEL I TRIMESTRE. 2012 - 2016.

DIAGNÓSTICO	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto incompleto	424	2.7	347	1.7	376	2.2	462	2.2	562	2.6
Aborto frustrado	187	1.2	117	0.5	51	0.3	96	0.4	102	0.5
Aborto incompleto infectado	39	0.2	26	0.1	27	0.2	97	0.5	88	0.4
Embarazo ectópico	25	0.2	23	0.1	10	0.1	17	0.1	14	0.1
Otros	210	1.3	156	0.7	63	0.4	93	0.4	106	0.5

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 59. INMP: EGRESOS OBSTÉTRICOS SEGÚN TIPO DE INFECCIÓN OBSTÉTRICA. 2012-2016

DIAGNÓSTICO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	N°	N°	%	N°	%	N°	%
RPM - Corioamnionitis	2726	14.3	2633	13.2	2530	12.7	2830	11.4	2934	11.7
ITU	1196	6.3	1256	6.3	1110	5.6	1401	5.6	1467	5.9
Endometritis	38	0.2	40	0.2	43	0.2	47	0.2	53	0.2
TBC	15	0.1	13	0.1	12	0.1	16	0.1	16	0.1
Infecciones Respiratorio	101	0.5	95	0.5	89	0.4	112	0.5	99	0.4
Infección de herida Operatoria	90	0.5	86	0.4	75	0.4	97	0.4	103	0.4
VIH	43	0.2	42	0.2	30	0.2	38	0.2	30	0.1
ITS	231	1.2	235	1.2	210	1.1	247	1.0	258	1.0

Fuente: Estadística – INMP.2016

Morbilidad en Servicios de Neonatología.

Las patologías más frecuentemente encontradas entre los neonatos hospitalizados corresponden tanto los problemas infecciosos (29.9%), como los cuadros de Hiperbilirrubinemia debido a Incompatibilidad Sanguínea (28.8%). En tercer lugar de frecuencia observamos el Síndrome de Dificultad Respiratoria (17.9%) y finalmente los trastornos metabólicos (7.2%) y hematológicos (7.1%).

Con menor frecuencia observamos los trastornos neurológicos, las malformaciones congénitas y cromosopatías.

TABLA N° 60.INMP: EGRESO EN NEONATOLOGÍA POR PATOLOGÍA. 2012 – 2016

Diagnóstico de egreso	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SDR	946	22.0	852	19.1	873	22.7	862	18.0	810	17.9
TTRN (P221)	483	11.2	439	9.9	480	12.5	460	9.6	395	8.7
EMH (P220)	137	3.2	123	2.8	152	4.0	144	3.0	94	2.1
SAM (P241)	91	2.1	59	1.3	51	1.3	65	1.4	27	0.6
Neumonía - Bronconeumonía (P239)	168	3.9	175	3.9	131	3.4	147	3.1	147	3.3
Neumotórax (P251)	67	1.6	56	1.3	59	1.5	46	1.0	147	3.3
INFECCION	1400	32.6	1494	33.6	1346	35.1	1394	29.2	1322	29.2
Sepsis (P369)	1309	30.5	1415	31.8	1277	33.3	1306	27.3	1210	26.8
Enterocolitis Necrotizante (P77)	4	0.1	7	0.2	7	0.2	3	0.1	6	0.1
Sífilis (A50 - A53)	74	1.7	49	1.1	39	1.0	71	1.5	70	1.5
VIH (RN de madre con VIH+) (Z206)	13	0.3	23	0.5	23	0.6	14	0.3	36	0.8
TRASTORNO METABOLICO	280	6.5	197	4.4	167	4.4	236	4.9	326	7.2
Hipoglicemia (P704)	239	5.6	183	4.1	152	4.0	213	4.5	300	6.6
Hiperglicemia (R739)	41	1.0	14	0.3	15	0.4	23	0.5	26	0.6
TRASTORNO HEMATOLOGICO	175	4.1	178	4.0	246	6.4	191	4.0	321	7.1
CID (P60)	35	0.8	21	0.5	33	0.9	20	0.4	41	0.9
Anemia (P614)	140	3.3	157	3.5	213	5.5	171	3.6	280	6.2
HIPERBILIRRUBINEMIA	1185	27.6	1373	30.9	1180	30.7	1078	22.6	1304	28.8
Incompatibilidad ABO (P551)	55	1.3	87	2.0	73	1.9	52	1.1	105	2.3
Incompatibilidad Rh (P550)	3	0.1	8	0.2	10	0.3	3	0.1	12	0.3
Otras Hiperbilirubinemia (P599)	1127	26.2	1278	28.7	1097	28.6	1023	21.4	1187	26.2
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	9	0.2	17	0.4	16	0.4	8	0.2	20	0.4
Hemorragia Intra ventricular (P523)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Síndrome Convulsivo (P90X)	9	0.2	17	0.4	16	0.4	8	0.2	19	0.4
MALF. CONGENITAS QUIRURGICAS	1	0.0	4	0.1	6	0.2	9	0.2	32	0.7
Onfalocele (Q792)	1	0.0	4	0.1	2	0.1	8	0.2	4	0.1
Gastrosquisis (Q793)	0	0.0	0	0.0	4	0.1	1	0.0	28	0.6
SINDROME CROMOSOMICOS	30	0.7	55	1.2	52	1.4	54	1.1	60	1.3
SINDROME Down (Q909)	30	0.7	55	1.2	52	1.4	54	1.1	60	1.3

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

C. Morbilidad en Consultorios externos.

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 pone en evidencia la organización

inadecuada en el sistema de redes del MINSA. Creemos que el Instituto por ser especializado debería atender a pacientes de alto riesgo. Muchas de las referencias solicitadas por otros establecimientos de salud se atienden directamente por emergencia y no vemos pacientes con embarazos de alto riesgo en la consulta externa.

En la tabla N° 61; observamos que las patologías más frecuentes presentadas en el 2016 en la atención Prenatal está dada por la Atención Materna Por Cicatriz Uterina debido a Cirugía Previa y Anemia que complica el Embarazo, Parto y Puerperio con porcentaje de 6.6% y 4% respectivamente. Sin embargo las patologías que si deberíamos atender en consulta externa como aumento excesivo de peso en el embarazo, déficit del crecimiento fetal, pre eclampsia, etc.; son patologías que no son atendidas con la frecuencia esperada.

TABLA N° 61. INMP: DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN LA ATENCIÓN PRENATAL. 2015 – 2016.

DIAGNÓSTICO	2015		2016	
	N°	%	N°	%
ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	3556	6.0	3995	6.6
ANEMIA QUE COMPLICAR EL EMBARAZO EL PARTO Y EL PUERPERIO	2310	3.9	2410	4.0
INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	2126	3.6	2360	3.9
INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LA VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	232	0.4	212	0.4
AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	129	0.2	144	0.2
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	135	0.2	138	0.2
ATENCIÓN MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	131	0.2	120	0.2
ATENCIÓN MATERNA POR CABEZA ALTA EN GESTACIÓN A TÉRMINO	125	0.2	110	0.2
PRE ECLAMPSIA LEVE	87	0.1	100	0.2
HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	85	0.1	95	0.2

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

TABLA N° 62. INMP: DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN CONSULTORIO DE PUERPERIO. 2014- 2016.

DIAGNÓSTICO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	1063	45.8	2050	45.5	2122	49.3
ATENCION DE LOS APOSITOS Y SUTURAS	438	18.9	957	21.3	860	20.0
SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA	457	19.7	737	16.4	758	17.6
ANEMIA QUE COMPLICLA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	69	3.0	113	2.5	220	5.1
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	35	1.5	79	1.8	113	2.6
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA OBSTETRICA	45	1.9	104	2.3	100	2.3
DEHISCENCIA DE SUTURA OBSTÉTRICA PERINEAL	28	1.2	33	0.7	40	0.9
OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	12	0.5	33	0.7	36	0.8
OTROS	688	29.6	1357	30.1	1460	33.9

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.2016

En la tabla N° 62 observamos que el cuidado posterior a la cirugía (86.9%) es motivo de atención más frecuente brindada en los consultorios de atención Puerperal, sin embargo las anemias post parto (5.1%) y las infecciones de herida operatoria (2.3%), son complicaciones que también se observan con frecuencia.

Morbilidad en Consultorios de Ginecología

Mostramos en la tabla N° 63, los diagnósticos más frecuentes encontrados en los consultorios de ginecología en el año 2016, las pacientes con Infertilidad (14.5%) fueron las más frecuentes, cuya frecuencia de atención aumentó en relación al año 2015, los siguientes diagnósticos más frecuentes fueron las infecciones vaginales (13%) y la atención por estados menopaúsicos y climatéricos con 12.7%.

TABLA N°63. INMP: DIAGNÓSTICOS FRECUENTES EN CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA 2014 – 2016

DIAGNÓSTICO	2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INFERTILIDAD FEMENINA	1425	15.0	2136	13.1	2285	14.5
VAGINITIS AGUDA (VULVOVAGINITIS)	1365	14.4	2531	15.5	2052	13.0
ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS	1269	13.4	2201	13.5	2009	12.7
CUIDADOS POSTERIOR A LA CIRUGIA	1288	13.6	1676	10.3	1866	11.8
ENFERMEDAD INFLAMATORIA CUELLO UTERINO	847	8.9	1216	7.5	1416	9.0
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	876	9.2	1116	6.8	1316	8.3
LEIOMIOMA UTERINO SIN ESPECIFICACION	715	7.5	1016	6.2	1116	7.1
DISPLASIA CERVICAL	413	4.3	736	4.5	995	6.3
SUPERVISION POST AMEU	595	6.3	835	5.1	910	5.8
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	499	5.3	736	4.5	816	5.2

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

Morbilidad en Consultorios de Pediatría

Como observamos en la tabla N° 64, la consulta externa pediátrica corresponde en su mayoría a la atención y supervisión de salud de otros niños 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°64.INMP: DIAGNÓSTICOS FRECUENTES EN CONSULTORIO PEDIATRIA.2014-2016

Diagnóstico	2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta para atención y supervisión de salud de otros niños (Z762)	2465	46.7	8912	57.7	8245	51.5
Rinofaringitis aguda (Resfrió común) (J00X)	401	7.6	1108	7.2	1414	8.8
Bronquitis Aguda, no específica (J209)	225	4.3	630	4.1	562	3.5
Anemia por deficiencia de Hierro sin otra especificación (D509)	35	0.7	490	3.2	583	3.6
Otros recién nacidos pre término (P073)	263	5.0	442	2.9	1055	6.6
Hipertensión congénita (P941)	273	5.2	405	2.6	252	1.6
Ictericia Neonatal, no especificada (P599)	185	3.5	405	2.6	436	2.7
Control de salud de rutina del niño (Z001)	58	1.1	295	1.9	277	1.7
Faringitis aguda no especificada (J029)	88	1.7	200	1.3	198	1.2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09X)	84	1.6	198	1.3	198	1.2

Fuente: Oficina de Estadística e Informatica-INMP.2016

En la tabla N° 65 se muestran los principales diagnósticos reportados en el consultorio de Medicina Física y Rehabilitación, siendo el diagnóstico de trastornos específicos de desarrollo de la función motriz incrementándose desde el año 2014 con 30.4% al 2016 con 53.3% luego viene la prematuridad (22.7%) y bajo peso al nacer (18.1%).

TABLA N°65. INMP: PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN REHABILITACIÓN. 2014-2016

Diagnóstico	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trastornos específicos de desarrollo de la función motriz (F82X)	291	30.4	768	40.4	923	53.3
Historia personal de otros factores de riesgo (Z918)	152	15.9	402	21.1	434	25.0
Hipertensión congénita (P941)	225	23.5	236	12.4	248	14.3
Hipotonía congénita (P942)	198	20.7	212	11.2	227	13.1
Retardo de desarrollo (R620)	165	17.2	270	14.2	210	12.1
Prematuridad (P073)	73	7.6	268	14.1	394	22.7
Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica (Q900)	111	11.6	94	4.9	77	4.4
Peso bajo al nacer (P071)	119	12.4	238	12.5	314	18.1
Otras deformidades de la cadera (Q658)	51	5.3	159	8.4	149	8.6
Peso extremadamente bajo al nacer (P070)	76	7.9	132	6.9	96	5.5
Trastornos específicos mixtos del desarrollo (F83X)	43	4.5	111	5.8	140	8.1
Parálisis cerebral (G800)	22	2.3	33	1.7	10	0.6
Otro traumatismo del plexo braquial durante el nacimiento (P143)	8	0.8	22	1.2	28	1.6

Fuente: Oficina de Estadística e Informática-INMP.201

D. Vigilancia de la 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, en un primer momento por 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, 2015 con 343 casos y 2016 con 472 casos.

