



Red *Andina* de Salud Materno-Perinatal



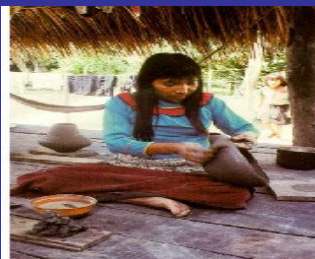
# SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**Dra. Lucy del Carpio Ancaya**

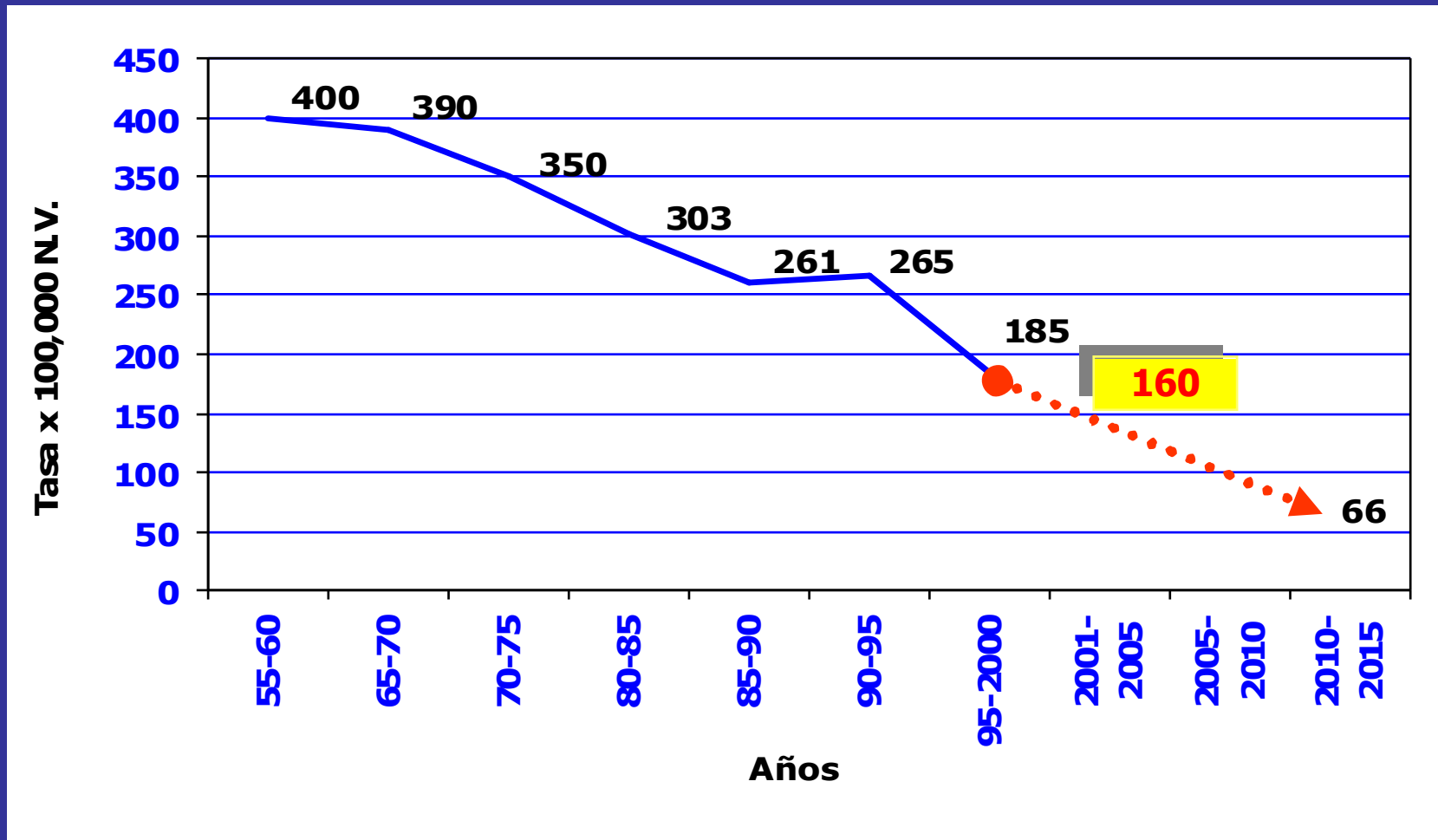
Coordinadora Nacional

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Ministerio de Salud del Perú



