GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N°.....116-2015-.....GR.CAJ/DRS-OE.GD.RRHH.....

Cajamarca, 09 FEB 2015

VISTO:

El oficio N° 019 – 2015 - GR.CAJ/DRS-DESP-AIS, de fecha 06 de febrero del 2015. De aprobación de Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud - Ley Nº 26842 en su título Preliminar III y VI establece que toda persona tiene derecho a la protección de salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea. Siendo responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004, se aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004- 2006, cuyo objetivo es reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, contando con la participación de los niveles, Regional y Local;

Que, de acuerdo a lo previsto en el artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobó por Decreto Supremo N°014-2002- SA, La Dirección General de Salud de Las Personas Establece normas y propone las políticas, prioridades y estrategias de atención en salud de las personas, con alcance sectorial e institucional;

Que, por Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, se aprobó, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004- 2006, cuyo objetivo general es reducir las Tasas de Mortalidad Materna Perinatal, a través de mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la Atención Prenatal Reenfocada y a la institucionalidad Calificada del Parto y Recién Nacido, haciendo uso de la adecuación intercultural;

Que, la Resolución Ministerial Nº 405-2005/MINSA, de fecha 30 de Mayo del 2005, reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como la única autoridad en salud en cada Gobierno Regional;

Que, por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, se aprobó, la NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna";

Que, por Resolución Regional Sectorial N°945-2014-GR.CAJ/DRS-DESP, se aprobó, la Directiva N° 01-2014-GR.CAJ/DRS-DESP-DAIS-ESR SSyR, "Directiva Sanitaria Para La Reducción De La Mortalidad Materna Y Perinatal En La Región Cajamarca", cuyo objetivo es la implementación de acciones orientadas a la prevención, vigilancia y control de la Mortalidad Materna y Perinatal;

Que, siendo la Región Cajamarca un departamento plurietnico, multicultural, con zonas de difícil acceso geográfico y en ese contexto, se hace necesario la aprobación de la **Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca.**

Estando a lo dispuesto por la Dirección General, y con las visaciones de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud Cajamarca; y

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y la Resolución Presidencial Regional N°729-2003-GR.CAJ/P, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N°...116-2015-.....GR.CAJ/DRS.-OE.GD.RRHH.....

Cajamarca, 09 FEB 2015

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR la Directiva Sanitaria Regional N° 001- 2015 -GR.CAJ-DRSC/DESP: **"Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca"**, que forma parte integrante de la presente Resolución.----------

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva, la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento normativo.----------

Regístrese y Comuníquese

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Segundo Carlos Zapatel Gordillo
DIRECTOR GENERAL

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA DIRECCIÓN GENERAL

Dr. Ejec. Salud de las Personas V°B° OSCAR AGUIRRE SANCHEZ DIRESA CAJAMARCA

COORDINACIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNO NEONATAL

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 116-2015- GR.CAJ/DRS-OE.GD.RRHH

Cajamarca, 09 FEB 2015

VISTO:

El oficio N° 019 – 2015 - GR.CAJ/DRS-DESP-AIS, de fecha 06 de febrero del 2015. De aprobación de Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud - Ley Nº 26842 en su título Preliminar III y VI establece que toda persona tiene derecho a la protección de salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea. Siendo responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004, se aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004- 2006, cuyo objetivo es reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, contando con la participación de los niveles, Regional y Local;

Que, de acuerdo a lo previsto en el artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobó por Decreto Supremo N°014-2002- SA, La Dirección General de Salud de Las Personas Establece normas y propone las políticas, prioridades y estrategias de atención en salud de las personas, con alcance sectorial e institucional;

Que, por Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, se aprobó, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004- 2006, cuyo objetivo general es reducir las Tasas de Mortalidad Materna Perinatal, a través de mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la Atención Prenatal Reenfocada y a la institucionalidad Calificada del Parto y Recién Nacido, haciendo uso de la adecuación intercultural;

Que, la Resolución Ministerial Nº 405-2005/MINSA, de fecha 30 de Mayo del 2005, reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como la única autoridad en salud en cada Gobierno Regional;

Que, por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, se aprobó, la NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna";

Que, por Resolución Regional Sectorial N°945-2014-GR.CAJ/DRS-DESP, se aprobó, la Directiva N° 01-2014-GR.CAJ/DRS-DESP-DAIS-ESR SSyR, "Directiva Sanitaria Para La Reducción De La Mortalidad Materna Y Perinatal En La Región Cajamarca", cuyo objetivo es la implementación de acciones orientadas a la prevención, vigilancia y control de la Mortalidad Materna y Perinatal;

Que, siendo la Región Cajamarca un departamento plurietnico, multicultural, con zonas de difícil acceso geográfico y en ese contexto, se hace necesario la aprobación de la **Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca.**

Estando a lo dispuesto por la Dirección General, y con las visaciones de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud Cajamarca; y

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y la Resolución Presidencial Regional N°729-2003-GR.CAJ/P, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA

RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N°...116-2015-.....GR.CAJ/DRS.-OE.GD.RRNH.....

Cajamarca, 09 FEB 2015

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR la Directiva Sanitaria Regional Nº 001- 2015 -GR.CAJ-DRSC/DESP: **"Directiva Sanitaria Regional de Procedimientos Para la Atención Prenatal Reenfocada en la Región Cajamarca"**, que forma parte integrante de la presente Resolución.----------

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva, la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento normativo.----------

Regístrese y Comuníquese

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Segundo Carlos Zapatel Gordillo
DIRECTOR GENERAL

Dir. Ejec. Salud de las Personas
Vº Bº
OSCAR AGUIRRE SANCHEZ
DIRESA CAJAMARCA

COORDINACIÓN
MATERNO NEONATAL

DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N° 001-2015-GR.CAJ/DRS/DESP

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
CAJAMARCA

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

EN LA REGION CAJAMARCA.