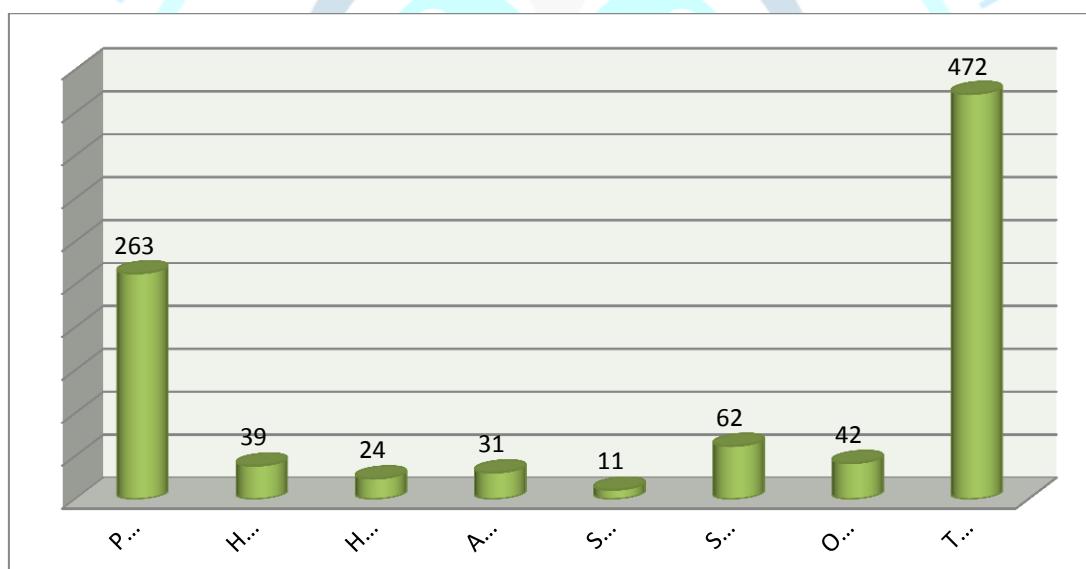
Para la definición de casos de Morbilidad Materna Extrema en el INMP, se han seguido los criterios de la FLASOG, por lo que se debe cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.

- b) Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, 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 atendidos en la Emergencia y Cuidados Intensivos.

GRÁFICO N° 43. INMP: MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN PATOLOGÍA ASOCIADA. 2016

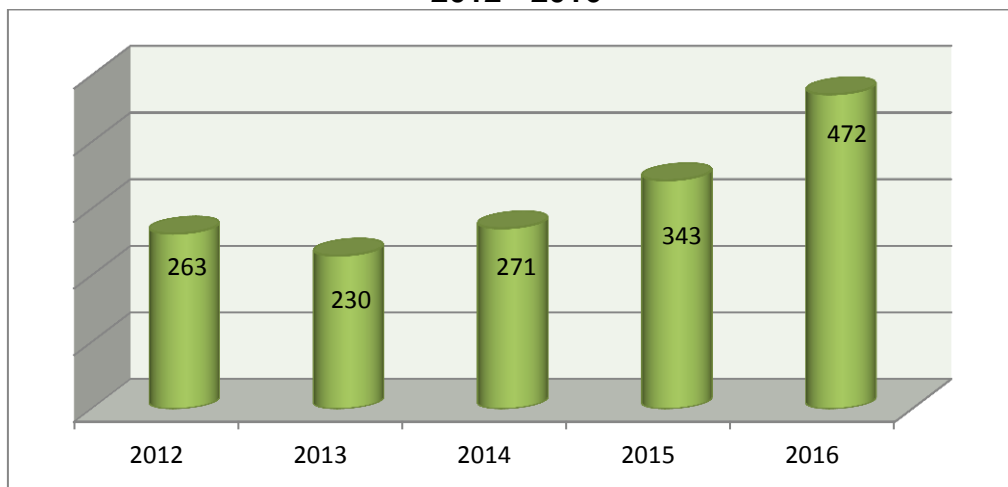


Fuente: Boletín Epidemiológico de OESA-INMP.2016

Desde el 2012 al 2016, observamos un aumento en el número de casos de Morbilidad Materna Extrema con tendencia a subir.

El aumento de casos puede deberse a varios factores, en primer lugar el aumento en el número de pacientes atendidas en la institución y la mayoría en situaciones de alto riesgo, auto referidas y con controles prenatales deficientes, obligó en el 2015 a que la institución ampliara un servicio de Cuidados Intermedios Maternos, lo cual permitió la mayor afluencia de pacientes. Finalmente la vigilancia epidemiológica se hizo más activa en este tipo de casos mejorando la captación y vigilancia de más pacientes.

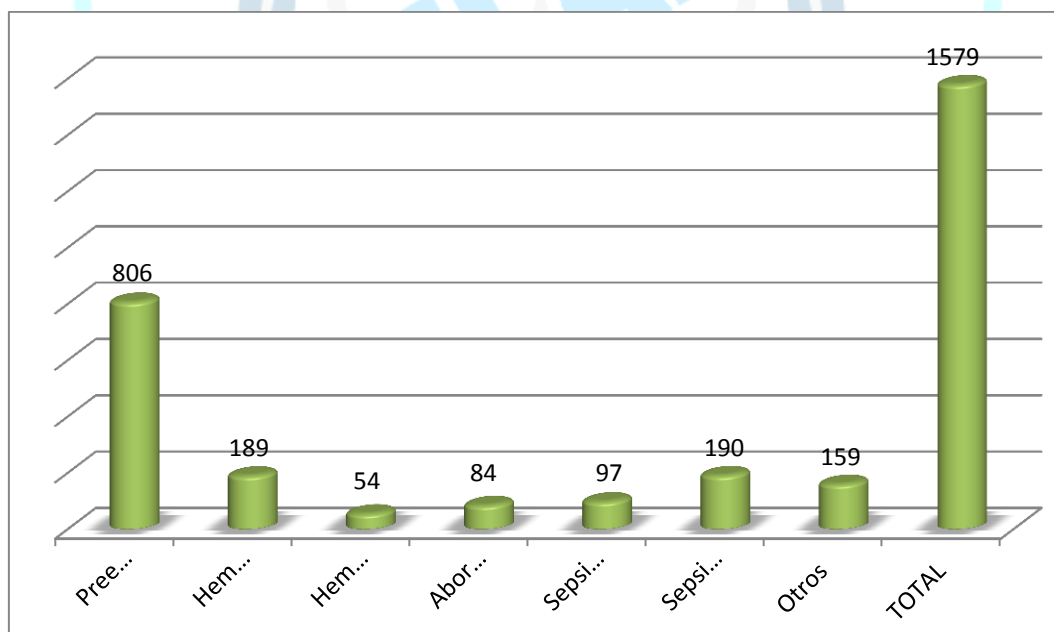
GRÁFICO N° 44: INMP: CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2012 - 2016



Fuente: Boletín Epidemiológico de OESA-INMP.2016

El total de casos de MME observados durante este periodo (2012 – 2015) suman 1579 casos, siendo el trastorno hipertensivo la principal causa de MME, seguido por los casos de sepsis de origen no obstétrico y obstétrico, las hemorragias post parto, las complicaciones del aborto, las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y otras causas no asociadas al embarazo.

GRÁFICO N°45.INMP: MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN PATOLOGÍA ASOCIADA. 2012 – 2016.



Fuente: Boletín Epidemiológico de OESA-INMP.2016

Finalmente, podemos apreciar los indicadores de resultado de MME, lo que nos da una idea del tipo de pacientes que recibe la institución, así como la capacidad de respuesta a estos casos.

INDICADORES DE RESULTADO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Razón de Morbilidad Materna Extrema. La tendencia de la Razón de MME es a subir, con una tasa para el 2016 de 21.4 casos x 1000 nacidos vivos.; la meta propuesta es llegar a menos de 8 x 1000 nv a fin de año.

Índice de Mortalidad. El porcentaje promedio de este indicador es 2.5% para los 5 años (2.5 muertes por cada 100 casos de MME), en el 2016 el resultado fue 1.5%. La meta propuesta es menos del 4% del total de casos de MME tengan un desenlace fatal.

Relación Morbilidad Materna Extrema / Muerte Materna. El promedio en los 5 años es 43.7 casos de MME por una muerte ocurrida. La cifra alcanzada para el 2016 fue 67.4 casos. La meta propuesta es que tengamos más de 35 casos de MME por cada paciente fallecida.

Índice de Mortalidad Perinatal en MME. El porcentaje de casos en los 3 años que hemos evaluado estos casos está entre 5 a 6% muertes perinatales por casos de MME.

Relación Criterios de Inclusión / Casos Presentados de MME. El promedio para los 5 años es 3.7 criterios de inclusión por cada caso de MME presentado. La meta propuesta es menos de 5 criterios de inclusión por cada caso presentado.

TABLA N° 66.INMP: INDICADORES DE PROCESO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2012 – 2016.

INDICADOR	FORMULA	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de MME (Prevalencia) Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 NV)	$\frac{\text{N° casos de MME} \times 1000}{\text{Total Nacidos vivos}}$	16.7	13.5	13.8	15.8	21.4
Índice de Mortalidad (Letalidad en las mujeres con MME- Calidad de atención) (Meta <4%)	$\frac{\text{N° Muertes Maternas} \times 100}{\text{N° Muertes Maternas} + \text{N° MME}}$	3.3 %	2.5 %	1.8	3.4	1.5
Relación MME/MM (Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM. Calidad de atención) (Meta > 35)	$\frac{\text{N° MME}}{\text{N° MM}}$	29.2	38.3	54.8	28.6	67.4
Relación Criterios / Caso (Severidad De la salud materna) (Meta < 5)	$\frac{\text{N° Total de Criterios de Inclusión}}{\text{N° MME}}$	3.9	4.0	3.4	3.7	3.6
Índice de Mort Perinatal en MME (Impacto, Letalidad perinatal en MME, calidad de atención y rpta oportuna para reducir MF)	$\frac{\text{N° Muertes perinatales en MME} \times 100}{\text{N° MME}}$			5.5	6.4	5.5

Fuente: Boletín Epidemiológico de OESA-INMP.2016

Cuando evaluamos el porcentaje de muertes maternas ocurridas del total de casos de MME por patología asociada durante los años 2012 al 2016;

observamos que el mayor porcentaje de muertes ocurre en los casos de Sepsis de Origen Obstétrico, que aunque tiene menos casos presentados de morbilidad materna como los presentados por Trastorno Hipertensivo, las Sepsis es la patología más letal, seguidas por las patologías intercurrentes del embarazo y finalmente las complicaciones por aborto.