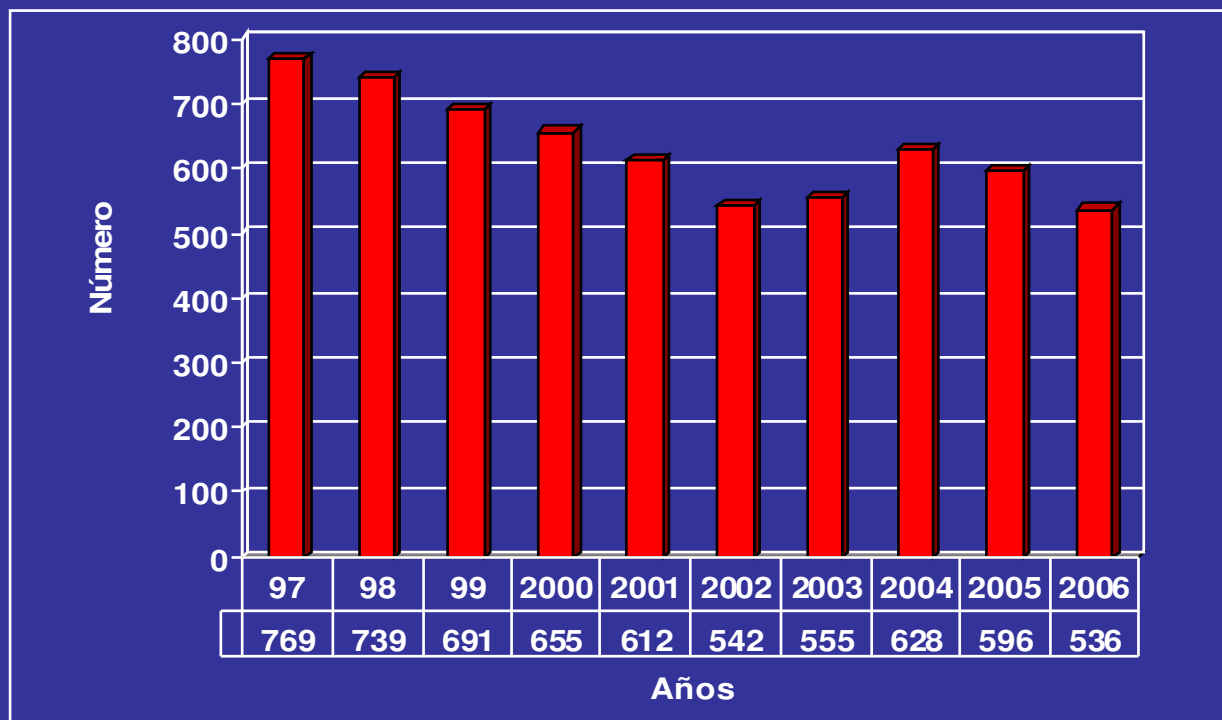
# Razón de Mortalidad Materna



Fuente: ENDES - OGE

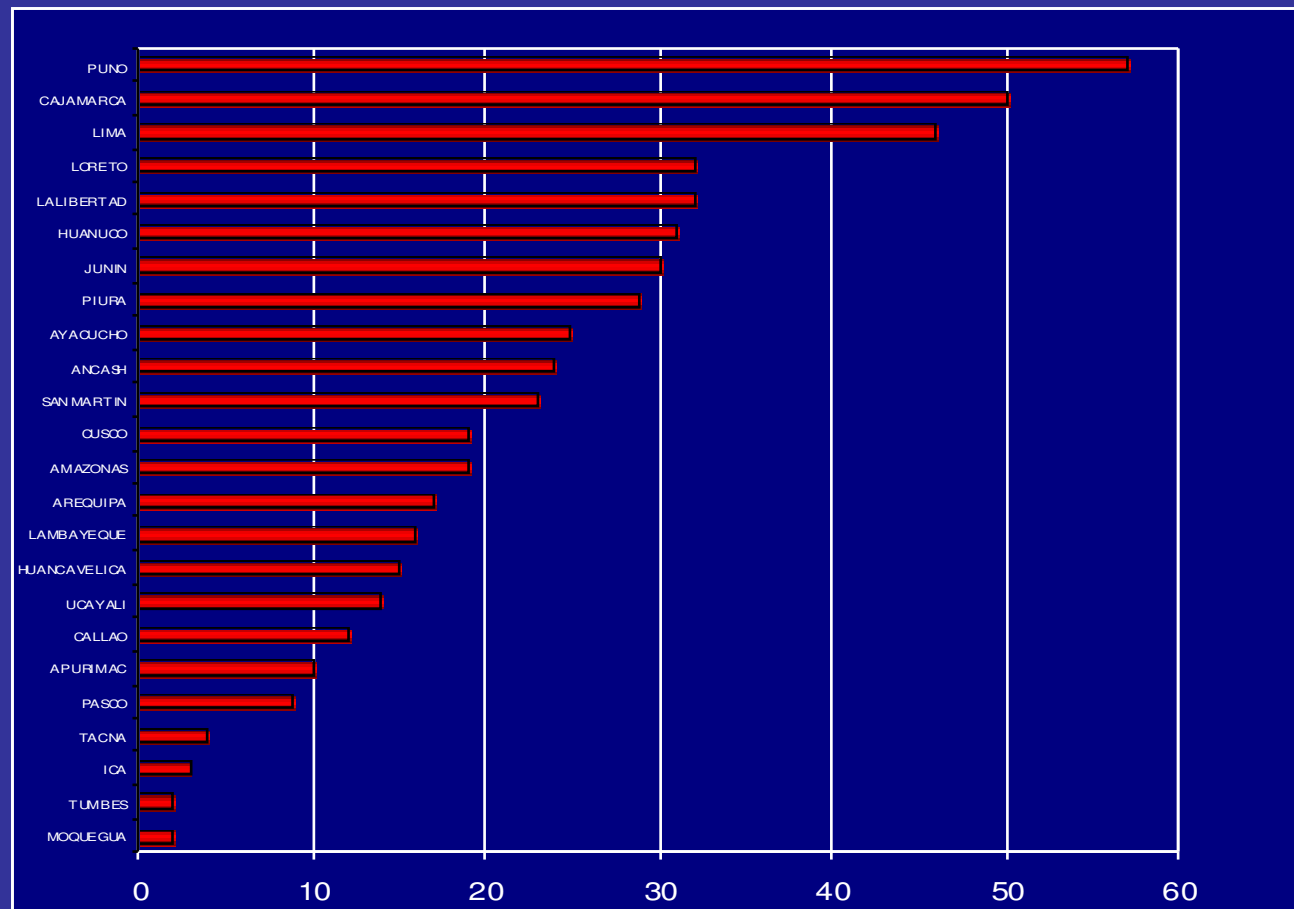
# MINISTERIO DE SALUD

## Número de Muertes Maternas Notificadas 1997-2006



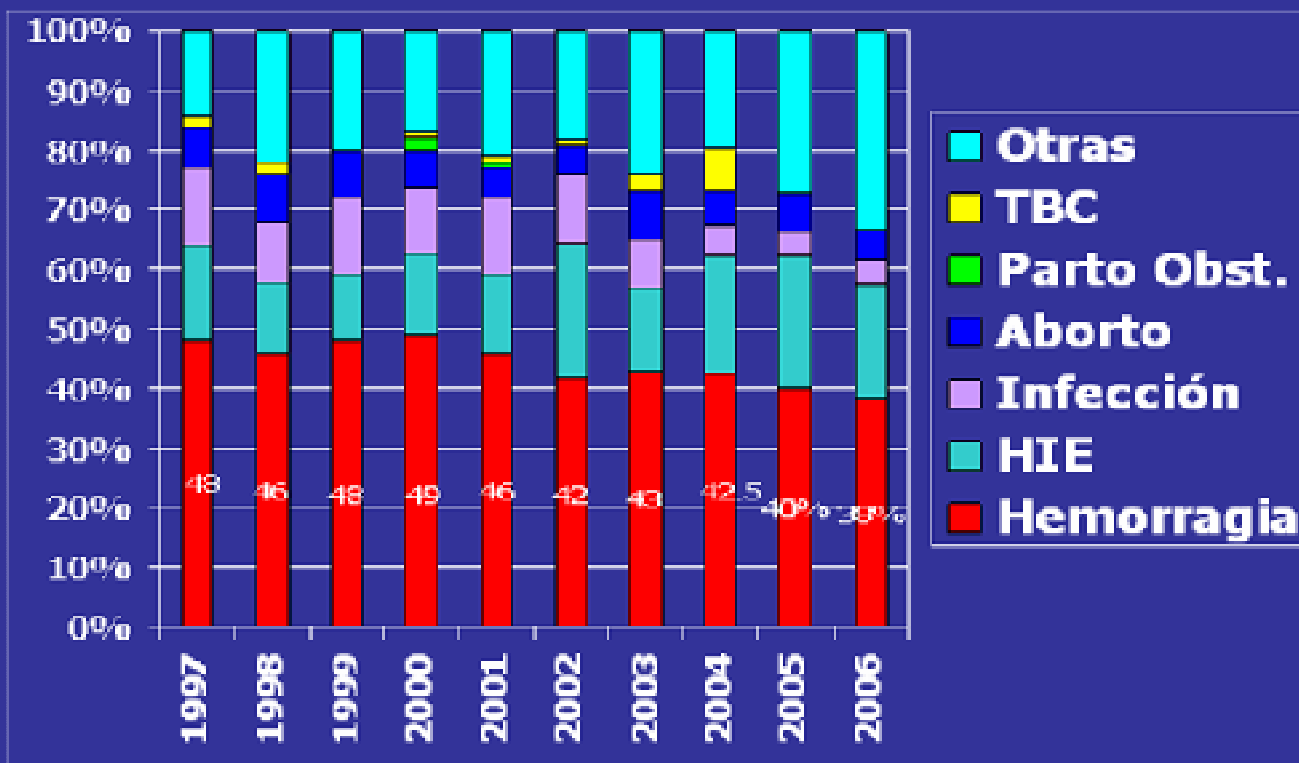
Fuente: DGE

# MUERTES MATERNAS NOTIFICADAS - 2006

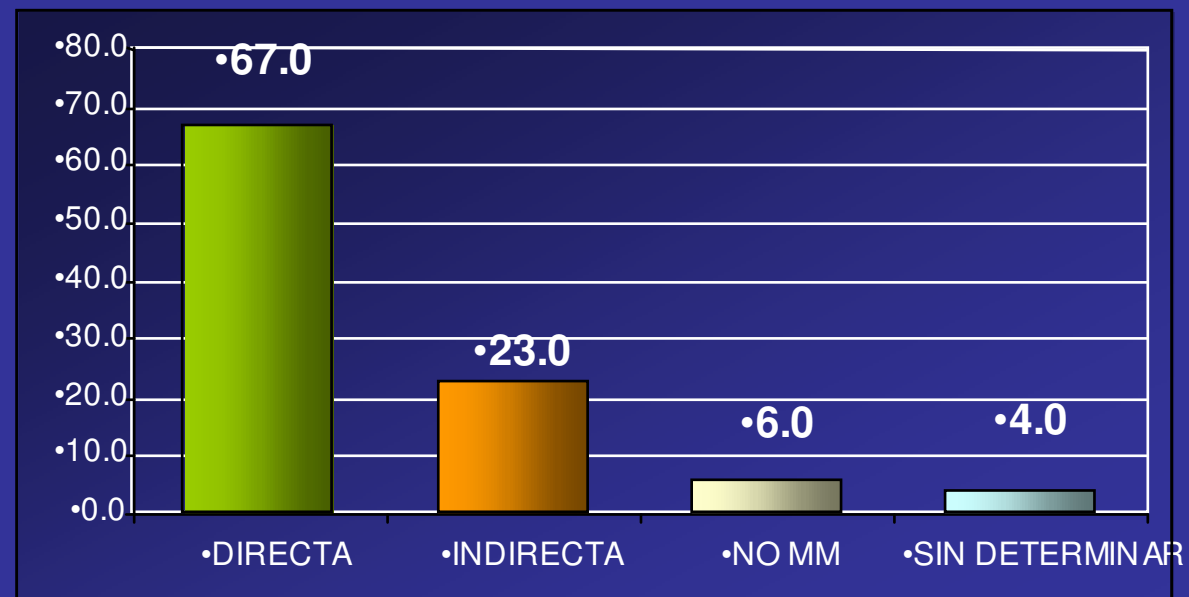


Fuente : OGE

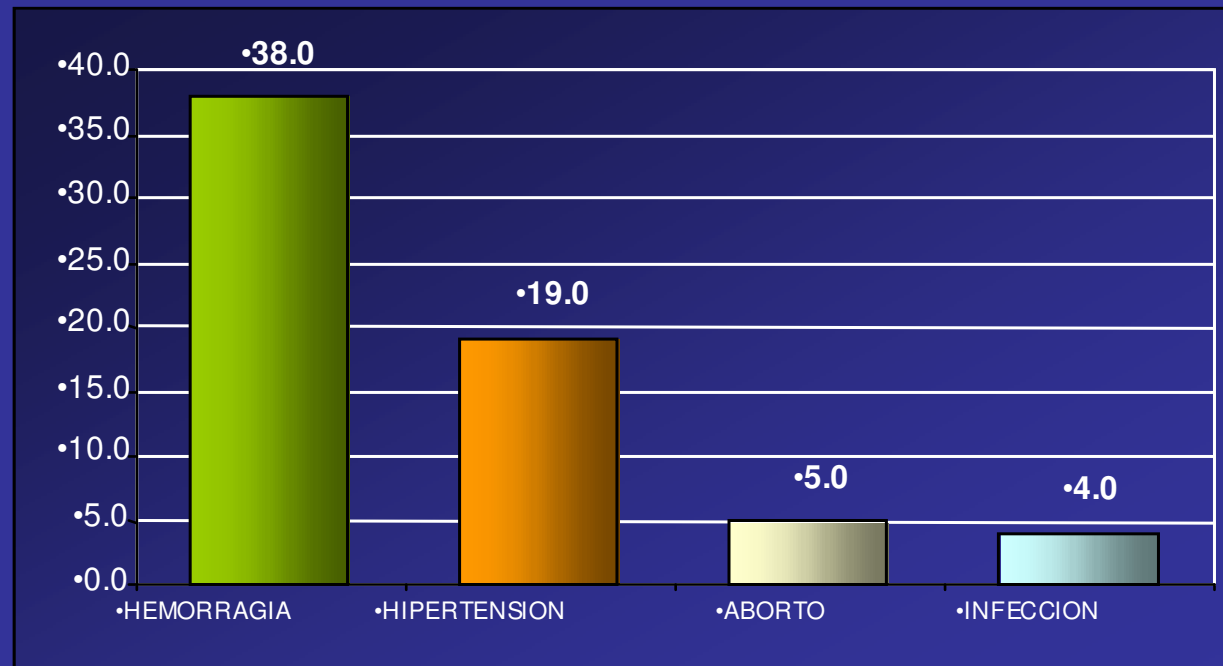
# Muertes Maternas Registradas según Causas 1997-2006



# MM según causa 2006



# MM según causa genérica 2006



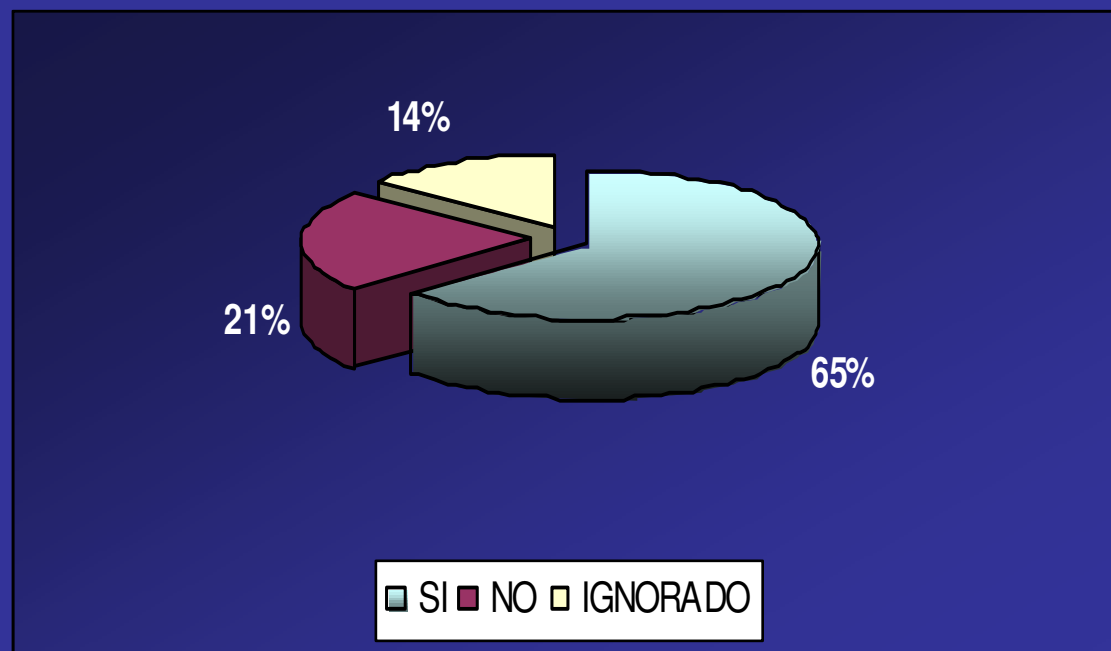
Fuente: DGE Preliminar

## MUERTES POR HEMORRAGIA SEGUN CAUSA BASICA PERU 2000

CAUSA BASICA	NUMERO	PORCENTA JE
Embarazo	29	12.55
DPP	14	6.06
Placenta Previa	10	4.33
Embarazo ectópico roto	5	2.16
Parto	122	52.81
<b>Retención de placenta</b>	<b>109</b>	<b>47.19</b>
Rotura uterina	13	5.63
Puerperio	80	34.63
<b>Atonía uterina</b>	<b>47</b>	<b>20.35</b>
Retención de restos placentarios	18	7.79
Placenta Acreta	11	4.76
Desgarro de cuello uterino	4	1.73
Total	231	100