VERSION 01

Dir. Ejec. Salud de las Personas
V° B°
OSCAR AGUIRRE SANCHEZ
DIRESA CAJAMARCA

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
COORDINACIÓN
P.P. MATERNO NEONATAL

Cajamarca, Febrero 2015

DIRECTIVA SANITARIA REGIONAL N° 001-2015-GR.CAJ/DRS/DESP PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN LA REGION CAJAMARCA. VERSION 01

I. FINALIDAD:

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo concepcional.

II. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL

Lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Establecer las normas y los procedimientos técnico-administrativos, basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad durante la atención prenatal reenfocada.
- ✓ Fortalecer los procesos de gestión asegurando la disponibilidad de recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado en la atención integral de salud de la gestante.
- ✓ Contribuir al fortalecimiento de la organización y funciones de los establecimientos de salud que brindan atención de salud materna.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

Lo establecido en la presente Directiva es de aplicación y cumplimiento en todos los establecimientos públicos como privados que brinden servicios de salud en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Cajamarca.

IV. BASE LEGAL:

Ley Nº 26842, Ley General de Salud.

Ley N" 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N" 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.

Ley N" 28124, Ley de Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
Ley Nº 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
Ley N" 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos.

Decreto Legislativo N" 1161, Aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
Decreto Supremo N' 004-2007-SA, establecen el Listado Priorizado dé Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS.

Decreto Supremo Nº 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el Listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.

Resolución Ministerial N" 668-2004/MINSA, aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".

Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la NTS N' 0J 8-MINSA/DGSP-V.0J: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

Resolución Ministerial N" 179-2005/MINSA, que aprueba la NT N" 026. MINSA/OGE-V. 01: "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".

Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP- V. 01 "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".

Resolución Ministerial N" 536-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 032-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar"

Resolución Ministerial N" 598-2005/MINSA, aprueba la NTS Nº 033-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural".

Resolución Ministerial N" 713-2005/MINSA, aprueba la Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.

Resolución Ministerial N" 290-2006/MINSA, aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Resolución Ministerial Nº 453-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

Resolución Ministerial N" 638-2006/MINSA, aprueba la NTS N" 047-MINSA/DGPS-V. 01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".

Resolución Ministerial N" 674-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación".

Resolución Ministerial N" 695-2006/MINSA, aprueba la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".

Resolución Ministerial Nº 142-2007/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".

Resolución Ministerial N" 660-2007/MINSA, modifican el Reglamento del Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

Resolución Ministerial N" 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva"

Resolución Ministerial N" 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V. 01. "Norma Técnica de Salud que Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención en Salud, en la Familia y la Comunidad"

Resolución Ministerial N" 164-2009/MINSA, que aprueba la NTS N" 020-MINSA/DGSP V.01. "Directiva Sanitaria para la Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil en los Servicios de Planificación Familiar'.

Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015". Resolución Ministerial N" 223-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".

Resolución Ministerial N" 724-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Atención de la Paciente Gestante con Infección Respiratoria Aguda por Virus de Influenza en los Establecimientos de Salud".

Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N"078-MINSA/DGE-V.01 "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal".

Resolución Ministerial Nº 487-2010-MINSA, que aprueba las Guías Técnicas para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS).

Resolución Ministerial N° 634-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N" 036-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna".

Resolución Ministerial N" 361-2011/MINSA, aprueba la "Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal"

Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".

Resolución Ministerial N" 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N" 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud 'Categorías de Establecimientos del Sector salud".

Resolución Ministerial N" 556-2012IfálNSA, aprueba la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención".

Resolución Ministerial Nº 599-2012-MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".

Resolución Ministerial N" 853-2012-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N" 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.

Resolución Ministerial N" 946-2012/MINSA, aprueba la NTS Nº 064-2012-MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre niño del VIH y la Sífilis Congénita.

Resolución Ministerial N" 510-2013/MINSA, que aprueba la NTS N" 080-MINSA/DGSP V.03. "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

Atención de la gestante
Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.

Gestante atendida:
Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual.

Gestante controlada
Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.

Atención de gestante complicada
Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante que presenta patologías durante el embarazo, cumpliendo con el proceso de diagnóstico, estabilización y referencia (DER) según nivel de atención.

Atención prenatal reenfocada
Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Atención odontológica de la gestante
Conjunto de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante; incluye instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, realizada por el odontólogo.

Centro de Desarrollo de Competencias (CDC)
Es la denominación que se otorga al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva de la región, en donde se realizan actividades de mejora de capacidades, dirigidas al personal de salud, asistencial y administrativo; para que puedan brindar una atención de calidad a los problemas de salud priorizados.

Claves para el manejo de las emergencias obstétricas: Roja, Azul y Amarilla
Son guías para el manejo inmediato de la Hemorragia Obstétrica (Clave Roja), Hipertensión Inducida por el Embarazo (Clave Azul) y Sepsis Obstétrica (Clave Amarilla), que sistematizan el trabajo coordinado y simultáneo de los profesionales de salud y personal técnico para la atención de estos casos, en el primer nivel de atención y su referencia oportuna.

Ecografía Obstétrica:
Examen de ayuda al diagnóstico, será solicitada antes de las 20 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal fetal entre las 11 y 14 semanas. Se realiza en establecimientos que cuenten con equipamiento y personal capacitado. Incluye 2 exámenes durante el embarazo de 15 minutos cada uno.