Es decir, 5.2% de muertes maternas por Sepsis ocurren del total de casos de MME que llegaron por Sepsis de Origen Obstétrico (Corioamnionitis, Sepsis Puerperal, etc.); observamos también que el 4.4% de Otras patologías asociadas al embarazo fallecieron (esto corresponde a las causas indirectas de muertes como las neoplasias, trastornos neurológicos, cardíacos, autoinmunes, etc.); en tercer lugar el 3.6% de los abortos complicados fallecieron, sobre todo los abortos sépticos; y por último el 3.2% de los casos de Sepsis de Origen No Obstétrico fallecieron por esa causa (neumonías, TBC, urosepsis, etc.). Es importante tomar acciones en los casos de Sepsis porque es la patología que proporcionalmente más muertes ha causado

TABLA N° 67: INMP: MORTALIDAD POR MORBILIDAD MATERNA EXTREMA SEGÚN PATOLOGÍA ASOCIADA. 2012 – 2016

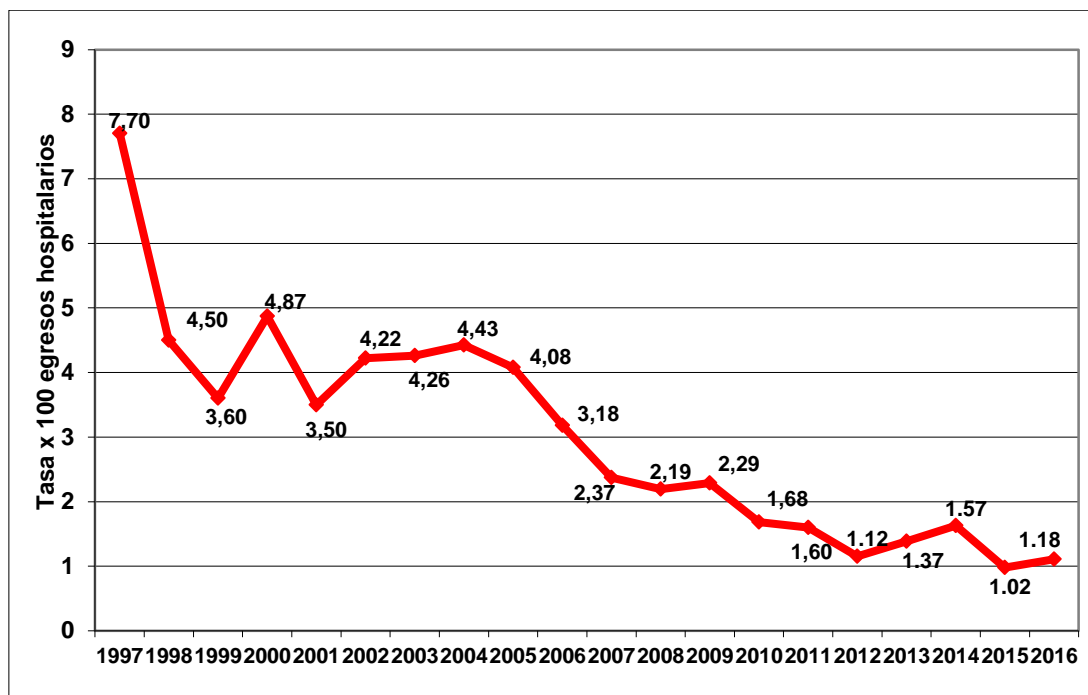
Patología Asociada	N° Casos MME	N° Casos MM por Patología	% de MM del total de MME
pre eclampsia Severa	806	14	1.7%
Hemorragia Post Parto	189	2	1.1%
Hemorragia 2ª mitad embarazo	54	1	1.9%
Aborto	84	3	3.6%*
Sepsis origen obstétrico	97	5	5.2%*
Sepsis origen no obstétrico	190	6	3.2%*
Otros	159	7	4.4%*
TOTAL	1579	38	2.4%

Fuente: Boletín Epidemiológico de OESA-INMP.2016

E. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Cuando observamos la tendencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud a través de los años en nuestra institución, vemos que existe una disminución de gran magnitud en la incidencia y prevalencia y que en los últimos años estas cifras permanecen constantes. Sin embargo, existen aún algunas amenazas de ingreso de nuevos gérmenes o de brotes de infección que debemos siempre alertar para disminuir el riesgo a los pacientes de sufrir estas complicaciones.

GRÁFICA N°46.INMP: TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE IAAS. 1997-2016

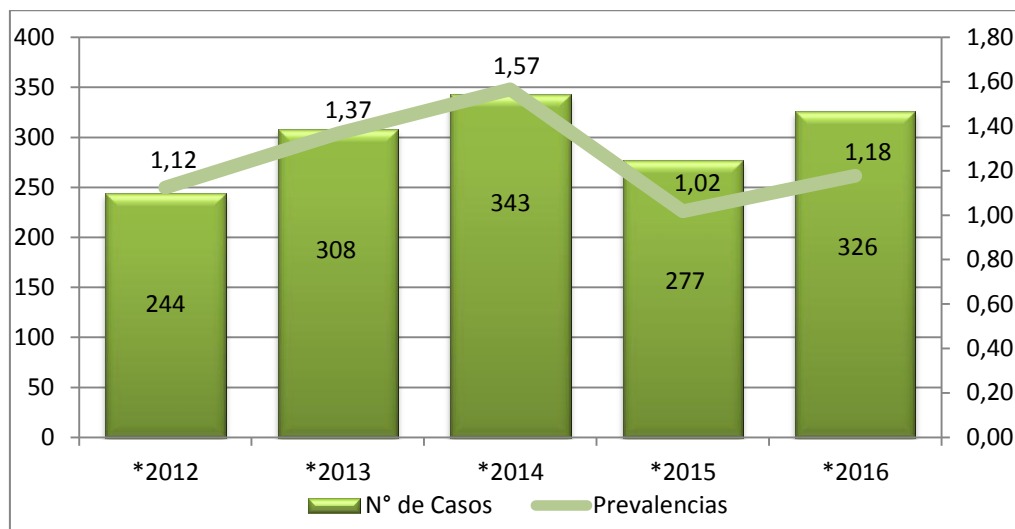


Fuente: OESA – INMP-2016.

La vigilancia de estas infecciones es de gran implicancia y se ha adoptado como estrategias para su prevención, siendo una de ellas la implementación del “**Plan Bacteriemia Zero**”, que venimos adaptando a nuestra realidad y se iniciará en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos, quienes liderarán el proceso con el acompañamiento del Equipo de Gestión, Directores y Jefes de Servicio y Departamento y asesoramiento de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la Oficina General de la Calidad y el Comité de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Este proceso también será replicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y otros Servicios del Instituto.

La Oficina de Epidemiología realizó una evaluación de los casos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en el periodo 2012 al 2016. Se observó en esta evaluación que existieron en total 1498 casos notificados, con un promedio de 156,414 días/cama vigilados y 89,023 procedimientos realizados; además teniendo en cuenta que, los egresos hospitalarios del Instituto desde el año 2012 al 2016 han sido 121,070 pacientes, podemos definir que la prevalencia de casos de IAAS en relación con el total de egresos hospitalarios durante los 5 años estudiados es 1.24% (es decir existe 1.24 casos de IAAS por cada 100 pacientes que egresan de la institución). La distribución de casos y la prevalencia por años, la observamos en la siguiente gráfica:

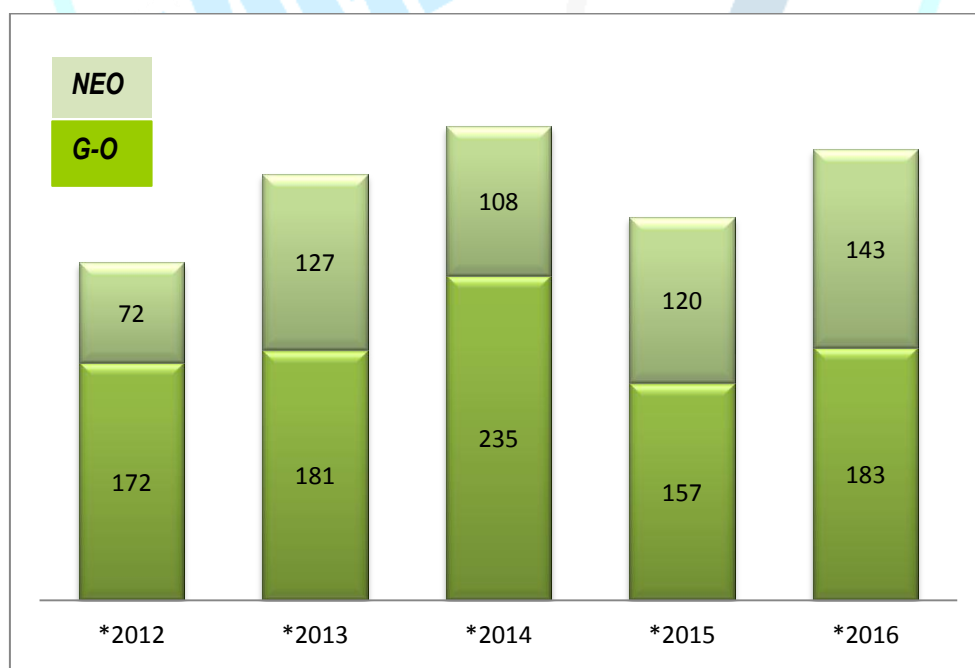
GRÁFICO N° 47: INMP: CASOS DE IAAS Y PREVALENCIA POR EGRESOS HOSPITALARIOS. 2012 - 2016



Fuente: OESA - INMP

El total de casos notificados en el Servicio de Gineco-Obstetricia (incluyendo servicios de hospitalización y la Unidad de Cuidados Intensivos Materno) fueron 928 casos y en el Servicio de Neonatología (que incluye la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios) fueron 570 casos. Se observa en la siguiente tabla la distribución de casos por servicios desde los años 2012 al 2016.

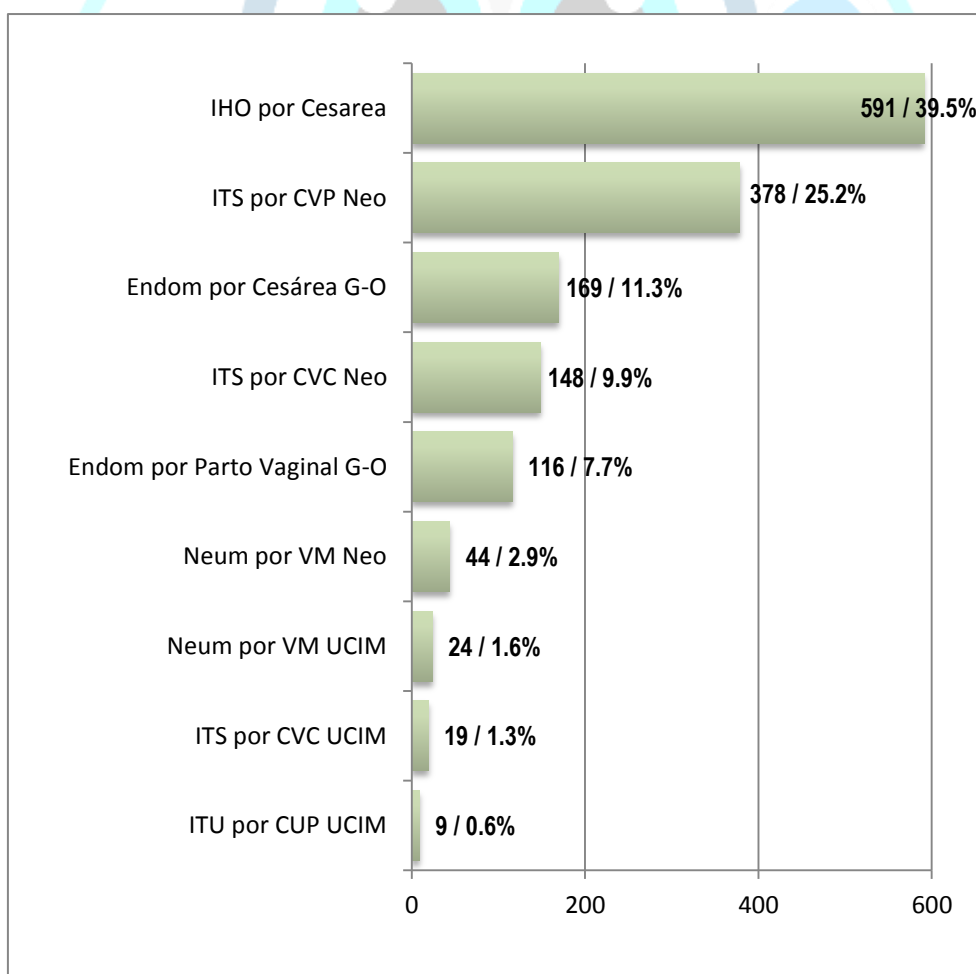
GRAFICO N° 48. INMP: NÚMERO DE CASOS DE IAAS POR SERVICIO. 2012 - 2016



Fuente: OESA - INMP

Al analizar el número de casos de infecciones según exposición al factor de riesgo en los últimos 5 años, observamos que la infección más frecuente es la Infección de Herida Operatoria por Cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia con 591 casos (39.5% del total de casos), seguido por la Infección del Torrente Sanguíneo por Catéter Venoso Periférico en el Servicio de Neonatología con 378 casos (25.2%), sigue la Endometritis por Cesárea en Gineco-Obstetricia con 169 casos (11.3%), la Infección del Torrente Sanguíneo por Catéter Venoso Central en Neonatología con 148 casos (9.9%), la Endometritis por Parto Vaginal en Gineco-Obstetricia con 116 casos (7.7%), Neumonía por Ventilación Mecánica en Neonatología con 44 casos (2.9%), Neumonía por Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno con 24 casos (1.6%), las Infecciones del Torrente Sanguíneo por Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno con 19 casos (1.3%) y finalmente las Infecciones del Tracto Urinario por Catéter Urinario Permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno con 9 casos (0.6%)

GRÁFICA N° 49. INMP: CASOS DE IAAS SEGÚN EXPOSICIÓN AL FACTOR DE RIESGO. 2012 - 2016



Fuente: OESA – INMP

IAAS en los Servicios de Obstetricia.