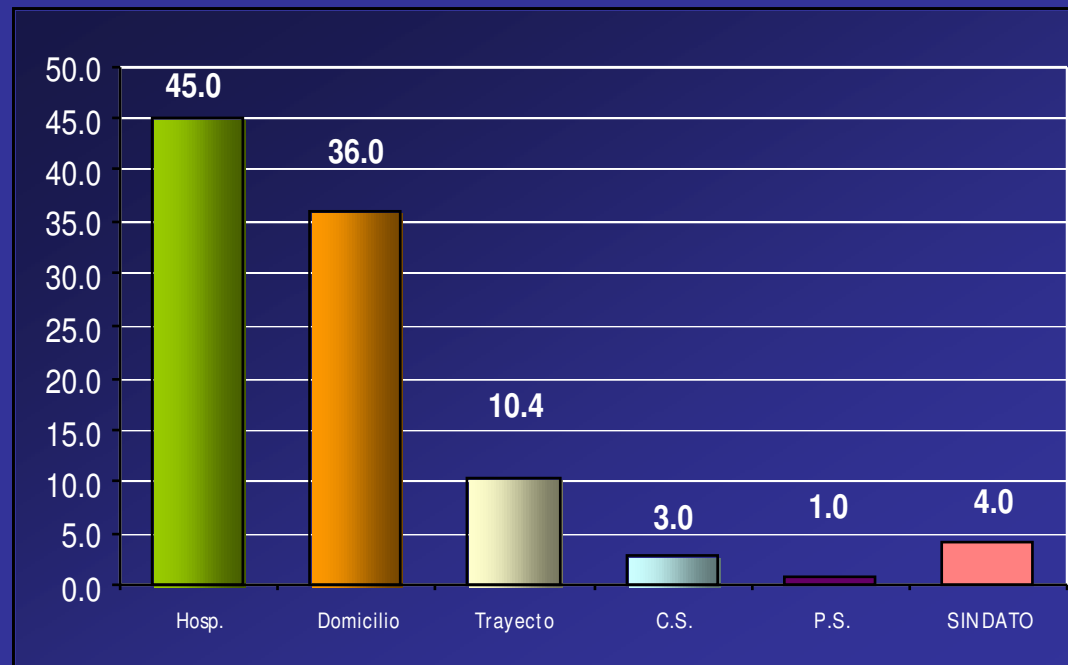
Fuente: Watanabe. INEI 2002

# MM y Atención Prenatal 2005



Fuente: DGE Preliminar

# MM Según lugar de Fallecimiento 2006



Fuente: DGE Preliminar

# MM Según Momento del Fallecimiento 2006



Fuente: DGE Preliminar



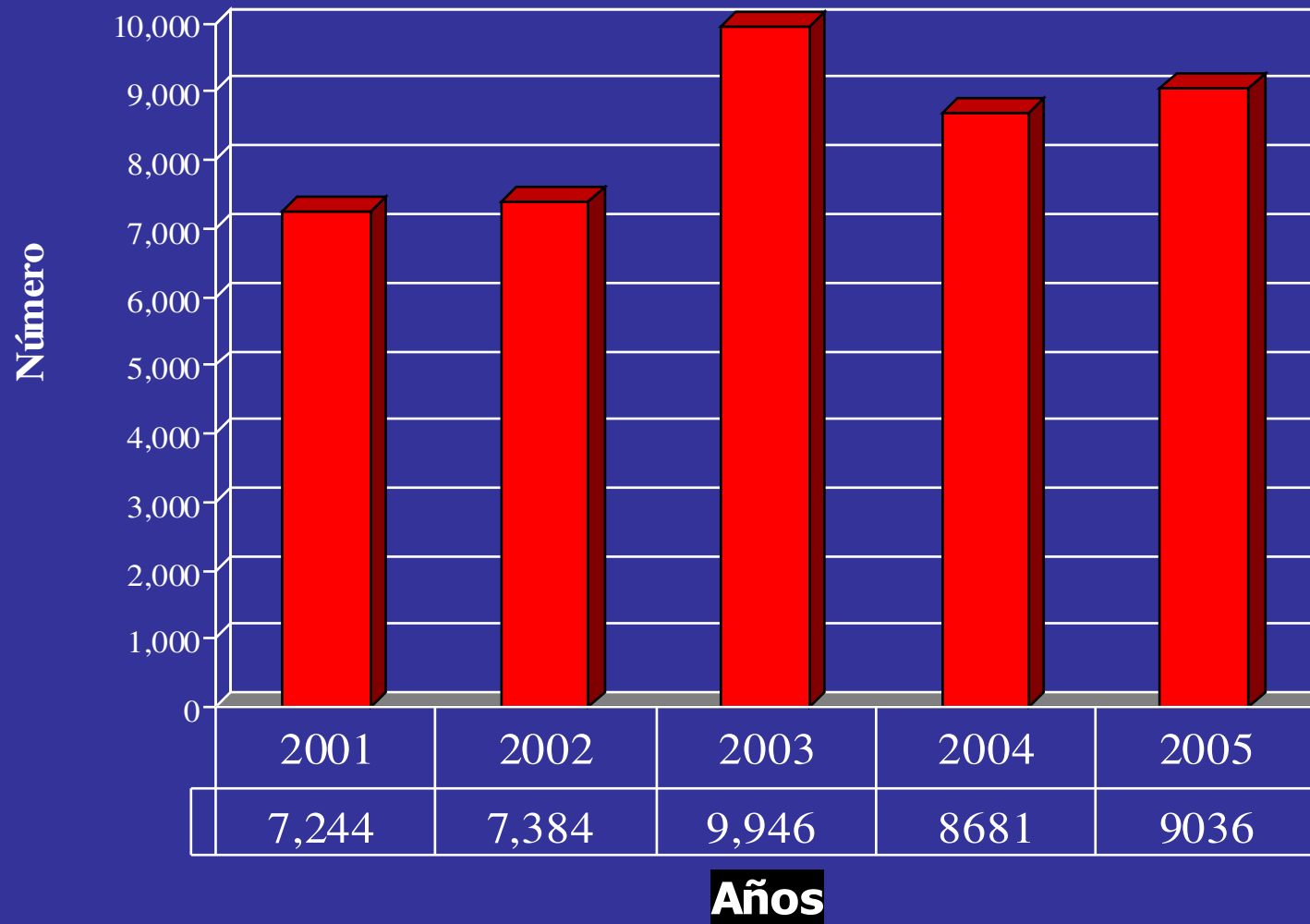
**MORTALIDAD PERINATAL**

# Tasas de mortalidad Perinatal / Neonatal



<b>ENDES</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>
<b>Mortalidad Neonatal</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	
Mortalidad Post neonatal	19	15	
Mortalidad Infantil	43	33	23
(X c/1000 niños menor de 1 año)			
<b>Mortalidad Perinatal</b>	<b>--</b>	<b>23</b>	

# Muertes Perinatales Registradas 2001-2005

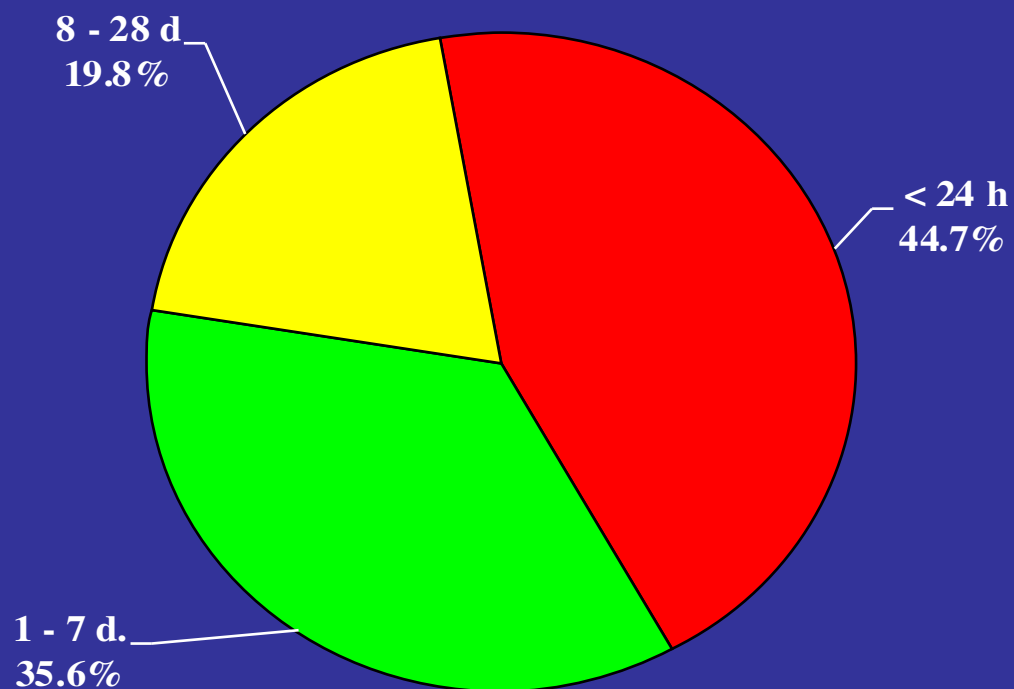


Fuente: Informes mensuales remitidos por las Direcciones de Salud



# **Mortalidad Neonatal**

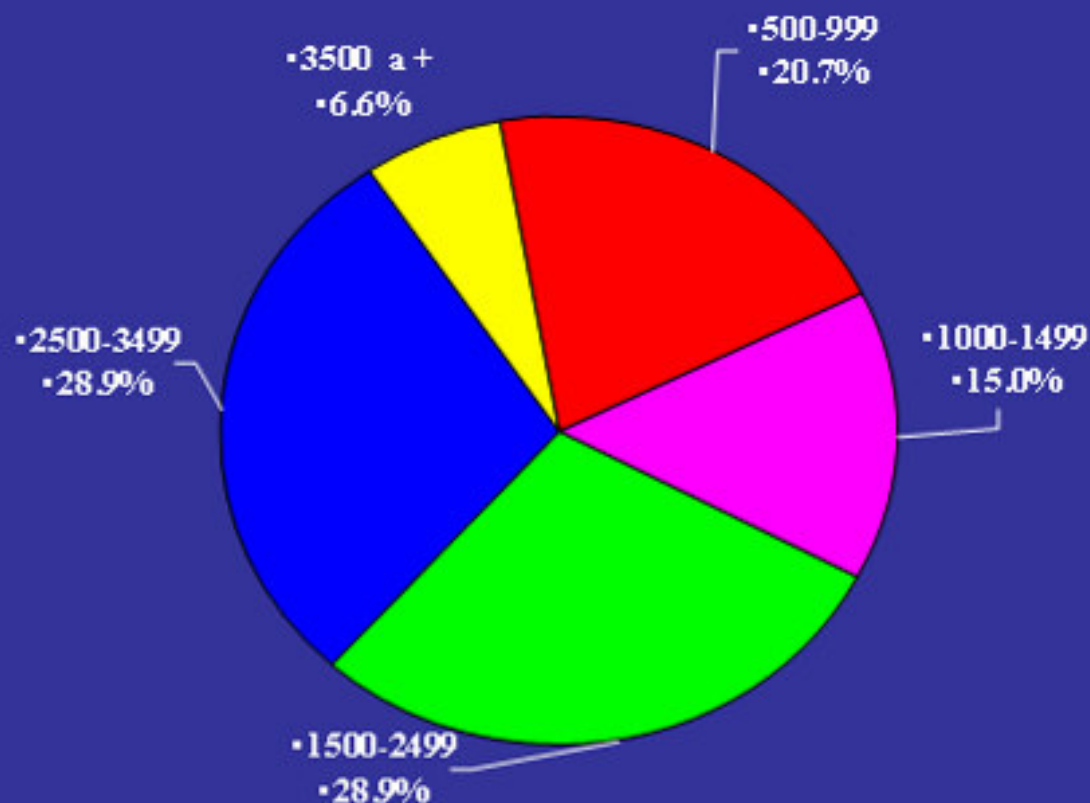
# Muertes Neonatales Registradas según Tiempo de Vida del R.N. 2003