Edad Gestacional
Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

Estimulación Prenatal
Conjunto de intervenciones que se realizan con la participación activa de la madre, el padre y la familia con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción y termina con el nacimiento. Se considera 6 sesiones por gestante.

Evaluación del Bienestar Fetal
Procedimiento que se realiza a la gestante, con el cual se determina el estado del feto, mediante monitorización clínica o electrónica de los movimientos fetales en relación a los latidos fetales y a las contracciones uterinas, las mismas que se solicitan según el caso, a partir de las 20 semanas de gestación, realizado por Médico Gineco Obstetra u Obstetra capacitado en Monitoreo de Bienestar fetal. Puede ser estresante y no estresante.

Morbilidad Materna Extrema (MME)
Es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Criterios de inclusión:
- ✓ Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque Séptico, choque hipovolémico.
- ✓ Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- ✓ Relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el post parto, post cesárea, o post aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

Plan de parto
Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, garantizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.

Psicoprofilaxis obstétrica
Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial. Se considera 6 sesiones por gestante.

SRQ
Tamizaje para determinar la ansiedad y/o depresión, la cual se deberá realizar en la primera atención prenatal. Si se encuentra alguna patología, realizar la interconsulta con el psicólogo.

Suplemento de ácido fólico
Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las trece semanas de gestación y a partir de las 14 semanas agregar al sulfato ferroso.

Suplemento de calcio
Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.

Tamizaje de violencia basada en género (VBG)
Es la aplicación de la Ficha de Tamizaje de VBG con el fin de hacer la detección de algún caso de violencia familiar contra la mujer.

Toma de muestra de Papanicolaou (PAP)
Prueba que consiste en extraer del cérvix uterino una muestra de células a través de una adecuada técnica para determinar la presencia de células normales o anormales. Se puede realizar a cualquier edad gestacional, siempre y cuando no se presente ningún factor de riesgo asociado: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, placenta previa, etc.

Vacunación en gestantes.
Administración de las vacunas: Es la administración de las vacunas según calendario vigente: aplicación de la vacuna difteria-tétanos (DT) con la finalidad de prevenir el tétanos neonatal.

- ✓ Protegida con DT: Gestante que recibe dos dosis de vacuna antitetánica (DT) durante el embarazo o que acredita con carné, estar en el período de protección y se aplica una nueva

dosis (DT).

- ✓ Gestante o puérpera vacunada para H1N1: gestante a partir del cuarto mes que recibe una dosis para la influenza estacional o en el puerperio.

Visita domiciliaria.

Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigida a la gestante, o puérpera, y aquellas que no acuden a su cita con un máximo de 72 horas de vencida la cita.

- ✓ Visita domiciliaria efectiva, cuando se le encuentra a la gestante en su domicilio y se le brinda el paquete de actividades correspondiente.

- ✓ Visita domiciliaria no efectiva, cuando no se encuentra a la gestante o puérpera en su domicilio. Se pueden considerar las siguientes causas:
  - Está fuera de su domicilio.
  - Domicilio falso
  - Ha migrado a otra comunidad
  - Se encuentra en su domicilio y no permite la atención.

5.2 DISPOSICIONES GENERALES DE LA ATENCIÓN MATERNA

5.2.1 Las DISAs/DIRESAs o las que hagan sus veces remitirán mensualmente los informes analizados de los casos de morbilidad materna extrema, muerte materna y fetal según corresponda a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.

5.2.2 Implementar con carnet perinatal, tecnologías perinatales

- ✓ Garantizar que todos los establecimientos de su jurisdicción, brinden atención prenatal por profesional de la salud.
- ✓ Garantizar la capacitación permanente del personal de salud en atención prenatal reenfocada debido al cambio permanente y rotación constante del personal de salud.
- ✓ Garantizar el abastecimiento adecuado y oportuno de equipamiento, productos farmacéuticos, reactivos de laboratorio, materiales de información y comunicación a la población.
- ✓ Garantizar una buena selección del personal de salud que brinda atención prenatal

5.2.3 La red de salud, debe tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ Asegurar que el conjunto de sus establecimientos haya captado al 100% de gestantes en su ámbito de influencia.
- ✓ Asegurar que los establecimientos de salud usen obligatoriamente la Historia Clínica Materno Perinatal y el Carné Perinatal, y brinde la atención básica de la gestante y refiriendo oportunamente a las gestantes con factores de riesgo o complicada a un establecimiento de mayor complejidad.

5.2.4 Todo establecimiento de salud debe:

- ✓ Cumplir con lo establecido en las normas para lograr que cada gestante reciba como mínimo 6 atenciones prenatales, de las cuales por lo menos la primera o segunda atención debe ser realizada por profesional médico ginecoobstetra, en su ausencia por médico cirujano con la finalidad de realizar el examen físico general minucioso, detectando alguna patología que pudiera complicar el embarazo.
- ✓ Contar en el establecimiento de salud de primer nivel de atención con profesional de salud para la atención integral de la gestante, garantizando la identificación, diagnóstico, estabilización, manejo y/o referencia oportuna.