En el Servicio de Gineco-Obstetricia se realiza la vigilancia de IAAS en 3 factores de riesgo: Endometritis por Parto Vaginal, Endometritis por Parto Cesárea e Infecciones de Herida Operatoria por Cesárea. En los últimos 5 años observamos que la incidencia acumulada promedio de Endometritis por Parto Vaginal es 0.23 casos por cada 100 partos vaginales, la incidencia de Endometritis por Cesárea es 0.44 casos por cada 100 cesáreas y la incidencia de Infecciones de Herida Operatoria por Cesárea es 1.55 casos por cada 100 cesáreas; esta última es la incidencia más alta encontrada en este servicio (Tabla 68).

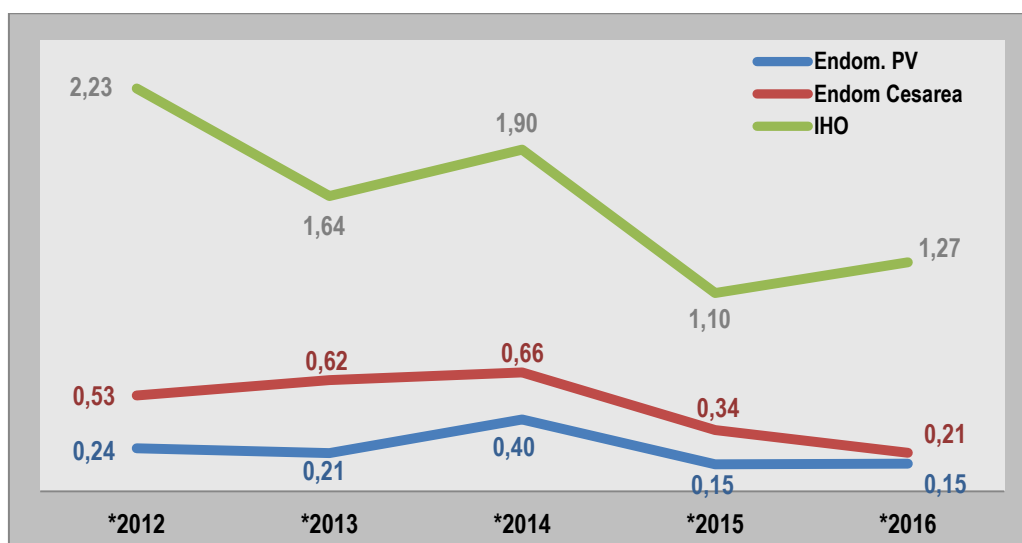
TABLA N° 68. INMP: DENSIDAD INCIDENCIA DE LAS IAAS EN LOS SERVICIOS DE GINECO- OBSTETRICIA. 2012 - 2016

Endometritis por Parto Vaginal				Endometritis por Cesárea			Inf. de Her. Oper. por Cesarea		
Año	Nº de Pacientes vigilados	Nº Casos de Endometritis	Incidencia Acumulada	Nº de Pacientes vigilados	Nº Casos de Endometritis	Incidencia Acumulada	Nº de Pacientes vigilados	Nº de IHO	Incidencia Acumulada
2012	7964	19	0.24	5459	29	0.53	5459	122	2.23
2013	8959	19	0.21	6655	41	0.62	6655	109	1.64
2014	10792	43	0.40	7280	48	0.66	7280	138	1.90
2015	11441	17	0.15	8827	30	0.34	8827	97	1.10
2016	11802	18	0.15	9844	21	0.21	9844	125	1.27
Total	50958	116	0.23	38065	169	0.44	38065	591	1.55

Fuente: OESA – INMP

La tendencia de las tasas de incidencia acumulada por años, muestra cifras que van a la disminución, excepto en las infecciones de Herida Operatoria que aunque la tendencia también es a disminuir, su disminución es fluctuante y mantiene valores por encima de las otras infecciones.

GRÁFICA N° 50. INMP: TENDENCIA POR AÑOS EN LA INCIDENCIA DE IAAS EN GINECO-OBSTETRICIA. 2012 – 2016



Fuente: OESA - INMP

IAAS en los Servicios de Neonatología (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios)

Cuando evaluamos las tasas de incidencia de casos en el Servicio de Neonatología observamos que la Densidad Incidencia promedio de Infección del Tracto Sanguíneo por Catéter Venoso Central en los 5 años es 5.36 casos por 1000 días de exposición al dispositivo (d.d.e.), la Densidad Incidencia de Infección del Tracto Sanguíneo por Catéter Venoso Periférico en los 5 años es 3.77 casos por 1000 d.d.e. y finalmente la Densidad Incidencia de Neumonía Intrahospitalaria por Ventilación Mecánica en los 5 años es 2.31 casos por 1000 d.d.e. al dispositivo. La distribución de las tasas de incidencia por años lo observamos en la Tabla N°69.

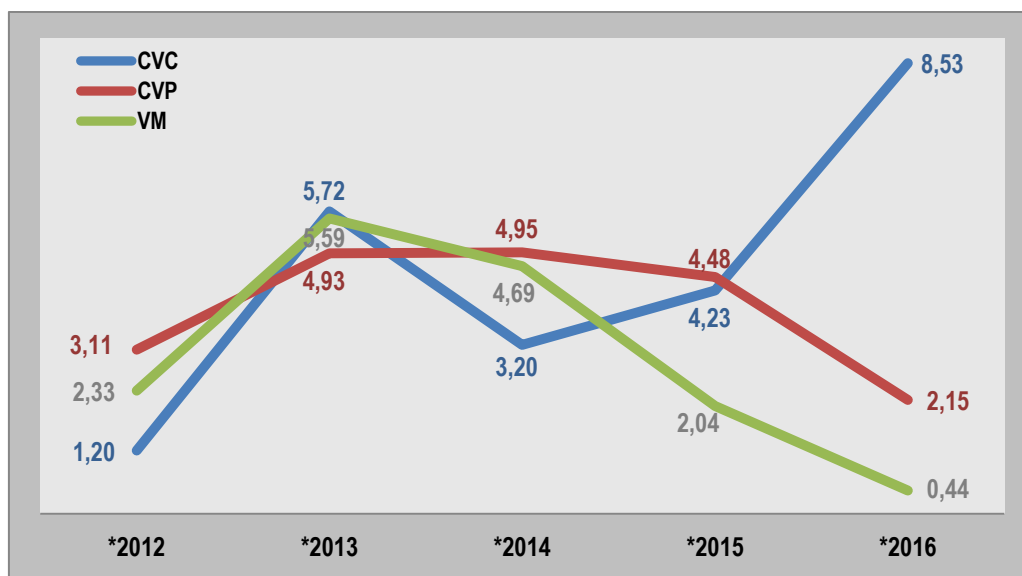
TABLA N° 69.INMP: DENSIDAD INCIDENCIA DE LAS IAAS EN NEONATOLOGÍA. 2012 - 2016

Año	Cáteter Venoso Central (CVC)				Cáteter Venoso Periférico (CVP)				Ventilación Mecánica (VM)			
	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CVC	Densidad Incidencia	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº ITS asociados a CVP	Densidad Incidencia	Nº días de exposición	Nº pacientes vigilados	Nº Neum. asociado a VM	Densidad Incidencia
2012	4181	607	5	1.20	18671	4564	58	3.11	3862	543	9	2.33
2013	4367	600	25	5.72	18066	3961	89	4.93	2326	353	13	5.59
2014	4381	564	14	3.20	16571	3981	82	4.95	2560	396	12	4.69
2015	4966	585	21	4.23	20530	3665	92	4.48	3438	443	7	2.04
2016	9735	1510	83	8.53	26502	4410	57	2.15	6848	1003	3	0.44
Total	27630	3866	148	5.36	100340	20581	378	3.77	19034	2738	44	2.31

Fuente: OESA – INMP.2016

La tendencia de las tasas de Densidad Incidencia a través de los años 2012 - 2016, se observa que en los casos de infecciones por Catéter Venoso Periférico y por Ventilación Mecánica, las incidencias tienden a la baja; sin embargo, la Incidencia de infecciones por Catéter Venoso Central ha tenido un aumento importante este último año, como se observa en la Gráfica N° 24.

GRÁFICA N° 51.INMP: TENDENCIA POR AÑOS EN LA INCIDENCIA DE EN NEONATOLOGÍA. 2012 - 2016



Fuente: OESA – INMP

Al analizar las tasas de incidencia de casos en relación al peso del Recién Nacido, y observamos que la mayor incidencia de infecciones ocurre cuando el peso del recién nacido es menor de 1500 gr, además podemos observar que la infección de mayor incidencia en este grupo de neonatos (menores de 1500 gr) es la causada por Catéter Venoso Periférico, mientras que en mayores de 1500 gr la principal causa de infecciones es por Catéter Venoso Central.

TABLA N° 70. INMP: INCIDENCIA DE IAAS SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO. 2012 - 2016

Factor de Riesgo	<1500 gr	1500 - 2500 gr	> 2500 gr
Catéter Venoso Central	6.37	5.24	1.87
Catéter Venoso Periférico	9.42	3.21	1.68
Ventilación Mecánica	2.75	2.38	1.18

Fuente: OESA – INMP.2016

IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno

En la Unidad de Cuidados Intensivos Materno observamos que las Infecciones Urinarias por Catéter Urinario muestran una Densidad Incidencia Promedio en los 5 años estudiados de 1.70 casos por 1000 d.d.e., las Infecciones por Catéter Venoso Central muestran una Densidad Incidencia Promedio de 7.81 casos por 1000 d.d.e. y finalmente las Neumonías Intrahospitalarias por Ventilación Mecánica muestran una Densidad Incidencia Promedio de 14.29 casos por 1000 d.d.e...

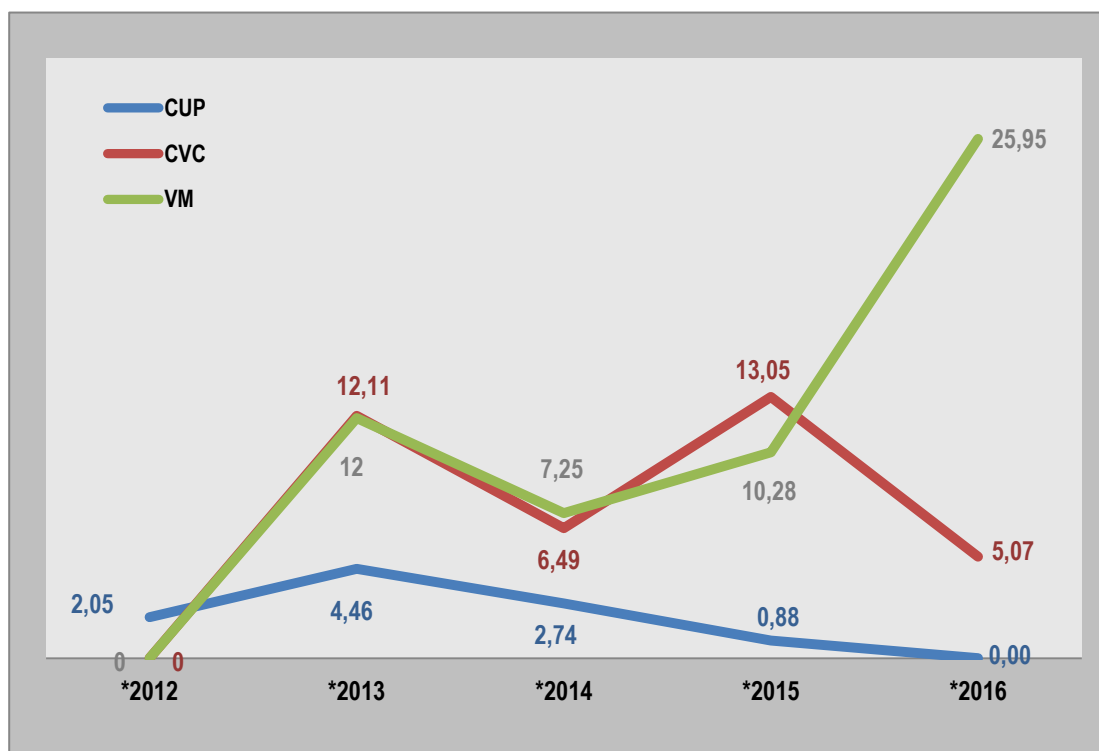
TABLA N° 71. INMP: DENSIDAD INCIDENCIA DE IAAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS. 2012 - 2016

Año	Cáteter Urinario Permanente (CUP)				Cáteter Venoso Central (CVC)				Ventilación Mecánica (VM)			
	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITU asociados a CUP	Densidad Incidencia	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITS asociados a CVC	Tasa de ITS x 1000	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° Neumonías asociadas a VM	Tasa de ITS x 1000
2012	977	264	2	2.05	311	81	0	0	186	58	0	0
2013	896	219	4	4.46	413	71	5	12.11	250	50	3	12
2014	731	165	2	2.74	308	62	2	6.49	276	61	2	7.25
2015	1142	282	1	0.88	613	105	8	13.05	389	78	4	10.28
2016	1551	426	0	0	789	136	4	5.07	578	88	15	25.95
Total	5297	1356	9	1.70	2434	455	19	7.81	1679	335	24	14.29

Fuente: OESA - INMP

La tendencia en los últimos 5 años de Densidad Incidencia según tipo de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno, muestra que mientras las Infecciones del Tracto Urinario de forma más marcada que las Infecciones del Tracto Sanguíneo por Catéter Venoso Central tienen una disminución en sus valores, la Neumonía Intrahospitalaria ha tenido un ascenso significativo en su incidencia.