Total de RN: 5,308

(\*) Información preliminar de Enero – Diciembre 2003

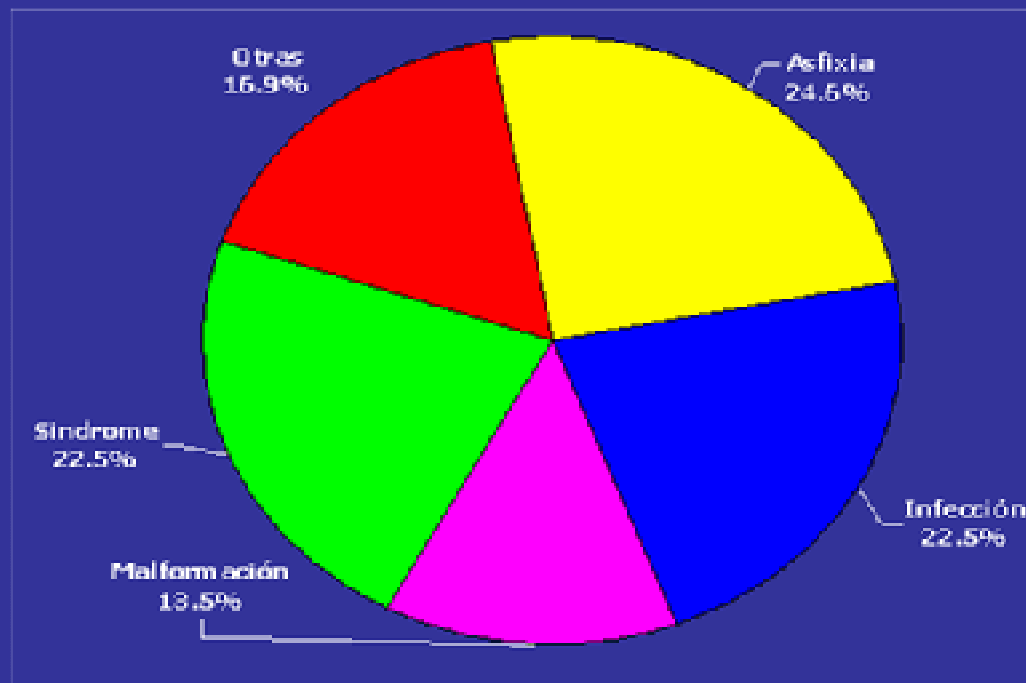
# Muertes Neonatales Registradas Según Peso 2003