- ✓ Las emergencias obstétricas y gestantes con morbilidad, deben ser referidas al establecimiento de mayor complejidad para su atención y evaluación por el médico gineco-obstetra, médico Intensivista, u otro médico especialista, con la participación del equipo multidisciplinario.
- ✓ Asegurar que a cada gestante se les realicen las pruebas de tamizaje (VIH y sífilis).
- ✓ Evaluar nutricionalmente a cada gestante, utilizando tablas del CLAP (peso, talla, edad gestacional) así como, detectar la anemia y brindar su tratamiento oportuno.
- ✓ Disponer las acciones para el seguimiento oportuno de gestantes y puérperas priorizando las que presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social.
- ✓ Disponer el cumplimiento del registro de todas las atenciones que se realizan en la madre.
- ✓ Asegurar la entrega gratuita y oportuna del certificado del recién nacida/o viva/o, siendo posible de sanción administrativa quien contravenga lo dispuesto.
- ✓ Los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, deben identificar y captar al 100% de gestantes de su comunidad (búsqueda activa), siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, haciendo uso del mapeo o radar de gestantes y del sistema de vigilancia comunitaria, u otro utilizado por la institución.
- ✓ Los establecimientos de salud públicos que cumplen funciones obstétricas y neonatales deben usar obligatoriamente la Historia Clínica Materno Perinatal, y garantizar la atención básica de la gestante identificando los signos de alarma y refiriendo oportunamente a un establecimiento de mayor complejidad.
- ✓ Asegurar la elaboración del Plan de Parto a fin de promover el parto institucional.
- ✓ Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención materna según nivel de atención, realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

6.1. COMPONENTE DE PRESTACIÓN:

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbi- mortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.
La atención prenatal debe ser realizada por médico Gíneco-Obstetra, médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En establecimientos donde no existan dichos profesionales, puede ser realizado por la enfermera u otro profesional o personal de salud capacitado en atención de gestantes.

Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por medico gíneco-obstetra.
Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.

Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.

En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.

Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.

Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.

Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.

Detección y manejo temprano de complicaciones.

Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.

Promover y preparar para la lactancia materna.

Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.

En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gíneco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gíneco-obstetra.

6.1.1. Consultas en la atención prenatal reenfocada:

6.1.1.1. Aspectos específicos para la primera consulta:

- ✓ Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal, Derechos y responsabilidades de la atención prenatal) y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.
- ✓ Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopía para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- ✓ La segunda batería de gestante (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de realizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- ✓ Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.
- ✓ En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

6.1.1.2. Procedimientos de la primera atención prenatal:

a) Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

- ✓ Anamnesis: Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
- ✓ Examen físico: Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, odontoestomatológico, etc)
  - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
  - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en

las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pre gestacional del CENAN.

- Valorar el edema:
  0 : No presenta edema
  1+ : Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto
  2+ : Edema evidente sólo en miembros inferiores
  3+ : Edema de miembros inferiores, superiores y cara
  4+ : Anasarca con ascitis
- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM >106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
- Evaluar reflejos osteotendinosos:
  0 : Arreflexia o ausencia de reflejos
  1+ : Hiporreflexia
  2+ : Normal
  3+ : Hiperreflexia o reflejos aumentados
  4+ : Reflejos exaltados, presencia de clonus.

✓ Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.

✓ Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente.

b) Examen obstétrico completo:

✓ Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardíacos fetales y movimientos fetales.

✓ Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS. Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.

✓ Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).

c) Exámenes auxiliares basales:

✓ Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico). Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, uro cultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.

✓ Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas. Se deberán realizar una ecografía por trimestre. Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades.

✓ Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas. Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL CAJAMARCA

Dir. Ejec. Salud de las Personas V° B° OSCAR AGUIRRE SANCHEZ DIRESA CAJAMARCA

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD COORDINACIÓN P.P. MATERNO NEONATAL

- ✓ Prueba de glicemia en ayunas: Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105. Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, poli hidramnios, macrosomia fetal.
- ✓ Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivo en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).

d) Prescripción de ácido fólico:
Prescripción y entrega de ácido fólico a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre hasta las trece semanas.

e) Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso:
Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.

f) Prescripción de calcio:
Prescripción y entrega de calcio durante la gestación de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto

g) Evaluación odontológica
De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.

h) Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional
La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna D T al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.
Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

i) Información para la gestante en la primera consulta:
- ✓ Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- ✓ Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinitus, escotomas, acufenos, epigastralgias, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.
- ✓ Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- ✓ Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio. Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- ✓ Informar *sobre* los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- ✓ Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.

j) Mantener los registros completos:
- ✓ Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.
- ✓ Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud
- ✓ Registrar la entrevista del plan de parto
- ✓ Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.
- ✓ Registrar la atención en el formato de registro del HIS/SIS.

k) Referencia en caso de complicación obstétrica:

- ✓ Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
- ✓ La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
- ✓ Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra.

6.1.1.3. Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

a) En todas las consultas siguientes:

- ✓ Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral.
- ✓ Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
- ✓ Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
- ✓ Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
- ✓ Realizar prueba de proteinuria con ácido Sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- ✓ Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
- ✓ Interpretación de exámenes auxiliares.
- ✓ Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

b) A partir de las 28 semanas:

- ✓ Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos. Control de latidos cardíacos fetales.
- ✓ Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- ✓ Realizar prueba de Gantt o Rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.
- ✓ Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio. Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.

c) A partir de las 35 semanas:

- ✓ Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- ✓ Determinación del encajamiento fetal.
- ✓ Determinación de la presentación fetal.
- ✓ Reevaluación del estado general materno. Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- ✓ Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- ✓ Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.
- ✓ Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea efectiva a fin de ser programada oportunamente.
- ✓ Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia.

- ✓ En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional.

d) Signos y síntomas de alarma:

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, según el caso para su atención:

- ✓ Náuseas y vómitos incoercibles.
- ✓ Disuria. Fiebre/escalofríos. Sangrado vaginal. Desmayo o mareos Convulsiones.
- ✓ Hinchazón de cara, manos y pies.
- ✓ Pérdida de líquido amniótico.
- ✓ Disminución o ausencia de movimientos fetales. Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación Alteraciones psicoafectivas.
- ✓ Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- ✓ Complicaciones del embarazo.
- ✓ Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- ✓ Accidentes y traumatismos.
- ✓ Otras que determine el médico gíneco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención.
En zonas endémicas además se debe considerar:

- ✓ Tratamiento antiparasitario
- ✓ Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto.
- ✓ Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

6.2. ACTIVIDADES DE CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Implementar intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes. Incluye el plan de parto.