GRÁFICA N° 52. INMP: TENDENCIA POR AÑOS EN LA INCIDENCIA DE IAAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO. 2012 - 2016



Fuente: OESA - INMP

Tasas de Incidencia de IAAS Promedio Institucional. 2012 – 2016.

Las tasas de incidencia promedio institucional, por tipo de atención, factor de riesgo asociado y según el servicio de atención en los últimos 5 años (2012 – 2016), se resumen en la tabla N° 5, en ella se observa que las tasas más altas encontradas son las que se refieren a las neumonías intrahospitalarias por ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno (14.29 x 1000 d.d.e.), las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno (7.81 x 1000 d.d.e.), las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en Neonatología (5.36 x 1000 d.d.e.) y finalmente las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso periférico en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios en Neonatología (3.77 x 1000 d.d.e.).

TABLA N° 72. INMP: TASAS DE INCIDENCIA PROMEDIO 2012 – 2016 DE LAS IAAS A NIVEL INSTITUCIONAL, POR TIPO DE INFECCIÓN, FACTOR DE RIESGO Y SERVICIO DE ATENCIÓN

Tipo de Infección	Factor de Riesgo	Servicio	Tasa de Incidencia INMP (2012 - 2016)
Neumonía	Ventilación Mecánica	Neonatología	2.31
		UCI Adultos	14.29
Infección del Torrente Sanguíneo	Cateter Venoso Central	Neonatología	5.36
		UCI Adultos	7.81
	Cateter Venoso Periférico	Neonatología	3.77
Endometritis	Parto Vaginal	G-O	0.23
	Parto Cesarea	G-O	0.44
Infección de Herida Operatoria	Parto Cesarea	G-O	1.55
Infección del Tracto Urinario	Sonda Vesical	UCI Adultos	1.70

FUENTE: OESA. INMP.2016

F. ENFERMEDADES OCUPACIONALES.

La unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo, ha iniciado con las charlas informativas sobre la normatividad existente y el registro de enfermedades ocupacionales, así como la evaluación de puntos de riesgos que puedan ocasionar accidentes y/o enfermedades ocupacionales. En el 2016 no se reporta casos de enfermedades ocupacionales.

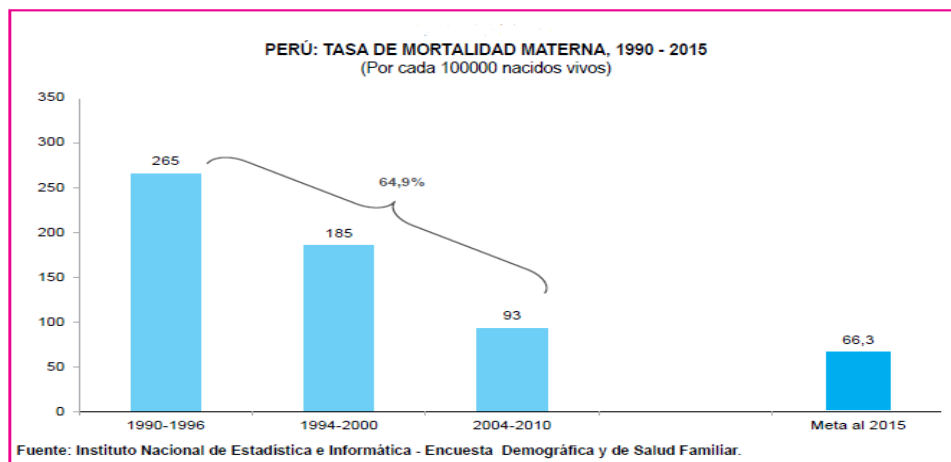
2.2.2 ANALISIS DE MORTALIDAD

2.2.2.1 Mortalidad Materna.

Es un indicador que ha mejorado considerablemente en el país en los últimos años y estuvimos muy cerca de 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.

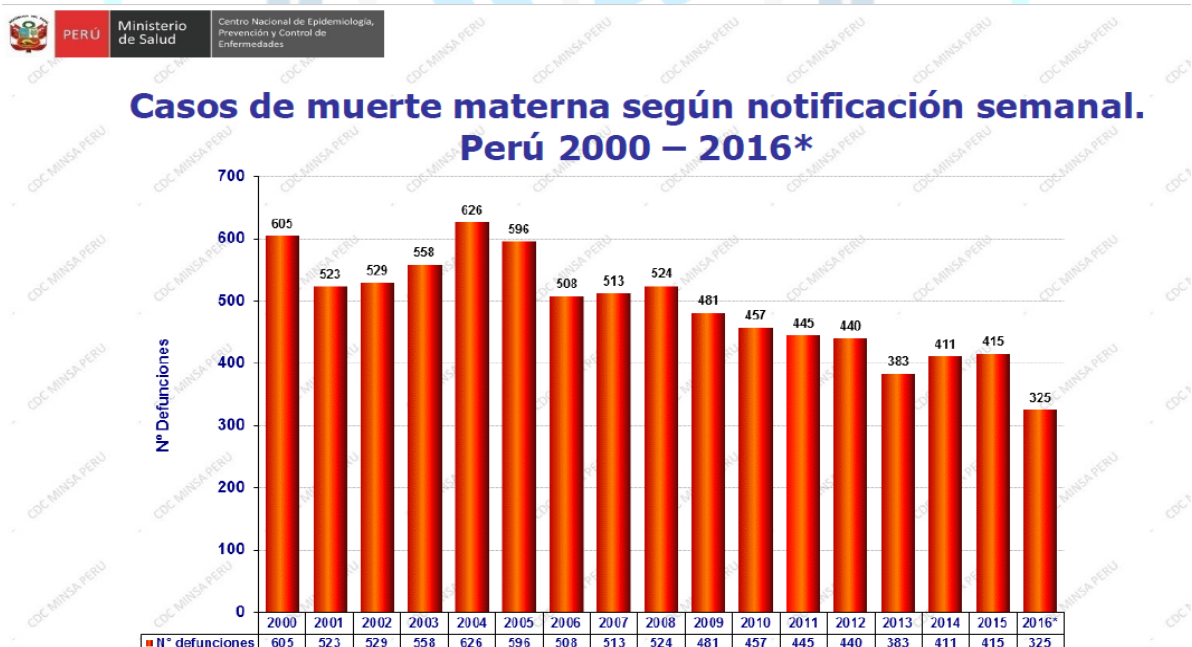
En los siguientes gráficos observamos la razón de mortalidad materna según reportes del INEI, y el número de muertes maternas reportadas por el sistema de vigilancia epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Infecciones del MINSA.

GRÁFICO N° 53.INMP: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ.



En el gráfico N° 53 se presenta la tendencia de las muertes maternas por años identificadas por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

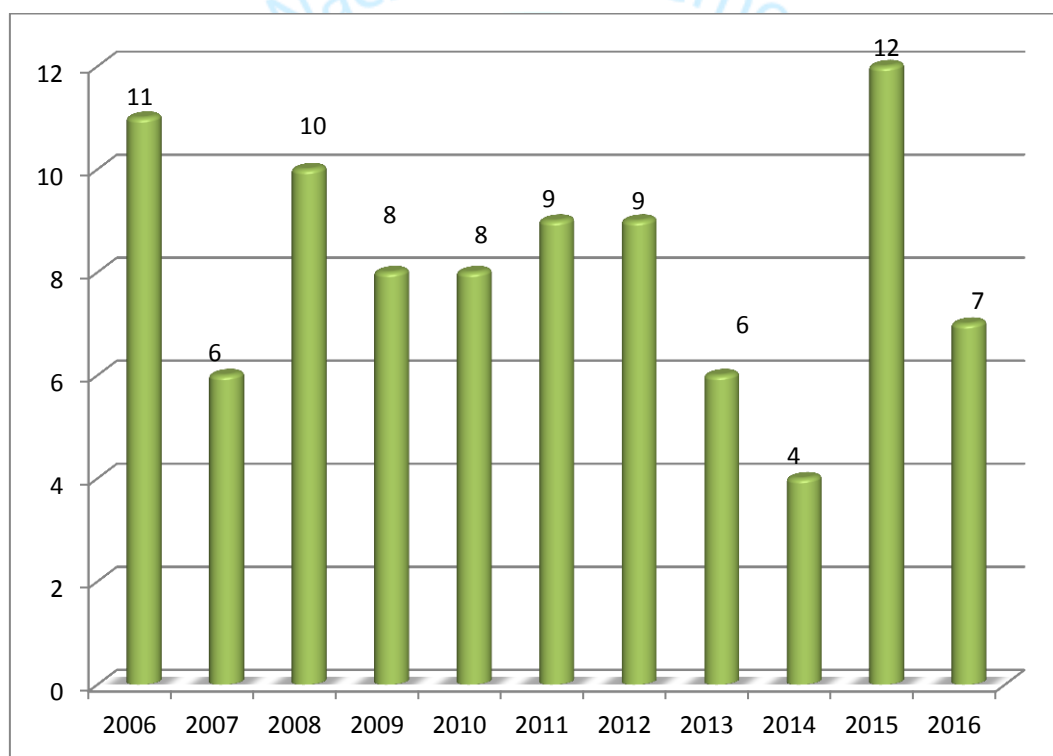
Gráfico N° 54.INMP: Número de Muertes Maternas Notificadas por Años. Perú 2000-2016



a. Muerte Materna en el INMP

En el grafico anterior observamos que han ocurrido 90 muertes maternas en el periodo 2006 – 2016 en el INMP, con una disminución significativa de casos hasta el 2014, el año en que hubo la mayor cantidad de muertes maternas en los últimos 10 años fue el 2015.

GRÁFICO N° 55. INMP: NÚMERO DE MUERTES MATERNAS INMP. 2006 – 2016

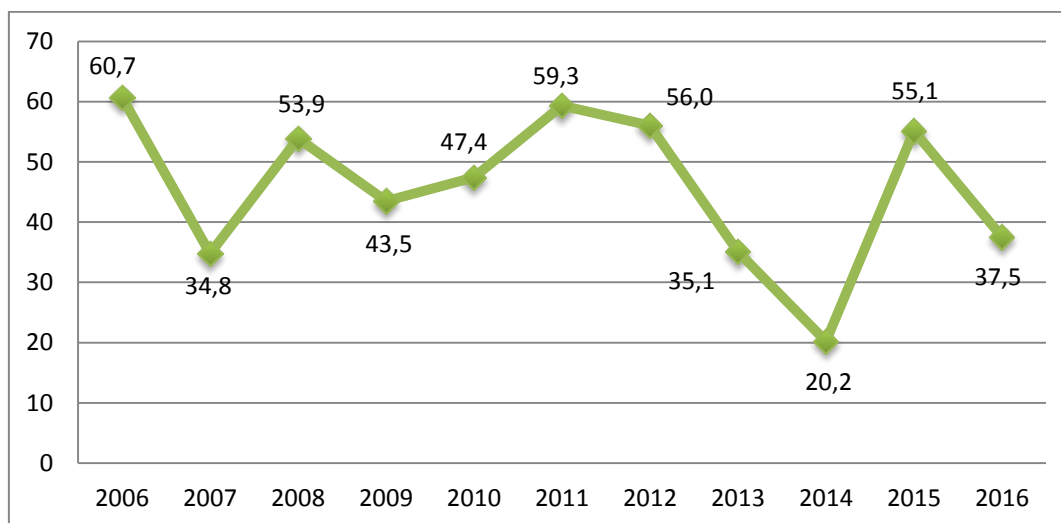


Fuente: OESA – INMP

b. Razón de Mortalidad Materna

La Razón de Mortalidad Materna: del INMP para el año 2016 es 38 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, comparando con el año anterior ha disminuido, La tendencia de la razón de mortalidad materna en el INMP desde el 2006 al 2016 es decrecer.