Total de RN: 5,308

(\*) Información preliminar de Enero – Diciembre 2003

# Muertes Neonatales Según Causas 2003



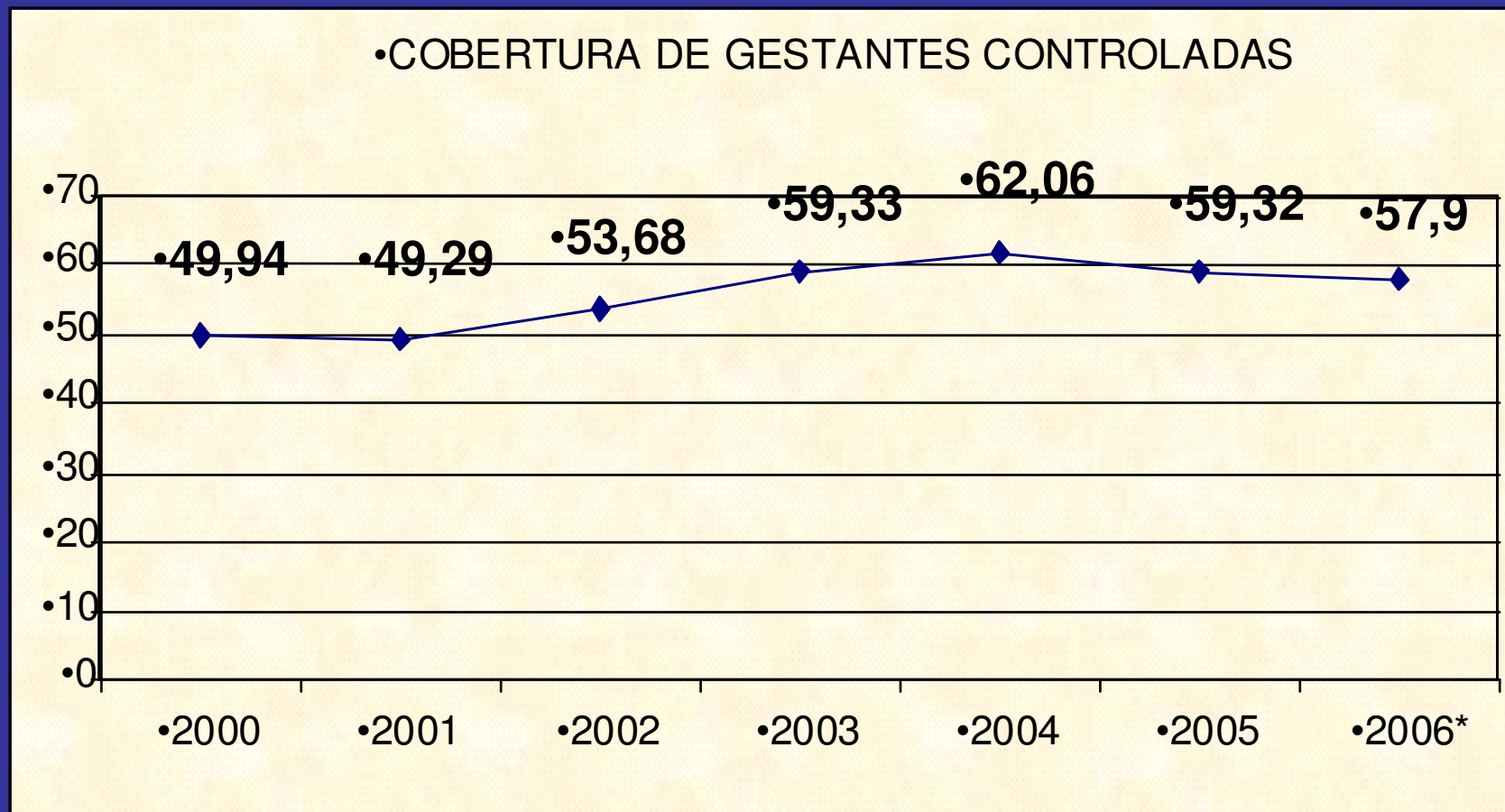
Total de RN: 5,308

# SALUD MATERNA

# MINISTERIO DE SALUD

## COBERTURA DE GESTANTES CONTROLADAS

### 2000-2006



OEI: PRELIMINAR

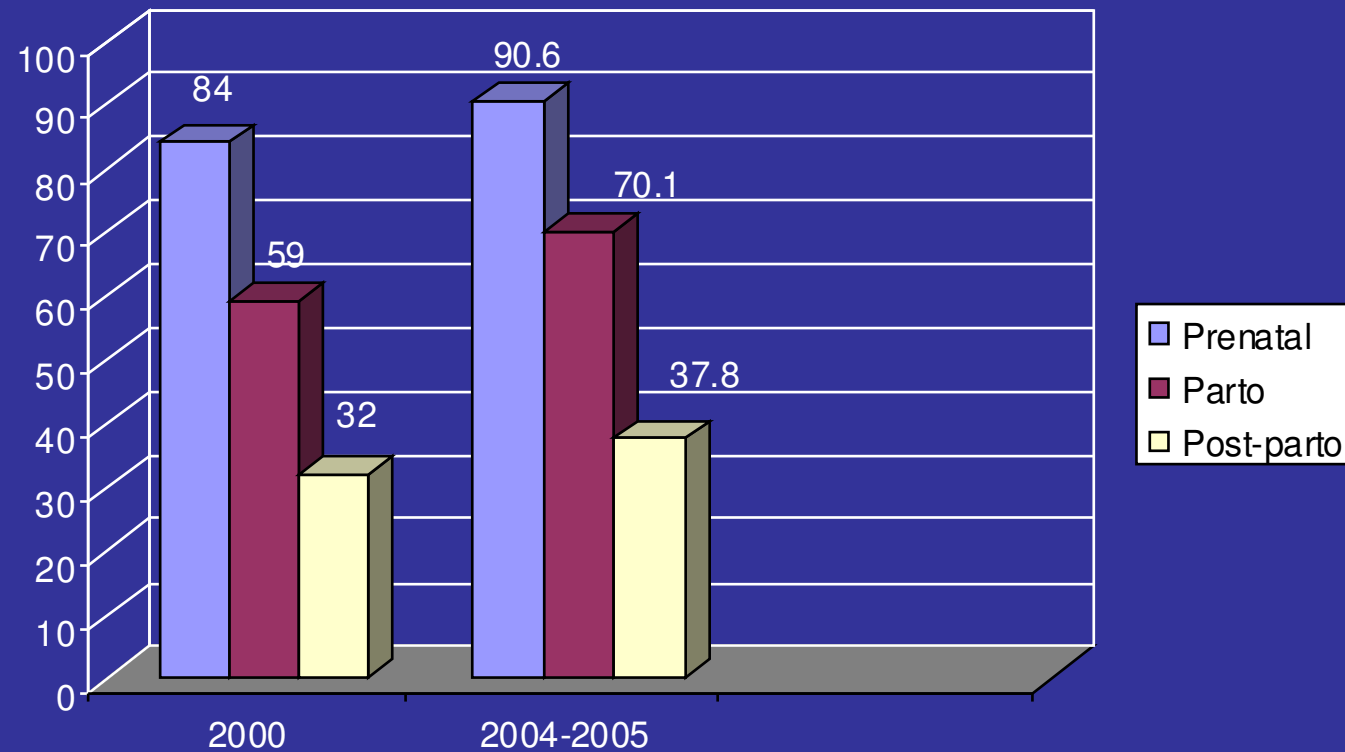
# MINISTERIO DE SALUD

## COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES 2000-2006



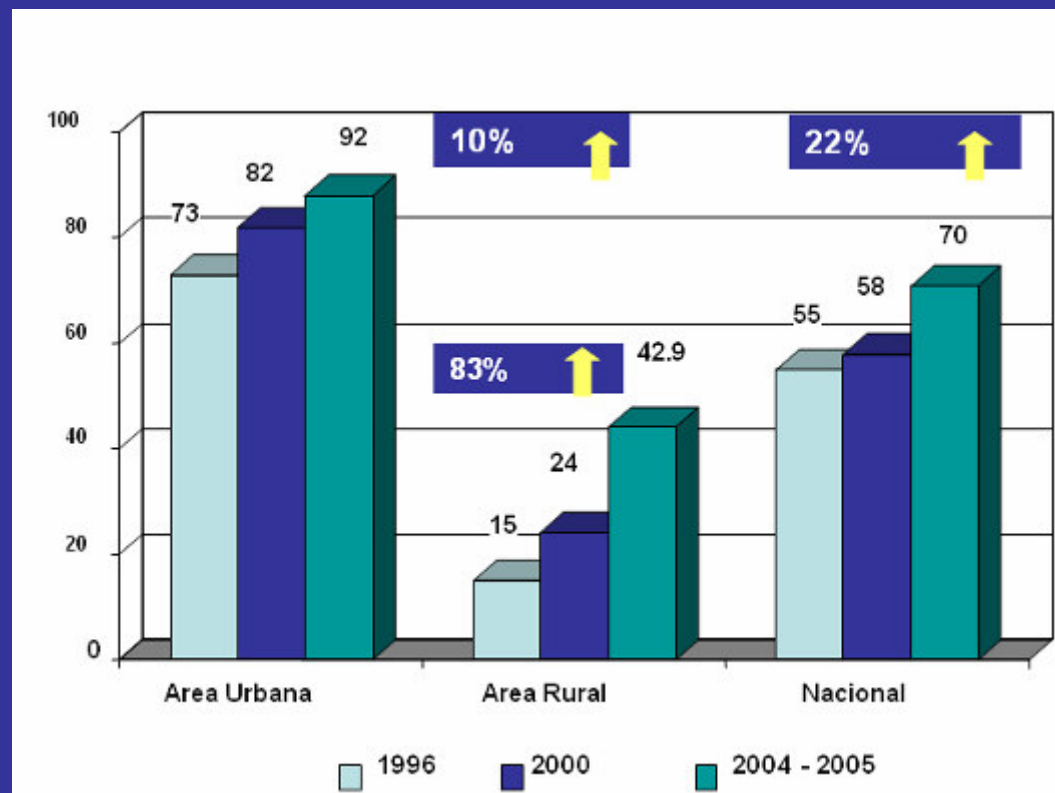
OEI: PRELIMINAR

# ATENCIÓN MATERNA POR PROFESIONALES DE LA SALUD



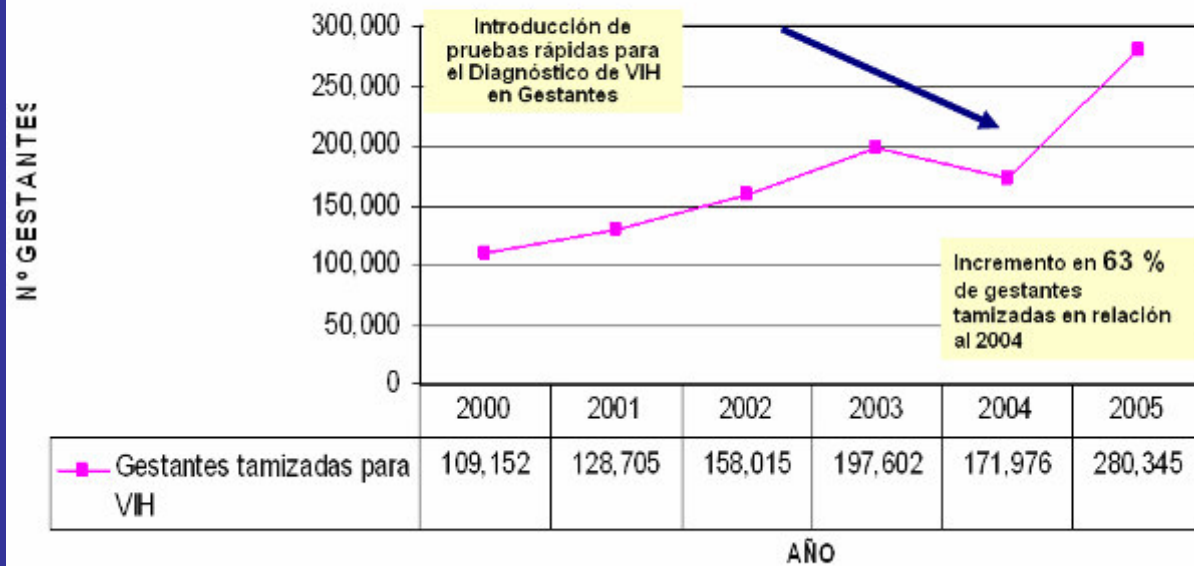
ENDES: 2000, 2004-2005

# PARTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD



# TRASMISION VERTICAL VIH - SIDA

COMPARATIVO TAMIZAJE VIH GESTANTES PERU  
2000-2005



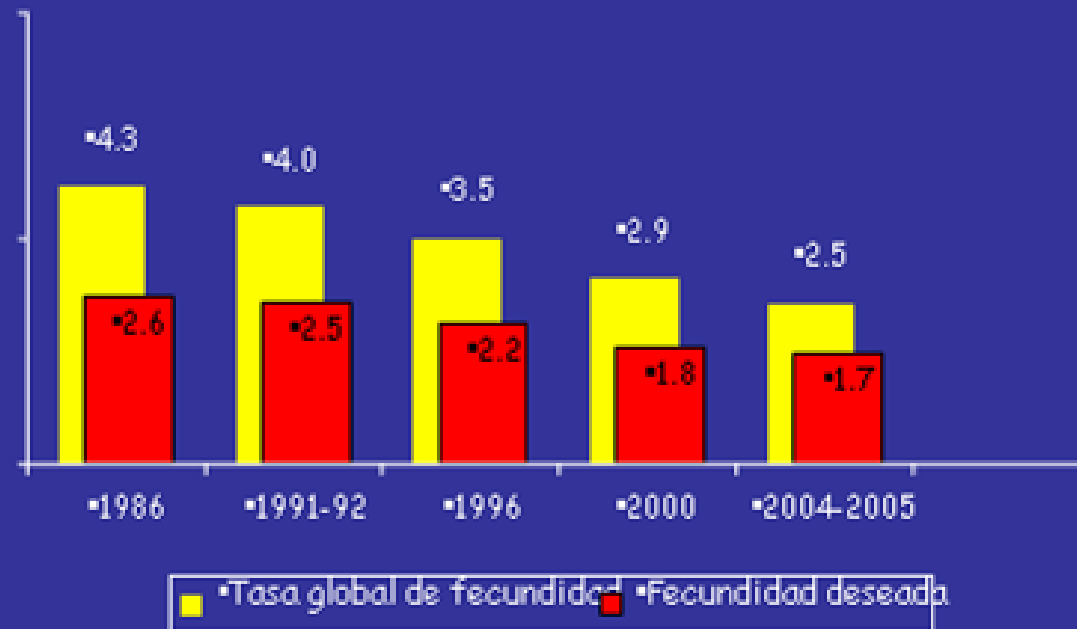


# PLANIFICACION FAMILIAR



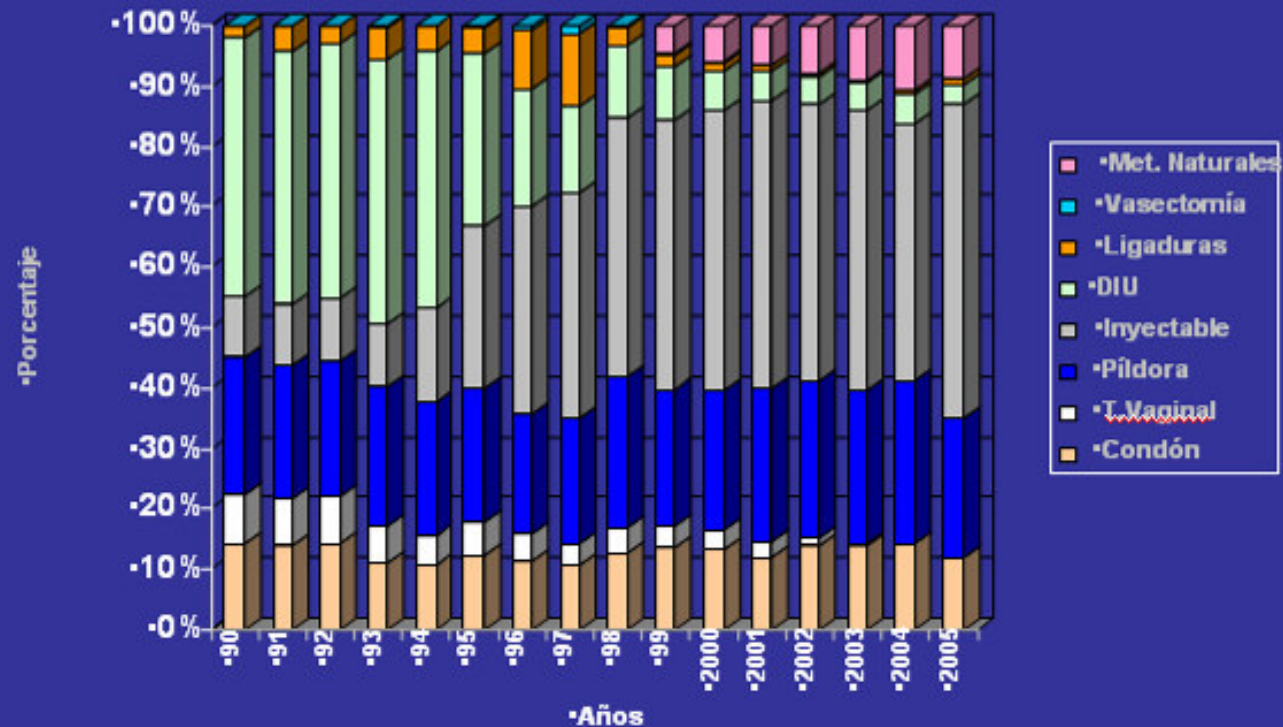
# Fecundidad observada y deseada

Número de hijos por mujer

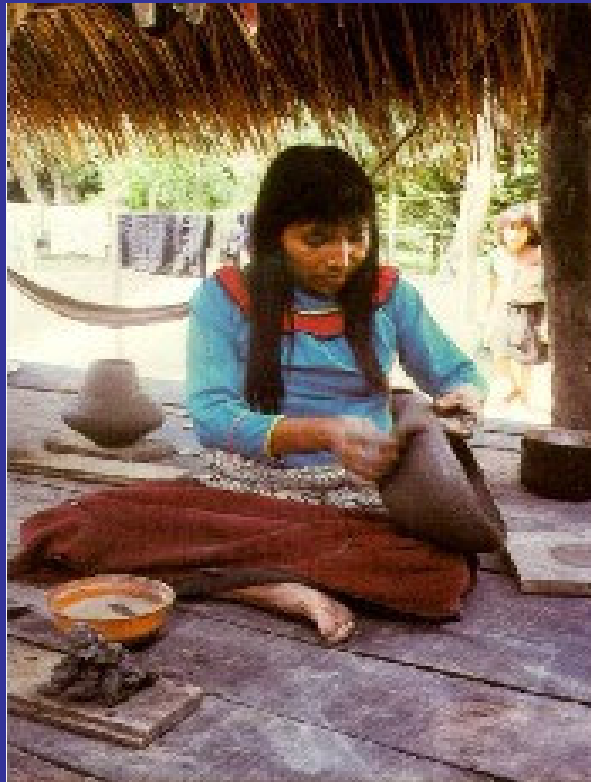


ENDES 86, 91-92, 96, 2000, 2004-2005

# MEZCLA DE MÉTODOS SEGÚN AÑOS: 1990-2005



# INTERVENCIONES REALIZADAS



# Reducción de la Morbimortalidad Materna y Neonatal

## Adecuación del Modelo de Maine

- Fortalecer la capacidad resolutiva de los EESS para responder con prontitud y eficacia
- Mejorar en la mujer, familia y comunidad capacidad de reconocer problema y decidir buscar ayuda
- Mejorar capacidad de la mujer de llegar a establecimiento con capacidad resolutiva



## **CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Facultad que tiene un EESS para responder de manera integral, oportuna y con calidad a una demanda de atención de salud.

- **Determinación de la capacidad resolutive de los EESS**