Los establecimientos de salud deben implementar el radar de gestante y/o tarjetero y/o mapeo y el libro de seguimiento de la gestante y en todos los establecimientos del primer nivel de atención.

Los establecimientos de salud deben garantizar la elaboración del plan de parto en la segunda y tercera entrevista la misma que se efectúa en el domicilio de la gestante, a fin de promover el parto institucional.

Los establecimientos de salud deben garantizar el seguimiento de gestantes según su condición de riesgo.

6.2.1. Intervención:

6.2.1.1. Búsqueda Activa:

- ✓ Identificar y captar el 100 % de gestantes de la jurisdicción, siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, según Modelo de la Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad.

- ✓ El personal de salud realizará la búsqueda activa de gestantes en estrecha coordinación con los agentes comunitarios de salud, lo que permitirá detectar, educar, prevenir, intervenir y controlar oportunamente sus condicionantes de riesgo biopsicosocial.
- ✓ Se brindarán estrategias diferenciadas en la búsqueda de gestantes adolescentes involucrando a todos los actores locales.

6.2.1.2. Paquete de actividades de la búsqueda activa.

- ✓ Informar a la gestante, pareja o familia, acerca de la importancia de la atención prenatal, atención del parto institucional, atención del puerperio y atención del recién nacido en establecimiento de salud.
- ✓ Informar sobre la inscripción y beneficios del Seguro Integral de Salud.
- ✓ Informar sobre la inscripción del recién nacido/da en la RENIEC.
- ✓ Programar una cita en el establecimiento de salud dentro de los primeros siete días de la fecha de visita.

6.2.1.3. Visita domiciliaria.

- ✓ Realizar la visita domiciliaria a gestantes que no acuden oportunamente a su Atención Prenatal, a fin de orientar y sensibilizar a la familia sobre la importancia de la Atención Prenatal Reenfocada y verificar la presencia de riesgo social y/o signos de alarma.
- ✓ Gestante que no acude a su cita en el primer trimestre de gestación realizará la visita en un máximo de diez días de pasada la cita prevista.
- ✓ Gestante que no acude a su cita en el segundo trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de siete días de pasada la cita prevista.
- ✓ Gestante que no acude a su cita en el tercer trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de 48 horas de pasada la cita prevista.

6.2.1.4. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante

- ✓ Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- ✓ Informa r a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- ✓ Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- ✓ Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- ✓ Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- ✓ Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- ✓ Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

6.2.1.5. Plan de Parto:

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- ✓ Primera Entrevista: se elabora en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decida todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.

- ✓ Segunda entrevista: Se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- ✓ Tercera entrevista: Se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas.
- ✓ En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta prenatal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

6.2.2. Instrumentos:

6.2.2.1. Radar de Gestante:

- ✓ Es de aplicación obligatoria en el primer nivel de atención.
- ✓ Su cumplimiento es responsabilidad del Jefe del Establecimiento y Responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.
- ✓ El radar de gestantes debe ser un instrumento sencillo y estar ubicado en los consultorios de atención a las gestantes o sala situacional del establecimiento.
- ✓ El radar debe identificar los tramos de accesibilidad (tipo de carretera), distancia (km), tiempo (hora) al establecimiento de Salud.
- ✓ El radar debe diferenciar a las gestantes según factor de riesgo: adolescente, nulípara, multípara, complicada, abandonada, etc.
- ✓ Su actualización se realizará de manera semanal, determinando el día de acuerdo a la realidad local, con la finalidad de registrar los cambios ocurridos con las gestantes incluyendo a nuevas gestantes, las que tuvieron un parto o aborto, las que acudieron o no a su atención prenatal.
- ✓ El responsable de salud materna deberá socializar la situación actual del radar al equipo de salud y a los agentes comunitarios de salud, cada siete días y deberán cruzar información de partos esperados para el mes y relación de gestantes que no acuden a su atención prenatal (reportes obtenidos del SIP 2000 y/ o Libro de Registro de Seguimiento actualizado de Gestantes y Puérperas).
- ✓ Para identificar la ubicación de las Gestantes en el Radar se considera:
  - Gestante o puérpera que acude a su cita: identificar con chinche u otro diseño de color NEGRO.
  - Gestante o puérpera que no acude a su cita: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color ROJO.
  - Gestante con detección de complicaciones: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AMARILLO.
  - Gestante con Fecha Probable de Parto (FPP) próximo: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color VERDE.
  - Gestante con riesgo social: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AZUL

6.2.2.2. Libro de seguimiento o Padrón de Gestante:

- ✓ Las gestantes y puérperas están sujetas a vigilancia y seguimiento y deberán estar registradas en el libro de seguimiento para su monitoreo respectivo y toma de decisiones.
- ✓ Todos los establecimientos de salud, públicos y privados deben contar con el libro de seguimiento o padrón de gestantes donde se debe anotar las gestantes atendidas en el día.
- ✓ En la primera consulta, se anota nombre y datos completos de la gestante según solicita el libro de registro. En las consultas siguientes se buscará el nombre de la gestante, de acuerdo al día en que acudió a su primera consulta, donde se registrará, sucesivamente, la fecha el número de atención, los avances de acuerdo a la evolución del embarazo y finalmente la fecha de próxima cita.