GRÁFICO N° 56.INMP: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA INMP. 2006 - 2016



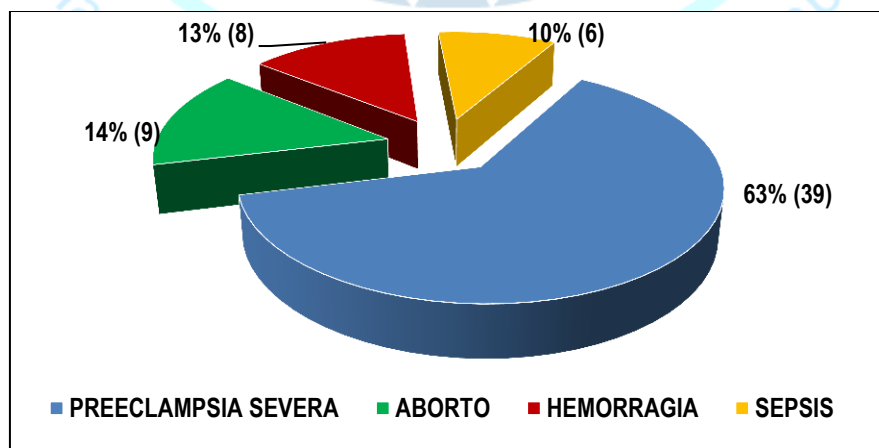
Fuente: OESA - INMP

En el periodo 2006 - 2016, el 57.1% (2016) de las pacientes que fallecieron en el INMP tuvieron una estancia hospitalaria menor a 48 horas, lo que implica que el ingreso de las pacientes por emergencia en condición de morbilidad extrema tienen un índice de mortalidad muy alto y con complicaciones severas.

c. Principales Causas de Muerte Materna en el INMP

En este mismo periodo, el 70% de las muertes fueron de causa directa y 30% de causa indirecta. Las muertes por causa directa se encuentran distribuidas como se observa en el gráfico N° 57, siendo los Trastornos Hipertensivos la causa más frecuente de muerte materna en este grupo.

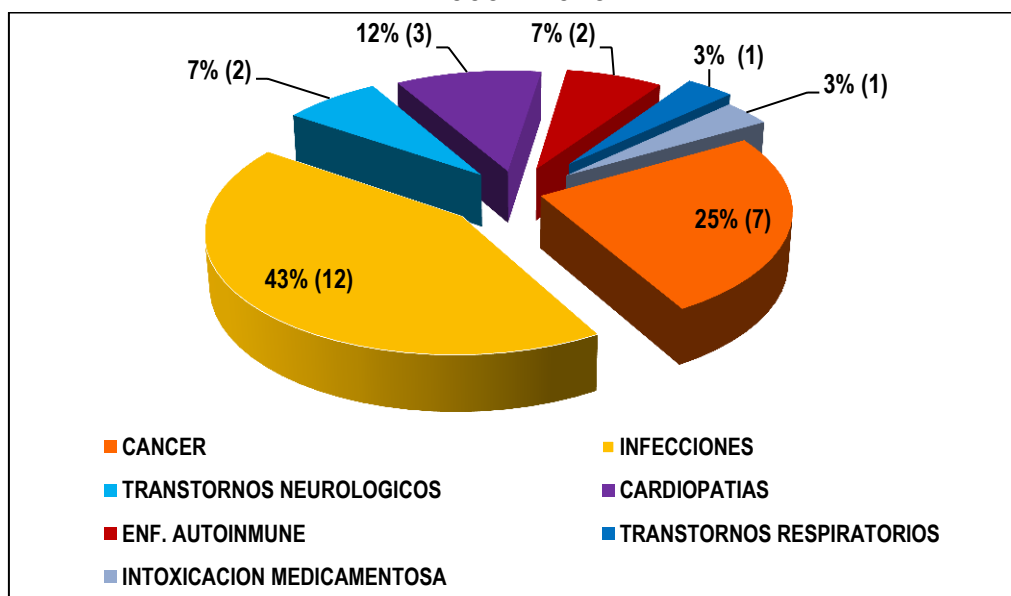
GRÁFICO N° 57.INMP: MUERTES MATERNAS DE CAUSA DIRECTA. 2006 – 2016



Fuente OESA - INMP

Dentro de las causas indirectas, la principal causa de muerte son las infecciones de origen no obstétrico (neumonías, tuberculosis y otras infecciones), en segundo lugar tenemos a las neoplasias terminales que afectan el embarazo y finalmente otros trastornos sistémicos que afectan a la madre (trastornos neurológicos, cardíacos, respiratorios, enfermedad autoinmune, etc.).

**GRÁFICO N° 58.INMP: MUERTES MATERNAS DE CAUSA INDIRECTA.
 2006 – 2016**



Fuente OESA – INMP

2.2.2.2 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. A continuación presentamos los datos del año 2016.

a. Muerte Neonatal.

En el año 2016 nacieron en el INMP un total de 22,060 recién nacidos vivos, falleciendo 246 neonatos; correspondiendo la Tasa de Mortalidad Neonatal a 11.15 por 1000 nacidos vivos.

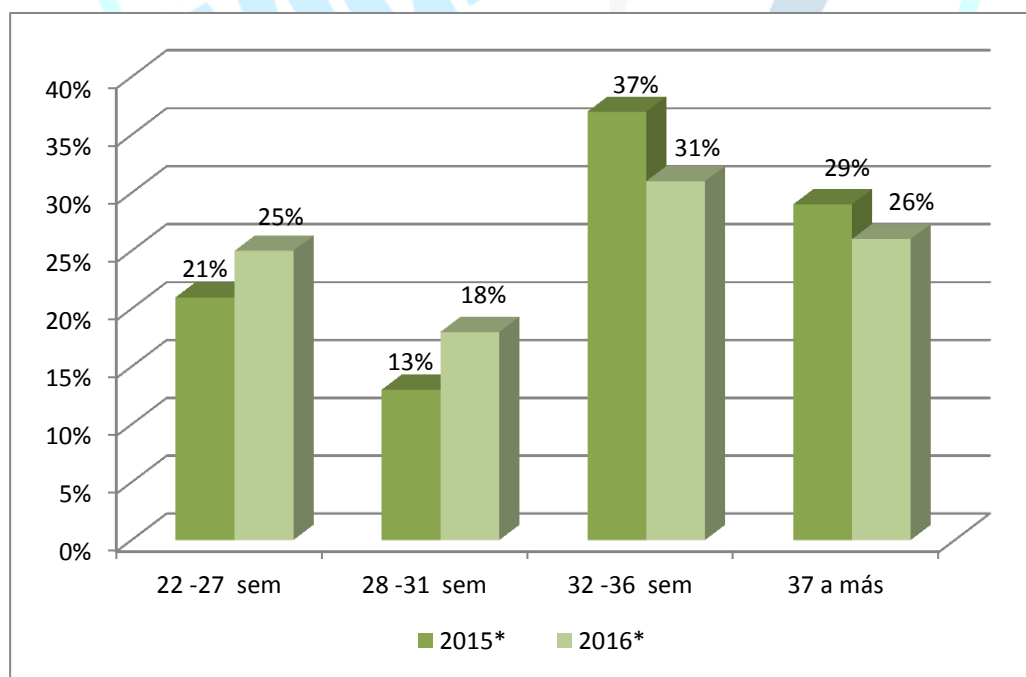
La mayoría de las muertes neonatales ocurrieron dentro de los primeros 7 días de nacido; así en el 2016 hubo un total de 194 muertes neonatales, la tasa de mortalidad neonatal precoz fue 8.79 por 1000 nacidos vivos.

TABLA N° 73. INMP: NÚMERO E INDICADORES DE MORTALIDAD PERINATAL. 2014 - 2016

<i>Indicadores</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
Total de Muertes Neonatales	158	175	246
Muertes Neonatales < 7 días	132	175	194
Total de Óbitos Fetales	203	198	232
Total de Nacidos Vivos	18,495	21,764	22,060
Tasa de Mortalidad Neonatal	8.54 X 1000 nv	8.04 X 1000 nv	11.15 X 1000 nv
Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	7.14 X 1000 nv	6.07 X 1000 nv	8.79 X 1000 nv
Tasa de Mortalidad Perinatal	18.11 X 1000 nv	15.03 x 1000 nv	19.11 X 1000 nv

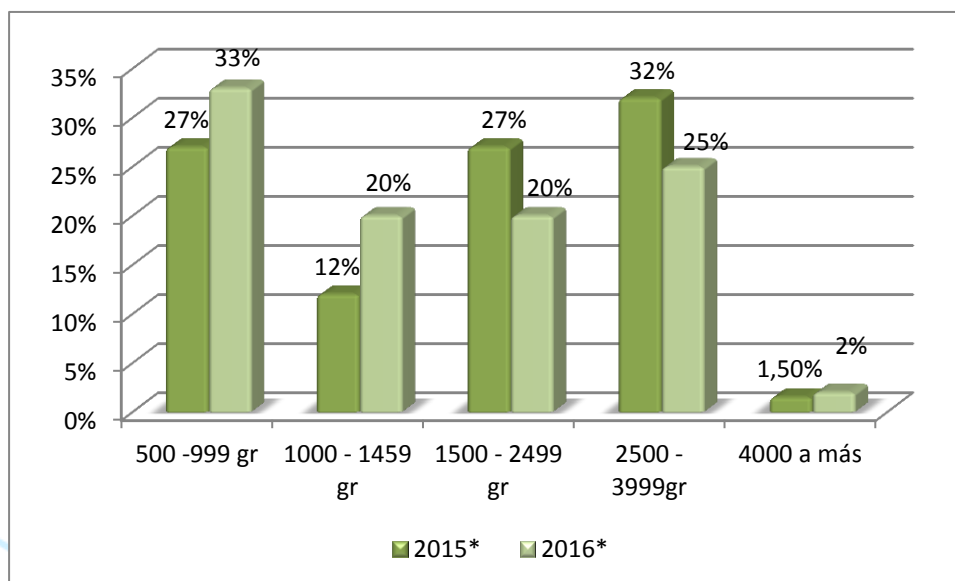
Fuente OESA -2016– INMP

GRÁFICO N°59.INMP: MUERTE NEONATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL. 2015-2016



Fuente OESA – INMP

GRÁFICO N° 60.INMP: MUERTE NEONATAL SEGÚN PESO AL NACER. 2015-2016



Fuente OESA – INMP

En los gráficos anteriores vemos que la prematuridad está presente en el 75% de los casos de muerte neonatal, siendo un condicionante importante de morbilidad severa y muerte.

También vemos que el 26% de los casos de muerte neonatal corresponde a gestaciones a término y neonatos con peso al nacer \geq a 2500 gr fue de 25% este es el grupo de casos que amerita investigación para determinar factores de riesgo que condicionaron la muerte.

TABLA N°74.INMP: CAUSAS AGRUPADAS DE MUERTE NEONATAL. 2016.

CAUSA	Nº	%
MALFORMACIONES CONGENITAS	117	48%
INFECCIONES	57	23%
ASFIXIA PERINATAL	31	13%
PREMATURIDAD EXTREMA	25	10%
SIND. DISTRES RESPIRATORIO	16	7%
TOTAL	246	100%

Fuente: Neonatología / OESA. INMP-2016.

En Tabla N° 74 observamos que las malformaciones congénitas y las infecciones son las causas más frecuentes de muerte neonatal.