- **Documentos normativos**
- **Sistemas de información: HIS, SIP200**
- **Capacitación de RRHH en CDC**
- **Infraestructura**
- **Equipamiento**
- **Medicamentos**

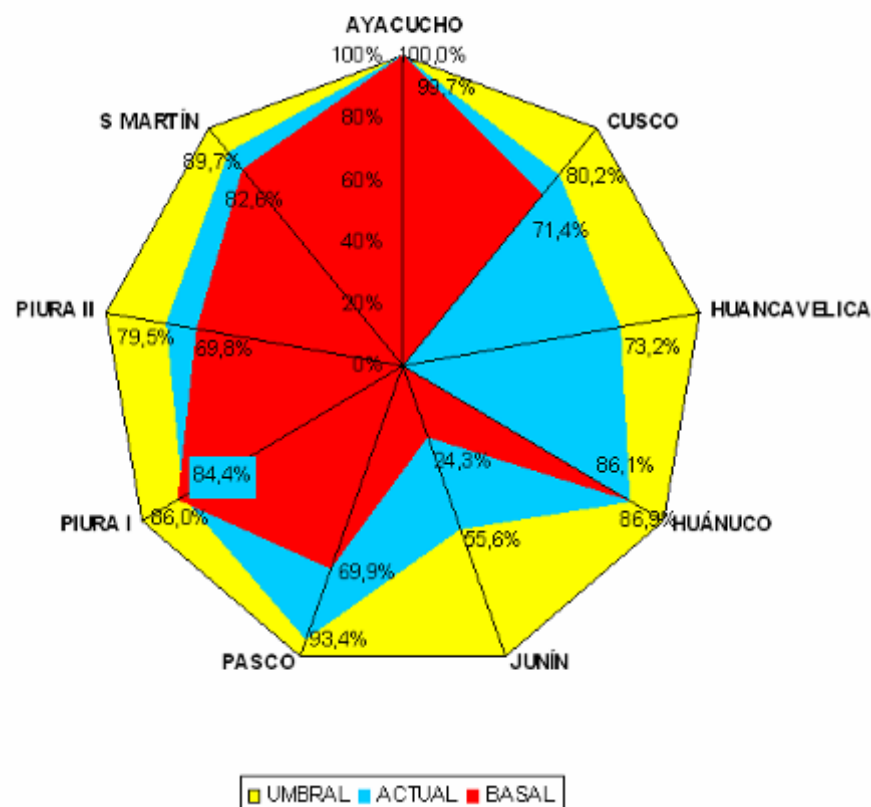


## Capacidad resolutiva según procedimiento

ESTABLECIMIENTO		Capacidad resolutiva según procedimiento							
		CPN	Parto	E.M. Placenta	A. Aborto	HIE	Hemorragia	Sepsis	Cesarea
Hospital A		70	53	77	32	64	64	48	31
Hospital B		74	59	64	67	61	64	65	78
Hospital C		67	53	55	67	54	53	60	69
Hospital D		93	97	94	95	95	95	97	99
Hospital E		83	87	89	71	81	82	83	84
Hospital F		85	62	79	79	76	75	56	43
Hospital G		90	89	86	94	87	88	92	87

# EVALUACION INDICADORES DE CALIDAD MP FONB

Indicador 3: Partos con Partograma



## Indicadores Proceso: Embarazo, Parto, Puerperio y RN

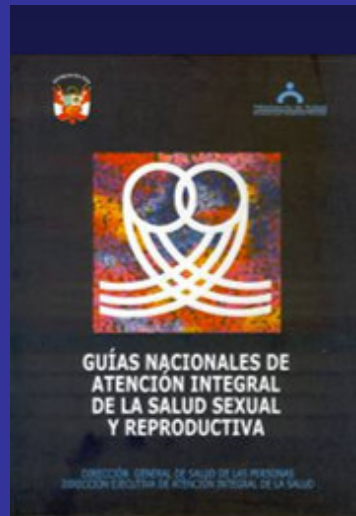
<b>N</b>	<b>Indicadores</b>	Estándar	La Unión	HRHV	Showing	Promedio
2	% gestantes con 13 sem. ó más cuya medición de AU coincide con su EG	95	77	80	82	79.7
3	% gestantes en trabajo y que tienen registrado el partograma según norma	100	80	90	95	88.3
4	% partos vaginales atendidos en el Hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé (luego de asegurar que no existe un segundo bebe), como parte del manejo activo del tercer período del parto y se registró en la historia clínica materno perinatal	100	83	100	90	91
5	% de puérperas con controles cada 15 minutos durante las dos primeras horas	100	73	90	91	85
6	% RN/as en los/as que se examinó y registró en la HCMP 8 items seleccionadas de la norma	100	87	98	100	95
7	% RN que presentaron apgar al minuto < 7 que a los 5 minutos tengan apgar > 7	90*	95	99	100	98*