6.2.2.3. Instrumentos e Insumos para la visita domiciliaria:

- ✓ La visita domiciliaria se programa teniendo en cuenta las gestantes que no acuden a la cita prevista, gestantes con fecha probable de parto para el mes, gestantes con factor de riesgo y gestantes nuevas atendidas, datos obtenidos del radar de gestantes, el libro de seguimiento o padrón de gestantes, reportes del SIP 20ü0 y cuaderno de visitas domiciliarias. Es necesario asegurar visitas efectivas.
- ✓ La visita domiciliaria se prepara a través de un plan de visita personalizado según el caso o motivo de visita.
- ✓ Dependiendo del plan de visita personalizado se deben tener en cuenta los siguientes insumos:
  - Ficha de plan de parto o Registro de Visitas domiciliarias.
  - Rota folio de salud materna y perinatal
  - Carné Materno Perinatal.
  - Termómetro
  - Estetoscopio.
  - Fetoscopio de Pinard
  - Tensiómetro
  - Linterna
  - Guantes
  - Cinta Obstétrica
  - Gestograma de bolsillo
  - Kit Completo de Pruebas rápidas para VIH/SIDA y Sífilis o Hemoglobinómetro
  - Toalla descartable
  - Alcohol Gel
  - Frasco recolector de esputo (descartable)
  - Folletería relacionada a salud materna perinatal
- ✓ Registro de Gestantes y Puérperas que recibieron la visita domiciliaria
- ✓ Las visitas correspondientes a plan de parto, se registrarán en el instrumento de plan de parto.
- ✓ Las visitas correspondientes al seguimiento de gestantes y puérperas se registrarán en la ficha de visita domiciliaria.
- ✓ Una copia de ambos registros debe quedar en la historia clínica y deben, además, registrarse en el cuaderno de visitas especificando el motivo de visita: plan de parto o seguimiento, siendo responsabilidad de la profesional que realiza la visita domiciliaria.

6.3. COMPONENTE DE GESTIÓN

Los niveles de dirección de los establecimientos de salud y unidades ejecutoras deben incluir en el Plan Operativo Anual las actividades y metas operativas para la salud materna incluyendo el realizar actividades de monitoreo, supervisión y evaluación; utilizando indicadores de proceso, resultado e impacto.

6.3.1. PLANIFICACION LOCAL DE LA ATENCIÓN.

6.3.1.1. Criterios para la planificación

- ✓ Evolución histórica de la demanda.
- ✓ Recursos disponibles.
- ✓ Factores socioeconómicos, geográficos y culturales.

6.3.1.2. Resultados esperados

- ✓ Incrementar la cobertura de gestantes controladas.
- ✓ Incrementar la cobertura de partos institucionales.
- ✓ Disminuir los partos domiciliarios
- ✓ Disminuir el embarazo en adolescentes.
- ✓ Disminuir la prevalencia de anemia en gestantes.
- ✓ Disminuir el número de abortos inseguros.
- ✓ Disminuir la incidencia de partos prematuros.
- ✓ Incrementar el inicio de la lactancia en la primera hora.
- ✓ Disminuir los casos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)
- ✓ Disminuir la prevalencia de tétanos neonatal.
- ✓ Disminuir la transmisión vertical de VIH y sífilis.
- ✓ Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- ✓ Disminuir la letalidad materna.
- ✓ Disminuir la razón de mortalidad materna (RMM).
- ✓ Disminuir la tasa de mortalidad perinatal (TMP).
- ✓ Disminuir la tasa de complicaciones obstétricas.
- ✓ Disminuir la tasa de cesáreas innecesarias.

6.3.1.3. Recursos necesarios

- ✓ Historia Clínica Materno Perinatal.
- ✓ Carné Prenatal.
- ✓ Aplicativo Analítico SIP 2000.
- ✓ Suplemento de hierro, ácido fólico, calcio y vitamina A.
- ✓ Contar con el paquete completo de insumos de laboratorio.
- ✓ Paquete de medicinas e insumos para las principales emergencias Obstétricas: clave roja, azul y amarilla, según norma vigente.

6.3.2. MONITOREO SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA TECNICA.

La Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Niño del nivel nacional y regional conjuntamente con los equipos de epidemiología y estadística e informática, analizarán la información epidemiológica registrada sobre morbilidad y mortalidad materna perinatal basándose en los siguientes criterios:

a) Las actividades de supervisión y asistencia técnica de las distintas redes, micro redes y hospitales son de responsabilidad de las direcciones de salud/direcciones regionales de salud y tiene como objetivo evaluar el desempeño de los equipos locales de salud, intercambiar experiencias y retroalimentar la gestión de acuerdo a los resultados de las evaluaciones. Se desarrolla como un proceso educativo, donde se identifican problemas de gestión y calidad en el trabajo y se recomiendan acciones para resolverlos o superarlos.

b) Durante la visita de monitoreo, supervisión y asistencia técnica, el equipo de salud y los/las coordinadores/as prestarán particular atención a:

- ✓ El análisis de las muertes maternas y perinatales se realizan cumpliendo con las disposiciones del Comité Nacional y los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- ✓ El manejo estandarizado según las guías de práctica clínica aplicando las listas de chequeo para la atención de las emergencias obstétricas, según nivel de capacidad resolutiva, y los estándares e indicadores de calidad en la atención materna.
- ✓ Notificación de los casos de muerte materna, según norma

- ✓ Notificación de los casos de VIH/SIDA y sífilis congénita según norma.
- ✓ La implementación de normas de bioseguridad y su cumplimiento para la prevención de la transmisión de infecciones.
- ✓ El registro estadístico de los casos y situaciones de violencia doméstica intrafamiliar y sexual, explotación y abuso sexual.

c) La periodicidad de las actividades de monitoreo, supervisión y asistencia técnica se realizará de la siguiente manera:

- ✓ Del nivel regional al hospital y redes 2 veces al año.
- ✓ De red a micro red y establecimientos del primer nivel en forma mensual o según necesidad y accesibilidad.
- ✓ Del establecimiento de salud a los agentes comunitarios y organizaciones comunales de la jurisdicción en forma permanente.

d) El seguimiento y monitoreo debe considerar aspectos como:

- ✓ Conformación de la red obstétrica.
- ✓ Competencia del recurso humano.
- ✓ Calidad técnica de los servicios y satisfacción de usuarios.
- ✓ Vigilancia comunitaria en coordinación con los servicios de salud.
- ✓ Gestión intra e intersectorial.
- ✓ Gestión de medicamentos e insumos.
- ✓ Aseguramiento universal de salud.
- ✓ Estrategias locales para la prevención de complicaciones de la madre.

e) El instrumento de monitoreo, supervisión y asistencia técnica a utilizar por el nivel central es la Ficha de Asistencia Técnica Especializada en Salud Materna la que podría ser adecuada en las regiones para sus niveles operativos.