Cuando observamos los casos de muertes neonatales, por peso al nacer y según patología de muerte, observamos en primer lugar que el mayor número de casos ocurren en menores de 1500 gr (129 casos, 52.4% del total de muertes), donde la principal causa de muerte en este grupo son las complicaciones infecciosas (43 del total de casos de < 1500 gr, que corresponde al 33.3%). En el grupo de 1500 a 2500 gr, el número de casos de muertes neonatales son 49 (19.9%) casos, grupo en el cual, la causa más frecuente de muerte neonatal son las malformaciones congénitas (33 casos del grupo de 1500 a 2500 gr, que corresponde a 67.3%). Finalmente, en el grupo de > 2500 gr, el número de casos de muertes neonatales fue 68 (27.6%) casos, en la cual la causa más frecuente de muerte son las malformaciones congénitas (53 casos del grupo de > 2500 gr, que corresponde al 77.9%).

TABLA N°75.INMP: CAUSAS DE MUERTE NEONATAL SEGÚN PESO AL NACER. 2016.

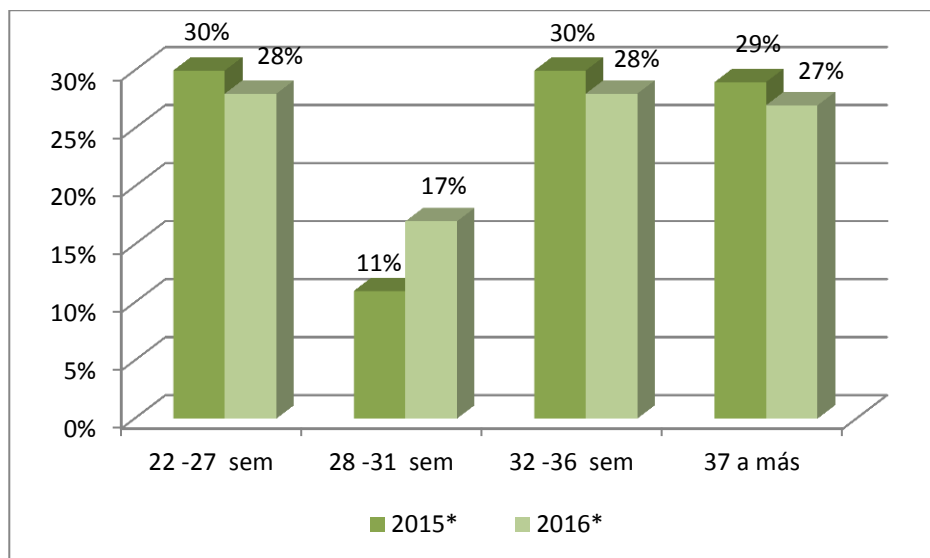
PATOLOGIA ASOCIADA	< 1500	1500 - 2500	>2500	TOTAL
MALFORMACION CONG.	31	33	53	117
INFECCIONES	43	7	7	57
ASFIXIA PERINATAL	19	5	6	30
PREMATURIDAD	25	0	0	25
SIND. DISTRES RESP.	11	4	2	17
TOTAL	129	49	68	246

Fuente: Neonatología / OESA. INMP-2016

b. Óbitos Fetales.

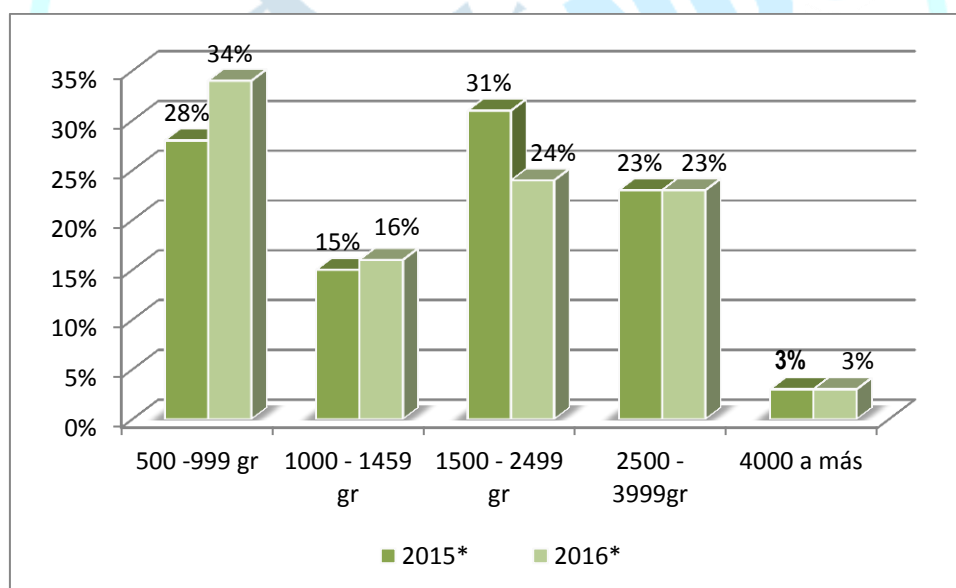
Los casos de óbitos fetales corresponden al 49% de las muertes perinatales para el 2016 en el INMP, con un total de 232 casos ocurridos en este periodo de tiempo. Los gráficos N° 61 y 62 muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

GRÁFICO N° 61.INMP: ÓBITOS FETALES SEGÚN EDAD GESTACIONAL. 2015-2016



Fuente OESA – INMP

GRÁFICO N° 62.INMP: ÓBITOS FETALES SEGÚN PESO AL NACER. 2015-2016



Fuente OESA – INMP.2016

Observamos que el 27% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y un 26% en fetos de peso ≥ 2500 gr, en quienes no esperamos este desenlace.

En la siguiente tabla apreciamos las causas de muerte determinadas por vigilancia epidemiológica con revisión de historias clínicas materna.

TABLA N° 76.INMP: CAUSA DE ÓBITOS FETALES. 2016.

CAUSA	N°	%
MALFORMACIONES CONGENITAS	82	35.3%
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	50	21.6%
FETO AFECTADO POR RPM PROLONGADO	18	7.8%
FETO AFECTADO POR OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	18	7.8%
MADRE AFECTADA POR COROAMNIONITIS	16	6.9%
MADRE AFECTADA POR PREECLAMPSIA SEVERA	15	6.5%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	13	5.6%
SINDROME DE TRANSFUSION FETO FETAL	5	2.2%
FETO AFECTADO POR INSUFICIENCIA PLACENTARIA	4	1.7%
MADRE AFECTADA POR SIFILIS	3	1.3%
MADRE AFECTADA POR SEPSIS FOCO URINARIO	3	1.3%
FETO AFECTADO POR PROLAPSO DE CORDON	2	0.9%
MADRE AFECTADA POR COLESTASIS GESTACIONAL	1	0.4%
MADRE AFECTADA POR VIH	1	0.4%
MADRE AFECTADA POR DIABETES GESTACIONAL	1	0.4%
TOTAL	232	100

Fuente OESA – INMP

El 35% de casos corresponde a fetos con malformaciones fetales; otro buen número de casos tiene que ver con las rupturas de membranas amnióticas, alteraciones del líquido amniótico y sus complicaciones como las Corioamnionitis (total 52 casos, que corresponde a un 22.4% del total); en tercer lugar los fetos afectados por madre con pre eclampsia (6.5% de los casos), los casos de Desprendimiento Prematuro de Placenta corresponde a un 5.6% de casos. Pero existe un buen número de casos que no tienen una causa definida (21%) en la que al realizar la evaluación de los mismos observamos que un buen número de ellos son pacientes sin control en la institución, o sin una evaluación prenatal adecuada y llegan directamente a atención por emergencia.

2.2.3 ANALISIS DE LA SALUD PERCIBIDA

- **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.

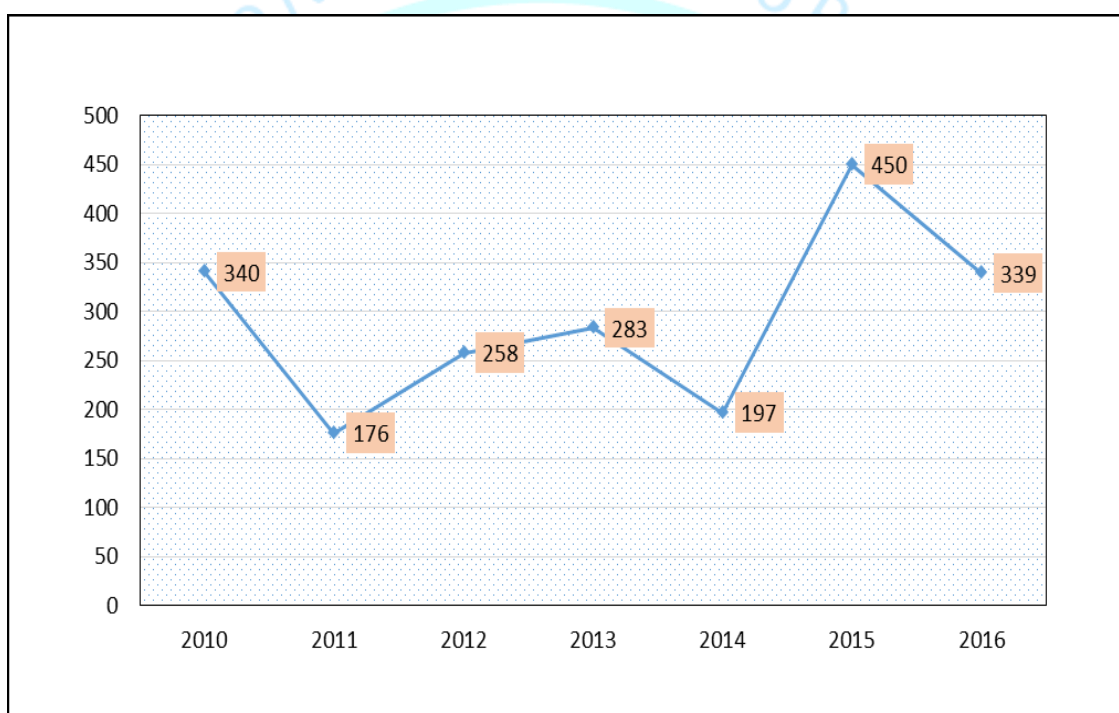
a. Número de Quejas

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 2016 se registraron un total de 339 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% fueron sugerencias.

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del total de quejas recepcionadas desde el año 2010 hasta el 2016. Existe un incremento notorio en el periodo 2015 debido a que existe un fortalecimiento de parte del personal de la Defensoría de la Salud y Transparencia, quienes reciben quejas y reclamos a través de un responsable.

GRÁFICO N° 63.INMP:TOTAL DE QUEJAS RECEPCIONADAS. 2010-2015.



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – INMP 2016

El 42% de las quejas es presentado por la usuaria, el 28% por la pareja y un 30% por otras personas cercanas a la paciente.

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 Bajo Tarifario Diferenciado (6%) y Consultorios Externos de Gineco Obstetricia (6%).

