Colegio de Obstetras del Perú

D.L. N° 21210 - LEY N° 28686
PROFESIÓN MÉDICA N° 23346

CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00414-2026-2031-CD
RU 24237-CD
22 SEPTIEMBRE 2026 10:45 a. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ELOPEZ

OFICIO N.° 1082-2026-DN-COP

Lima, 16 de septiembre de 2026

Señor
ÓSCAR DE JESÚS RETO OTERO
Presidente de la Cámara de Diputados
Congreso de la República
Presente.-

Asunto: Presentación de iniciativa legislativa para incorporar la ecografía obstétrica dentro del ámbito profesional del obstetra con formación acreditada y fortalecer su acceso en el Primer Nivel de Atención.

Referencia:

a) Artículo 107 de la Constitución Política del Perú.
b) Ley N.° 27853.
c) Ley N.° 28686.
d) Resolución Ministerial N.° 686-2023/MINSA.
e) NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01.
f) Estatuto del Colegio de Obstetras del Perú.

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en mi condición de **Decana Nacional y representante legal del Colegio de Obstetras del Perú**, a fin de presentar, en ejercicio del derecho constitucional de iniciativa legislativa reconocido a los colegios profesionales respecto de las materias que les son propias, la siguiente proposición legislativa:

"LEY QUE MODIFICA LA LEY N.° 27853 PARA INCORPORAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL DEL OBSTETRA CON FORMACIÓN ACREDITADA Y FORTALECER SU ACCESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

El artículo 107 de la Constitución reconoce a los colegios profesionales derecho de iniciativa legislativa en las materias que les son propias; en el actual sistema bicameral, las iniciativas legislativas se tramitan inicialmente ante la Cámara de

Diputados. La Presidencia de dicha Cámara es ejercida durante el periodo 2026-2027 por el diputado Óscar de Jesús Reto Otero.

FUNDAMENTO DE LA INICIATIVA

La presente proposición versa directamente sobre el **ejercicio profesional de Obstetricia, la atención prenatal, la utilización de tecnología diagnóstica dentro de dicho ámbito profesional y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención.**

La Ley N.° 27853 establece que el profesional de Obstetricia provee y administra atención obstétrica dentro del ámbito de su competencia y desarrolla sus funciones en relación con el embarazo, parto y puerperio. La propia ley reconoce expresamente dentro de su ámbito a quienes poseen títulos de "licenciado en Obstetricia" u "Obstetra".

Sin embargo, mediante Resolución Ministerial N.° 686-2023/MINSA se modificó el numeral 6.1.2 de la NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 en materia de ecografía obstétrica, estableciéndose una regulación que actualmente excluye al profesional obstetra de su realización, aun cuando cuente con formación específica en ultrasonografía obstétrica. La resolución se encuentra oficialmente publicada por el Ministerio de Salud como modificación de la atención prenatal reenfocada de la NTS N.° 105.

La iniciativa legislativa que se acompaña propone superar dicha restricción mediante un modelo regulatorio basado en:

competencia legal, formación específica acreditada, complejidad del examen, finalidad clínica, estándares de calidad y capacidad resolutiva.

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y ATENCIÓN PRENATAL

La propuesta parte de una diferenciación esencial:

no toda ecografía obstétrica constituye un examen dirigido al diagnóstico de una patología previamente sospechada.

Durante una gestación aparentemente normal, la ultrasonografía puede utilizarse con finalidades de:

- cribado o tamizaje;
- evaluación;
- vigilancia;
- estratificación de riesgo;
- valoración anatómica y funcional; y
- detección de hallazgos que posteriormente requieran evaluación especializada.

Por esta razón, el proyecto reconoce expresamente la posibilidad de que el **profesional obstetra con formación acreditada en ultrasonografía obstétrica** pueda indicar, realizar, interpretar e informar los estudios comprendidos dentro de su ámbito profesional.

ECOGRAFÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La propuesta atribuye especial relevancia al **Primer Nivel de Atención**, por constituir el nivel donde se desarrolla una parte fundamental del control prenatal.

El fortalecimiento de la ecografía obstétrica en dicho nivel permitirá que las IPRESS que cuenten con:

equipamiento + cartera de servicios + profesional competente + mecanismos de referencia

puedan resolver las evaluaciones compatibles con su capacidad resolutiva.

La propuesta no dispone que todos los establecimientos del Primer Nivel deban adquirir inmediatamente equipos ecográficos ni contratar personal adicional. La implementación se plantea progresivamente y conforme a las competencias, cartera de servicios, equipamiento y disponibilidad presupuestaria de las entidades correspondientes.

ECOGRAFÍAS COMPRENDIDAS

El Proyecto de Ley reconoce, conforme a la indicación, edad gestacional y competencia acreditada, entre otras:

- ecografía obstétrica temprana;
- ecografía de **11 a 14 semanas**;
- evaluación de marcadores ecográficos de riesgo;
- evaluación de riesgo de preeclampsia cuando corresponda;
- **ecografía morfológica o evaluación anatómica fetal**;
- **cervicometría**;
- ecografía de crecimiento fetal;
- evaluación placentaria y de líquido amniótico;
- **Doppler obstétrico**;
- pruebas ecográficas de bienestar fetal; y
- **perfil biofísico fetal**, cuando esté indicado.

La iniciativa evita establecer que estos procedimientos sean exclusivos de una determinada profesión por la sola denominación del examen.

La habilitación se determina conforme a **competencia profesional y formación específica acreditada**.

ESTUDIOS DIRIGIDOS DE MAYOR COMPLEJIDAD

El proyecto también reconoce que determinados estudios requieren entrenamiento avanzado, entre ellos:

- ecocardiografía fetal;
- neurosonografía fetal dirigida;
- determinadas evaluaciones Doppler avanzadas; y
- otros estudios ecográficos especializados.

Sin embargo, la propuesta **no establece que la mayor complejidad de un examen determine automáticamente exclusividad profesional**.

Por el contrario, establece como regla que:

A mayor complejidad del estudio corresponde mayor exigencia de formación, entrenamiento, competencia acreditada y control de calidad.

De esta manera, reconocer la necesidad de capacitación avanzada para una ecocardiografía fetal o neurosonografía **no implica reservar legislativamente dichas técnicas a una profesión por su sola denominación**.

HALLAZGO SOSPECHOSO Y REFERENCIA

La iniciativa establece también una ruta asistencial clara.

Cuando una ecografía de cribado, evaluación o vigilancia identifica un hallazgo sospechoso, el profesional debe:

documentar → informar → evaluar dentro de su competencia → ampliar el estudio cuando esté habilitado → interconsultar o referir cuando la complejidad lo requiera.

La necesidad de referencia no invalida ni modifica la naturaleza del examen de cribado que permitió detectar inicialmente el hallazgo.

La finalidad es fortalecer una atención escalonada en la que cada nivel resuelva aquello que corresponde a su capacidad y refiera oportunamente aquello que la excede.

FORMACIÓN ACREDITADA Y SEGURIDAD

La propuesta **no habilita automáticamente a todo profesional obstetra para realizar cualquier ecografía**.

La competencia está condicionada a formación específica acreditada.

El proyecto contempla requisitos relacionados con:

- formación teórica;

- entrenamiento práctico;
- evaluación de competencias;
- experiencia documentada;
- correcta adquisición de imágenes;
- mediciones estandarizadas;
- emisión del informe ecográfico;
- identificación de limitaciones;
- referencia;
- actualización permanente; y
- auditoría de calidad.

Asimismo, contempla mecanismos de reconocimiento de la formación previa de profesionales que acrediten estudios y experiencia en ultrasonografía obstétrica.