6.3.3. EVALUACIÓN.

Los establecimientos de salud del sector público deben:

a) Cumplir con los objetivos y metas propuestos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Etapa de Vida Niño, de acuerdo al Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015.

b) Cumplir con los criterios establecidos en los estándares e indicadores de calidad de la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales.

c) Evaluar los indicadores de proceso, resultado e impacto de la estrategia implementada para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

d) La evaluación se realizará con una periodicidad semestral a nivel regional y trimestral en las unidades operativas del nivel local, teniendo en cuenta el corto, mediano y largo plazo para el cumplimiento de metas.

6.3.4. INDICADORES

Se utilizarán los indicadores propuestos por los siguientes documentos técnicos a fin de medir las actividades en salud materna:

a) Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.

b) Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los Establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales

c) Definiciones operacionales y criterios de programación del programa estratégico materno neonatal en el marco de presupuesto por resultados

d) Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Perinatal

e) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna

6.3.5. INFORMACIÓN

El sistema de información, registra, procesa, consolida y analiza las actividades de atención en salud materna y perinatal que se realiza en todos los establecimientos de salud del sector. La información debe contener los datos requeridos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Niño, según niveles de complejidad.

Fuentes de información:
Las principales fuentes de información utilizadas en salud materna y perinatal, que se manejan desde el Ministerio de Salud son:

a) Sistema HIS:
- ✓ Registro diario de actividades
- ✓ Reporte 40 (del HIS)

b) Aplicativo Analítico SIP 2000:
- ✓ Historia clínica materno perinatal
- ✓ Carné de atención materno perinatal
- ✓ Reportes del sistema

c) Informes de Gestión de Servicios Matemos:
- ✓ Producción de servicios de salud materna.
- ✓ Notificación mensual de defunción materna
- ✓ Reporte de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)
- ✓ Reporte de los estándares e indicadores de calidad de atención materna

d) Sistema de referencia y contra referencia:
- ✓ Ficha de referencia
- ✓ Ficha de contra referencia

e) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna:
- ✓ Ficha de notificación inmediata
- ✓ Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna

f) Seguro Integral de Salud (SIS)
- ✓ Formato Único de Atención

Registros básicos:
Historia Clínica Materno Perinatal.- Es un instrumento desarrollado en base a una metodología sistemática con el objetivo de satisfacer las necesidades de información en la atención de la gestante, puérpera y recién nacido, está constituida por cinco páginas. La historia es llenada tanto en consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico y servicio de neonatología.

Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.- Se encuentra ubicado en los consultorios que brindan atención prenatal y control de puerperio de los establecimientos de salud; el personal de salud que realizan en su momento dicha atención es el responsable de registrar los datos en el libro correspondiente.

Libro de Registro de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal.- Se encuentra ubicado en el lugar donde realizan la actividad; el profesional de Obstetricia que realiza psicoprofilaxis es la/el responsable de registrar los datos en el libro correspondiente.

Flujos de Información:
Para efectos del proceso de consolidación de la información mensual de producción de

servicios materno perinatal.

6.3.6. PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN

Los jefes/responsables de los Departamentos/Servicios de Atención Gineco-Obstétrica y las/los coordinadoras/es de la ESRSSR en coordinación con la Oficina de Comunicaciones implementarán planes de IEC en prevención de la morbilidad y mortalidad materna fomentando una maternidad saludable y segura, dirigidos a personal de los servicios de salud, centros educativos, redes sociales y a los decidores políticos de los sectores de educación, salud, protección social, etc., aprovechando las distintas instancias de participación.

Las/los coordinadoras/es de la ESRSSR en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, promoverán el auto cuidado de la salud, fortaleciendo el empoderamiento y la autonomía de la mujer para un ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, maternidad/paternidad responsable, voluntaria y sin riesgos.

6.3.7. GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD MATERNA

En el marco de los procesos de mejora de la calidad de los servicios que cumplen funciones obstétricas y neonatales, las regiones deben capacitar a su personal en los centros de desarrollo de competencias (CDC), que permita tener al personal actualizado y con las competencias para resolver las emergencias obstétricas. Los centros de capacitación deben ser implementados en los EESS estratégicos.

Para determinar los CDC es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

La sede del CDC regional para emergencias obstétricas debe ser el hospital con mayor capacidad resolutiva de la región: establecimiento que cumple FONE o FONI.

a) Las sedes de pasantía para parto vertical, atención prenatal reenfocada, violencia basada en género y otros deben ubicarse en establecimientos que cumplen FONB, FONE y FONI.
b) Las sedes deben cumplir con el 80% de los estándares e indicadores de acuerdo al Documento Técnico 'Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales" que permita ofrecer experiencias de aprendizaje a los participantes a fin de lograr las competencias previstas según nivel de atención.
c) El equipo de gestión, los jefes de los servicios y los trabajadores de las sedes de capacitación deben manifestar una actitud de compromiso, para ofrecer servicios de capacitación y asistencia técnica.