Al evaluar las quejas por grupo ocupacional, se observa que las quejas fueron dirigidas a 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.

b. **Satisfacción del usuario**

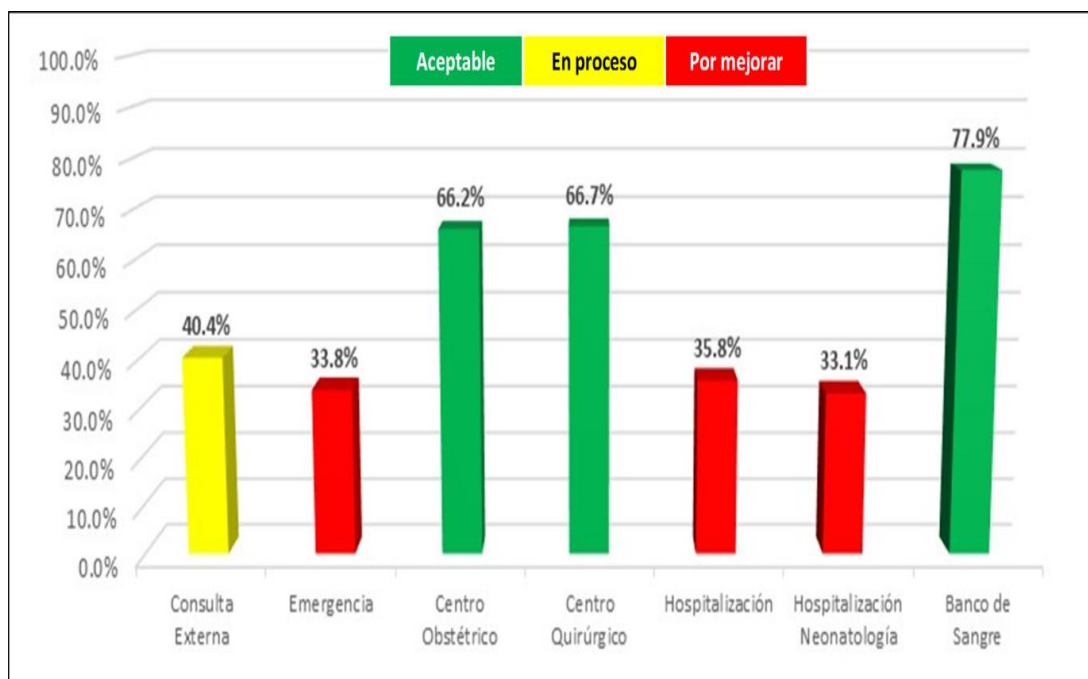
En lo referente a las **encuestas de satisfacción**, la Oficina de Gestión de la Calidad viene utilizando la encuesta SERVQUAL desde el año 2011, la cual es una encuesta presentada por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las Personas, instrumento validado en establecimientos de 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 y servicio oportuno (en admisión, derivación, caja, farmacia, SIS, laboratorio y ecografía).
- **Seguridad**: Transmitir credibilidad, atención sin riesgos, atención sin peligros, privacidad, evaluación física, información médica, consulta que se resuelve, paciente que se mejore.
- **Empatía**, priorización, atención sin discriminación, interculturalidad social, buen trato, respuesta a 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° 64.INMP: PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS. 2016



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-INMP.2016

Como se puede ver, hay mayor grado de insatisfacción de los usuarios que acuden al servicio de emergencia y a los servicios de hospitalización obstétrica y neonatología, por lo que se encuentran en situación de buscar estrategias de mejorar.

Para lograr las mejoras en la satisfacción del usuario se han socializado estos resultados con el equipo de gestión del INMP así como con las diferentes áreas de la institución.

Además se ha conformado un Comité que implemente el programa de Humanización de la Atención Obstétrica y Neonatal, con el que se espera se logre una mejor comunicación con los usuarios.

Los servicios de Banco de sangre, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico se encuentra un nivel aceptable en lo referente a la satisfacción del usuario

CAPITULO III.- IDENTIFICACION Y ANALISIS DE VULDERABILIDAD

3.1 IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

TABLA Nº 77 INMP: NIVEL DE SEGURIDAD DEL INSTITUTO SEGÚN UBICACIÓN GEOGRAFICA.2016

Amenazas	No existe amenaza	Bajo	Medio	Alto	Observaciones
Fenómenos geológicos					
Sismos			X		Por la ubicación dentro del mapa de riesgo sísmico de nuestro país.
Erupción volcánica	X				
Deslizamientos	X				
Tsunamis	X				
Fenómenos Hidro-meteorológicos					
Huracanes	X				
Lluvias torrenciales	X				
Penetraciones del mar o río		X			
Deslizamientos		X			
Otros (especificar)					
Fenómenos Sociales					
Concentraciones de población		X			Por estar en el radio del entorno de Lima metropolitana
Personas desplazadas		X			
Otros (especificar)					
Fenómenos sanitarios-ecológicos					
Epidemias		X			Debido a la población del entorno, podría ser vulnerable
Contaminación (sistema)		X			Contaminación como consecuencia de la cantidad de vehículos motorizados.
Plagas	X				
Otros (especificar)					
Fenómenos Químicos-tecnológicos					
Explosiones		X			Producto de la infraestructura del entorno y características comerciales de la zona
Incendios			X		
Fuga de mater. Peligrosos		X			
Otros(especificar)					
Propiedades Geotécnicas del suelo					
Licuefacción		X			
Suelo arcilloso	X				
Talud inestable	X				

Fuente: Unidad Funcional de Gestión de Riegos y Desastres.2016

La construcción del instituto data de 1825, con lo cual debido al transcurrir del tiempo la vida útil de los materiales utilizados es casi inexistente, más aun por los cambios en la normativa, la evolución generada en los códigos de diseño sísmo resistente en especial al control de deformaciones que involucra la capacidad de las edificaciones para poder conservar los elementos no estructurales, así como las cargas propias del diseño, se han observado modificaciones y ampliaciones.

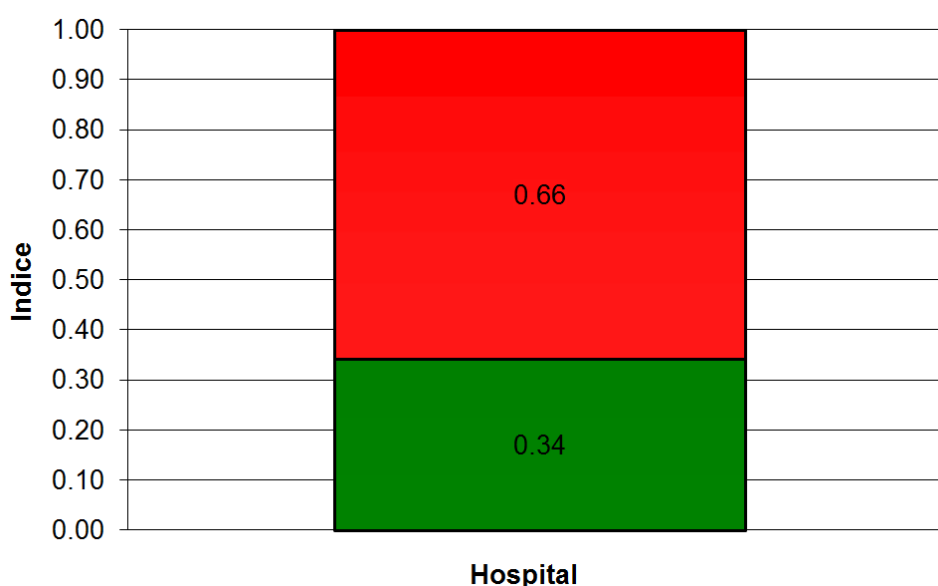
La característica más resaltante que se aprecia en la infraestructura es la antigüedad del establecimiento, la cual con el transcurrir del tiempo y según las necesidades ha incrementado sus servicios.

3.2. ANALISIS DE VULNERABILIDAD

La evaluación del Instituto Nacional Materno Perinatal mediante la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria, lo que contribuirá al análisis de la vulnerabilidad del establecimiento de salud.

El Índice de Seguridad Hospitalaria es una herramienta de evaluación rápida, confiable, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en caso de desastre y el Índice de Vulnerabilidad que determina la susceptibilidad o el nivel de un daño esperado en la infraestructura, equipamiento y funcionalidad de un establecimiento hospitalario frente a un desastre determinado. Ambos índices fueron aplicados a nuestra institución, presentado los siguientes resultados: 0.34 y 0.66 respectivamente, lo que lleva a clasificar en la categoría C.

GRAFICO Nº 65 INMP. ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA 2016.



Fuente: Unidad Funcional de Gestión de Riegos y Desastres.2016

El gráfico N° 65 representa el resultado total del ISH para el Instituto Nacional Materno Perinatal en el cual prevalece la vulnerabilidad en más del 50% reflejado con un indicador de 0.66, derivando el resultado del modelo matemático a la categoría “C”, lo cual nos lleva a considerar acciones inmediatas frente a las observaciones planteadas para cada componente a fin de llegar a la seguridad adecuada que debería tener el establecimiento de salud.



CAPITULO IV: DETERMINACION Y PRIORIZACION DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS

En Obstetricia:

- Fortalecimiento y coordinación con los centros de primer y segundo nivel de atención para el reordenamiento en la atención de la gestante con un adecuado manejo y referencias oportunas (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 siguiendo las líneas de investigación, con énfasis en temas de morbilidad materna extrema, trastornos hipertensivos en el embarazo, sepsis en el embarazo y parto pre término.
- Fortalecer la consejería de signos de alarma del post parto en pacientes egresadas; cesárea y partos vaginales
- Implementar la “Pirámide Invertida de la Atención Prenatal”, con fortalecimiento de la identificación de riesgos en el primer trimestre del embarazo que permita prevención temprana de las complicaciones maternas y replica de esta forma de atención en las diferentes regiones del país.
- Fortalecimiento del Sistema de Telemedicina, con énfasis en la atención de la paciente obstétrica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno y el Servicio de Medicina Fetal que permita el intercambio de experiencia manejo de casos entre las instituciones de salud de las diferentes regiones del país.
- Fortalecimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, sobre todo en el programa de planificación familiar con énfasis en los métodos de larga duración, principalmente para prevención de embarazo adolescente.

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 patología ginecológicas como unidad difusora en su entorno.

En Neonatología

- Elevar al MINSA propuesta descentralizar la atención neonatal a las regiones, siguiendo el modelo que maneja nuestra institución, que permita mejorar el sistema de redes de atención neonatal, sobre todo para el manejo de prematuros, con fortalecimiento de otras Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales en otras regiones del país.
- Revisión de indicación de alta para los neonatos hospitalizados en Intermedios, con el objetivo de disminuir las estancias prolongadas.
- Continuar con el aporte del Sistema de Telemedicina con los hospitales regionales en convenio, consideramos que es una estrategia valiosa para contribuir a la disminuir la morbi-mortalidad neonatal a nivel nacional.
- Considerar la ampliación del servicio de Cirugía Neonatal Intermedio V.

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 el plan de cada servicio.
- Dar énfasis al “Plan Bacteriemia Zero”, que ya inició en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno y que se replicará en los diferentes servicios de la institución en beneficio de la seguridad del paciente y la calidad de atención institucional.
- 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.

- Difundir en la población de los trabajadores de salud, la importancia del reporte de accidentes punzocortantes o de contacto con fluidos y los accidentes de trabajo, para una intervención oportuna y de esta manera contribuir en la disminución de accidentes en coordinación con la unidad Funcional de Seguridad y Salud del Trabajador.

Gestión de la Información:

- Fortalecer la coordinación de fuentes de información entre la Oficina de Estadística con las diferentes Jefaturas de Servicios, fortalecer la validación de la información de manera que se obtenga datos e indicadores únicos y oficiales.
- La oficina de estadística coordinara con las diferentes fuentes generadoras de información para unificar criterios de los indicadores necesarios para su publicación y difusión en el ASISHO del INMP.



CAPITULO V: RECOMENDACIONES

- Implementar el Plan Maestro que permita el desarrollo de la estructura de la institución, para satisfacer la demanda de la población que asiste.
- Fortalecer el cumplimiento de los planes preventivos de mantenimientos de los equipos de la institución para prevenir eventualidades.
- Implementar la Historia clínica electrónica para mejorar tiempos de espera en los pacientes.
- Mejorar la capacidad instalada de infraestructura en las diferentes bloques de la institución.
- Fortalecer la gestión de la calidad en el establecimiento a través del desarrollo de planes de mejoras por cada unidad prestadora de servicios.
- Fortalecer la gestión y manejo de residuos sólidos hospitalarios
- Impulsar una cultura de Seguridad del Paciente y Seguridad y Salud en el trabajo en un medio ambiente adecuado a través de la ejecución de intervenciones de comprobada eficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuaderno de Actas del Comité de Elaboración del Análisis Situacional de salud Hospitalario8 (ASISHO)
2. Directiva Sanitaria N° 01 DISAV LC /OEPI – V.01 – 2011: “Elaboración del análisis de situación de salud Hospitalario (ASISHO)
3. <http://www.inmp.gob.pe/institucional/mapa-de-ubicacion-del-inmp>
4. Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007. Instituto Nacional de estadística e informática(INEI)
5. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local. Documento Técnico con R.M. N°439-2015/MINSA.
6. Plan de desarrollo concertado 2015 -2021. Municipalidad de San Juan de Lurigancho
7. Boletín Estadístico 2015-2016,de la Oficina de Estadística e Informática del INMP.
8. Reporte de Índice de Seguridad del INMP.2012
9. Identificación de Peligros de Evaluación de Riesgo y Establecimiento de Controles (IPER) 2015.
10. Plan Estratégico institucional del Ministerio de Salud.2017-2019.
11. Índice de Seguridad Hospitalaria-INMP.2016. Informe de Evaluación.