## Indicadores Proceso: Complicaciones Obstétricas

N <sup>o</sup>	Indicadores	Estándar	La Unión	HRHV	Showing	Promedio
8	% gestantes con HIE: preeclampsia severa y eclampsia que fueron manejado según la norma	100	93	100	100	98
9	% gestantes con hemorragias obstétricas que fueron manejadas según las normas	100	100	100	100	100
10	% gestantes con sepsis que fueron manejadas según las normas	100	100	100	NP	100

# NORMATIVIDAD

- Manejo estandarizado
- Mejorar las competencias del recurso humano



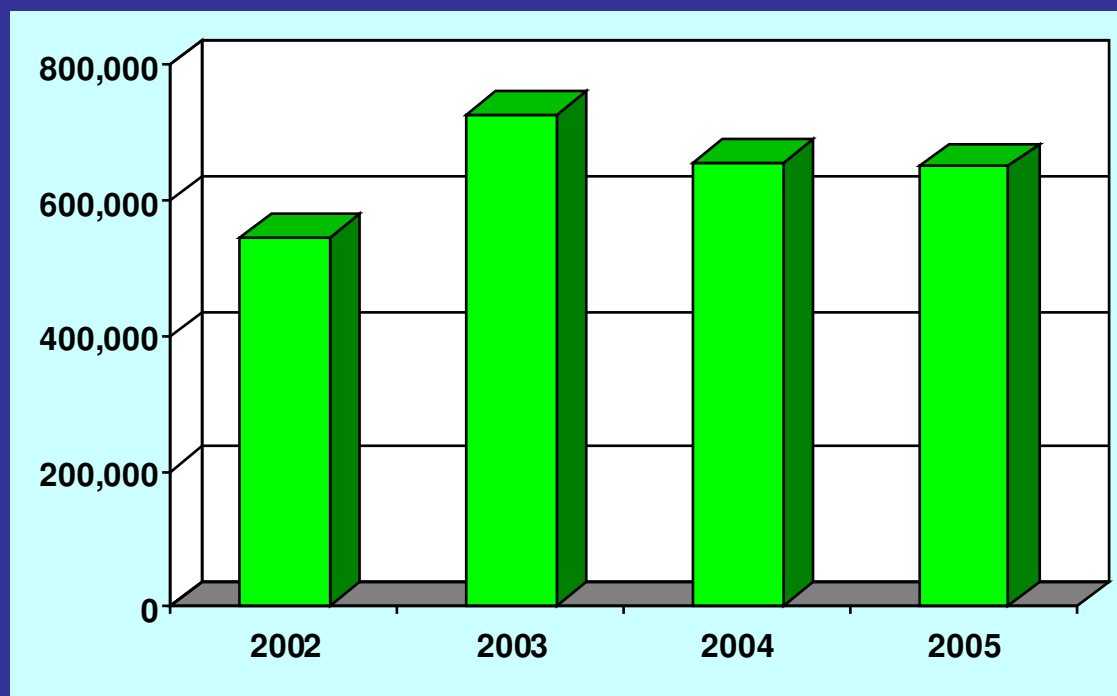
# CLAVES PARA EL MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS



# SEGURO INTEGRAL DE SALUD

## AFILIACIONES SIS PLAN "C" GESTANTES

Rompiendo barreras  
económicas



# **ADECUACION CULTURAL**



# PARTO VERTICAL



# CASAS DE ESPERA

Disminuyendo la barrera geográfica, mejorando el acceso a los Establecimientos de Salud



322 Casas de Espera a nivel nacional

# PLAN DE PARTO

**MINISTERIO DE SALUD**  
**FICHA DE PLAN DE PARTO**

Nombre de la gestante: ..... Nombre del responsable de CPN/ otro identificador: .....  
 Dirección o Referencia: .....  
 Nombre de pareja/accompañante: ..... Establecimiento de salud: .....  
 Nivel de embarazo: ..... Pad / micronad: .....  
 Tipo de parto: ..... Fecha de inicio de Plan de Parto: .....  
 Fecha probable de parto: ..... Fecha de actualización de Plan de Parto: .....

**1 ¿Ha decidido dónde atenderá su parto?**  
 Hospital  Centro de salud  Punto de salud  Conchillo  Otro  especificar: .....

**2 ¿En qué posición preferiría dar a luz?**  
 Echado  Cadera  Otras  especificar: .....

**3 Acuerde con la familia y medio de transporte, lugar de ubicación, el tiempo y el costo que significaría utilizar este transporte desde la vivienda hasta el establecimiento de salud.**

Transporte	¿A cuánto pertenece?	¿Desde su vivienda?	¿Hasta su lugar de casa?	¿Hasta en llegar al establecimiento?	Costo	Información adicional (*)
Ciclo						
Actoño						
Carro						
Motocicleta						
Otro (Especificar)						

(\*) Dependencia, capacidad, particular, otras.

**4 Registre el nombre de las personas que apoyarán en el traslado de la gestante/parturiera/mujer recién nacido hacia el establecimiento de salud. Dete acompañantes, registrando su dirección y el establecimiento de salud al cual asistirán.**

Nombre completo del colaborador(a)	Dirección o referencia	Tipo de apoyo
1.		
2.		
3.		
4.		

**MINISTERIO DE SALUD**  
**PREPARANDOS PARA EL PARTO / EMERGENCIA (PLAN DE PARTO)**

Nombre de la gestante: ..... Fecha: .....  
 Dirección de referencia: .....  
 Nivel de embarazo: ..... Pad / micronad: .....  
 Tipo de parto: ..... Fecha de inicio de Plan de Parto: .....  
 Fecha probable de parto: ..... Fecha de actualización de Plan de Parto: .....

**1 ¿Ha decidido dónde atenderá su parto?**

**2 ¿En qué posición preferiría dar a luz?**

**3 Acuerde con la familia y medio de transporte, lugar de ubicación, el tiempo y el costo que significaría utilizar este transporte desde la vivienda hasta el establecimiento de salud.**

Transporte	¿A cuánto pertenece?	¿Desde su vivienda?	¿Hasta su lugar de casa?	¿Hasta en llegar al establecimiento?	Costo	Información adicional (*)
Ciclo						
Actoño						
Carro						
Motocicleta						
Otro (Especificar)						

(\*) Dependencia, capacidad, particular, otras.

**4 Registre el nombre de las personas que apoyarán en el traslado de la gestante/parturiera/mujer recién nacido hacia el establecimiento de salud. Dete acompañantes, registrando su dirección y el establecimiento de salud al cual asistirán.**

Nombre completo del colaborador(a)	Dirección o referencia	Tipo de apoyo
1.		
2.		
3.		
4.		

**SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO**

**SEÑALES DE PELIGRO DEL BEBÉN NACIDO**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**ESPERANDO MI PARTO**

Nombre de la gestante: ..... Dirección de referencia: .....  
 Edad: ..... Comunidad: ..... Fecha probable de parto: .....  
 Grupo sanguíneo: ..... RED: ..... Micro RED: .....  
 Establecimiento: ..... Teléfono del establecimiento de salud: ..... Teléfono alternativo: .....

FECHA	1ª ENTREVISTA (1 TRIMESTRE)	2ª ENTREVISTA (2 TRIMESTRE)	3ª ENTREVISTA (3 TRIMESTRE)
1. EDAD GESTACIONAL			
2. ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	REGISTRAR D.C. P.S. DOMICILIO OTRO		
3. ¿QUÉN ATENDERÁ SU PARTO?	EDICION DUCILLAS ASISTURADA OTRO		
4. ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?	ECHADO CADERA OTRO		
5. ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRERA OTRO		
6. ¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
7. ¿QUÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O EMERGENCIA?			
8. ¿QUÉN CUEDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y FAMILIA DURANTE SU AUSENCIA?			
9. ¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA FORMA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	SI (FECHA) NO		
10. ¿SABE CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?			
11. FIRMA DE LA GESTANTE			
12. FIRMA DE LA FAMILIA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
13. FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			

¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN CASO DE EMERGENCIA?	DNI	FIRMA

**¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?**

**NOTA:** Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control prenatal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre.

- **VIOLENCIA BASADA EN GENERO**

# VIOLENCIA BASADA EN GENERO

- **Implementación del Plan de Atención para la Violencia Basada en Genero**
- **Protocolo de Atención para los casos de Violencia basada en Género**
- **Talleres Regionales de Capacitación en el tema de Violencia basada en Género**
- **Distribución de la AOE y de losl Kit de profilaxis del VIH**
- **Convenio de colaboración interinstitucional entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud para la Atención de la Violencia sexual**
- **Designación de Hospitales de referencia para la atención de los casos de VBG**
- **Taller de sensibilización del personal de las Comisarías de Lima y Callao**







**Premio a los servicios Distinguidos a la  
Comunidad En Cuidados Obstétricos  
de Emergencia Otorgado por la FIGO  
Hospital Regional de Ayacucho - 2004**





**Premio de la Sociedad Nacional  
de Industria 2005:  
Parto Vertical en el C.S.  
Jepelacio-San Martín**



Red Andina de Salud Materno-Perinatal



**MUCHAS GRACIAS**