Las Direcciones de Salud/ Direcciones Regionales de Salud deben:

a) Identificar las necesidades y brechas en el sistema de capacitación regional para la atención materna y perinatal.

b) Identificar y determinar los establecimientos candidatos a sedes de capacitación (CDC) regional y sedes de pasantía.
c) Determinar el flujo de capacitación para lo cual es necesario la identificación y priorización de las redes y micro redes de salud que inician el proceso de capacitación.
d) Solicitar la calificación como sede docente a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
e) Determinar la modalidad de capacitación:

- ✓ Talleres regionales o locales según nivel de atención
- ✓ Capacitación en servicio
- ✓ Pasantía en establecimientos calificados como CDC o Sedes de Pasantías

6.3.8. INVESTIGACIÓN EN SALUD MATERNA

Los jefes/responsables de los Departamentos/Servicios de Atención Gíneco- Obstétrica, las/los coordinadoras/es regionales de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y

Reproductiva, promoverán la investigación operativa en temas de salud materna, según corresponda, determinando las líneas de investigación a través de talleres con los establecimientos de su jurisdicción.

6.4. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe organizar la red de atención garantizando la ubicación estratégica de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales.

La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe contar con un Banco de Sangre y organizar su Red de Hemoterapia según normatividad vigente

La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe asegurar el buen funcionamiento del Centro Regional de Referencias, Urgencias y Emergencias, según normatividad vigente, quienes coordinarán con el CENARUE nacional y el SAMU

Los establecimientos de salud deben garantizar los recursos necesarios para el manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a la categoría del establecimiento.

Para el cuidado integral de la gestante se debe promover la participación de la familia y la comunidad.

6.4.1. Referencia y Contra referencia en salud materna

El sistema de referencia y contra referencia debe esta r operativo en todos los niveles de atención, según normatividad vigente, que facilite el acceso y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas, a establecimientos con capacidad resolutiva.

En salud materna debe contemplar el tiempo de sobrevivencia ante una complicación obstétrica. El sistema de referencia y contra referencia debe trabajar en estrecha coordinación con el CENARUE y el SAMU.

Medios de Comunicación

En el marco de la reducción de la mortalidad materna, los medios de comunicación juegan un papel importante:

- ✓ Todos los establecimientos de salud deben garantizar que los medios de comunicación como radios, teléfono fijo, celulares, etc. se mantengan operativos permanentemente las 24 horas del día y con el personal programado según rol de turnos para la recepción de la información
- ✓ Frente a la eventualidad de una Emergencia Obstétrica, la notificación es inmediata dentro de las 24 horas y obligatoria a la cabecera de Micro red, la misma que debe monitorizar, registrar y comunicar a la Red de Servicios de Salud, quien comunicará a la DISA/DIRESA
- ✓ Promover en las comunidades que cuenten con radio operador, conozcan la frecuencia del Ministerio de salud así como su indicativo, para la notificación comunal de casos de Gestantes con signos de alarma (Trabajo de Parto y Emergencias obstétricas).
- ✓ Las Gestantes Migrantes o Transeúntes que no corresponden a la jurisdicción del Establecimiento de Salud deben ser notificadas a las cabeceras de Micro redes/Redes de Salud y DIRESAS/DISAS y en el caso que la gestante retorna a su Lugar de origen comunicar al establecimiento de salud para la continuidad de su atención.

6.4.2. Organización de la comunidad frente a las complicaciones maternas:

Implementar acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial, de acuerdo al Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad que permita:

- ✓ Coordinar para contar con medios de comunicación y transpone comunitarios.
- ✓ Coordinar y promover un plan para la donación de sangre y/o donantes potenciales de sangre en caso de emergencia.
- ✓ Promover un esquema financiero de la familia y comunidad para gastos imprevistos.
- ✓ Contar con un sistema de referencia comunal operativo.

6.4.3. Casas de Espera Materna

Estrategia de cogestión con autoridades locales y comunidad que permite mejorar la accesibilidad de las gestantes a los servicios de salud, acercando aquellas gestantes que viven en lugares alejados a un establecimiento FONB para la atención de su paño.

Todos los establecimientos FONB de zona rural deben coordinar la posibilidad de contar con una casa de espera materna.

El profesional responsable de salud materna del establecimiento de salud, tiene las siguientes responsabilidades en la casa de espera:

- ✓ Visitar la casa de espera a la entrada y salida de cada turno
- ✓ Evaluar a las gestantes/puérperas que se encuentren hospedadas en la casa de espera
- ✓ Brindar orientación/consejería en salud materna.
- ✓ Coordinar una estancia tranquila y saludable
- ✓ Coordinar el buen mantenimiento de la casa de espera
- ✓ Organizar las actividades de la pareja y familia durante la estancia

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. NIVEL REGIONAL:

La Dirección Regional de Salud/Sub Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y redes son responsables de difundir y de implementar la presente Directiva en sus red, micro redes y establecimientos de salud de su ámbito, brindando asistencia técnica y supervisando su cumplimiento.

Dir. Ejec. Salud de las Personas
OSCAR ALCARRE SANCHEZ
DIRESA CAJAMARCA

7.2. NIVEL LOCAL

Las redes de Salud, micro redes y establecimientos de salud son responsables de aplicar la presente Directiva de Salud, según corresponda

VIII. DISPOSICIÓN FINAL.

Las direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces en el ámbito Regional, elaborarán el plan de implementación de la presente norma en los establecimientos de salud de su jurisdicción y lo incorporarán en sus planes operativos.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
COORDINACIÓN
P.P. MATERNO NEONATAL

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
CAJAMARCA

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Segundo Carlos Zapatel Gordillo
DIRECTOR GENERAL