AUTONOMÍA DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL

El proyecto reconoce que el profesional obstetra debidamente acreditado puede, dentro de las competencias correspondientes a la atención obstétrica:

indicar o solicitar, realizar, interpretar e informar la ecografía obstétrica.

Esta precisión es especialmente relevante para el Primer Nivel.

El reconocimiento de la capacidad técnica para efectuar un examen perdería parte importante de su finalidad si, aun tratándose de una atención obstétrica propia y dentro de su competencia, se condicionara necesariamente su realización a una indicación médica previa.

La propuesta conserva, naturalmente, la interconsulta, referencia e intervención especializada cuando la condición clínica lo requiera.

NO AFECTACIÓN DE COMPETENCIAS DE OTRAS PROFESIONES

La iniciativa no elimina, disminuye ni modifica las competencias actualmente reconocidas a médicos especialistas, médicos cirujanos ni demás profesionales legalmente facultados para realizar ecografía.

Su finalidad es incorporar expresamente al **profesional obstetra con formación específica acreditada**, bajo estándares objetivos de competencia y calidad.

No se plantea, por tanto, una sustitución profesional, sino una **habilitación concurrente conforme a competencias acreditadas.**

IMPACTO PRESUPUESTAL

La propuesta no ordena directamente:

- adquisición de ecógrafos;
- creación de plazas;
- contratación de profesionales;
- aumento de remuneraciones;
- creación de nuevos establecimientos; ni
- transferencias presupuestarias.

La expansión de la capacidad ecográfica en el Primer Nivel se desarrolla progresivamente conforme a la planificación sanitaria y presupuestaria del Poder Ejecutivo y los gobiernos regionales.

El correspondiente **Análisis Costo-Beneficio e Impacto sobre la Legislación Nacional**, que se acompaña como parte integrante de la iniciativa, desarrolla detalladamente estos aspectos.

POR LO EXPUESTO:

En ejercicio de la iniciativa legislativa reconocida a los colegios profesionales por el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, **PRESENTO ante la Cámara de**

Colegio de Obstetras del Perú

D.L. N° 21210 - LEY N° 28686
PROFESIÓN MÉDICA N° 23346

Diputados el Proyecto de Ley antes indicado, solicitando se disponga su recepción, registro y trámite de conformidad con el procedimiento parlamentario vigente.

Asimismo, solicito que la iniciativa sea remitida a la comisión o comisiones competentes para su estudio y dictamen, acompañándose para dicho efecto la documentación técnica, normativa y científica que sustenta la propuesta.

El Colegio de Obstetras del Perú pone a disposición de la Cámara de Diputados su participación técnica durante el estudio de la iniciativa, a efectos de sustentar los aspectos relacionados con ejercicio profesional, atención obstétrica, ultrasonografía prenatal y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ · DECANATO ·

GLORIA MARLENE MORENO PONCE
DECANA NACIONAL
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
COLEGIO DE OBSTÉTRAS DEL PERÚ

decana.nacional@colegiodeobstetrasdelperu.net.pe
924 151 135
Av. Parque San Martin N° 115 - Pueblo Libre - Lima

Encuentranos en:
ingresa:
atom.bio/decanagloriamoreno

ANEXOS

1. Proyecto de Ley – Fórmula Legal.
2. Exposición de Motivos.
3. Análisis Costo-Beneficio e Impacto sobre la Legislación Nacional.
4. Ley N.° 27853.
5. D.S. N.° 008-2003-SA.
6. Ley N.° 28686.
7. RM N.° 686-2023/MINSA.
8. NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 y modificatorias.
9. Documento vigente que acredita la representación de la Decana Nacional.

PROYECTO DE LEY

LEY QUE MODIFICA LA LEY N.° 27853 PARA INCORPORAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL DEL OBSTETRA CON FORMACIÓN ACREDITADA Y FORTALECER SU ACCESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto reconocer y regular la realización de la **ecografía o ultrasonografía obstétrica por el profesional obstetra que cuente con formación específica acreditada y competencia demostrada**, dentro del ámbito de la atención obstétrica, así como promover su utilización en el Primer Nivel de Atención de acuerdo con la cartera de servicios, capacidad resolutiva y condiciones técnicas del establecimiento de salud.

La ley tiene además por finalidad diferenciar la ecografía obstétrica utilizada con fines de **cribado o tamizaje, evaluación y vigilancia** de los estudios ecográficos dirigidos que requieran mayor grado de especialización.

Artículo 2.- Incorporación del literal h) al artículo 6 de la Ley N.° 27853

Incorpórase el literal h) al artículo 6 de la Ley N.° 27853, Ley de Trabajo del Profesional Obstetra, en los siguientes términos:

"Artículo 6.- De las funciones

(...)

h) Indicar, realizar, interpretar e informar estudios de ecografía o ultrasonografía obstétrica dentro del ámbito de la atención obstétrica, cuando cuente con formación específica acreditada y competencia demostrada para el tipo de examen correspondiente, conforme a los estándares de calidad, seguridad y referencia establecidos por la Autoridad Nacional de Salud."

Artículo 3.- Ecografía obstétrica dentro de la atención profesional

La ecografía obstétrica constituye una herramienta tecnológica aplicable a la atención prenatal y obstétrica con finalidades de:

a) cribado o tamizaje;

b) evaluación materna, fetal, placentaria y cervical;

c) vigilancia de la gestación y del bienestar fetal; y

d) estudio dirigido ante factores de riesgo, hallazgos sospechosos o situaciones clínicas específicas.

La naturaleza ecográfica de una prestación **no determina por sí misma su exclusividad a favor de una determinada profesión de salud**.

La habilitación para realizar cada modalidad se determina conforme a las competencias legalmente reconocidas, formación específica, entrenamiento acreditado, complejidad del examen y estándares técnicos aplicables.

Artículo 4.- Autonomía profesional para la indicación de ecografía obstétrica

El profesional obstetra puede **indicar o solicitar, realizar, interpretar y emitir el informe correspondiente de la ecografía obstétrica** dentro del ámbito de sus competencias profesionales y de acuerdo con su formación acreditada.

Cuando la ecografía sea indicada como parte de una atención obstétrica propia, **no requiere prescripción ni indicación médica previa**, sin perjuicio de la coordinación interdisciplinaria que corresponda ante factores de riesgo, hallazgos sospechosos o patología.

Artículo 5.- Ecografías obstétricas de cribado, evaluación y vigilancia

Se encuentran comprendidas dentro de la ecografía obstétrica de cribado, evaluación o vigilancia, de acuerdo con la edad gestacional, indicación clínica y protocolos vigentes, entre otras:

a) ecografía obstétrica temprana;

b) ecografía obstétrica de las **11 a 14 semanas**, incluida la evaluación anatómica y de marcadores ecográficos de riesgo;

c) evaluación ecográfica para el **tamizaje o estratificación del riesgo de preeclampsia**, cuando corresponda;

d) **ecografía morfológica o evaluación anatómica fetal**;

e) **cervicometría ecográfica**;

f) biometría y evaluación del crecimiento fetal;

g) evaluación ecográfica de placenta, inserción del cordón y líquido amniótico;

h) **ultrasonografía Doppler obstétrica**, según finalidad e indicación;

i) pruebas ecográficas de bienestar fetal; y

j) **perfil biofísico fetal**, cuando se encuentre clínicamente indicado.

La enumeración es enunciativa y no limita otras modalidades ecográficas comprendidas dentro de la atención obstétrica y para las cuales el profesional cuente con competencia específica acreditada.

Este punto es consistente con la evidencia internacional: la ecografía de 11–14 semanas incluye evaluación anatómica y no solo marcadores cromosómicos, mientras la ecografía rutinaria de segundo trimestre se utiliza principalmente para la evaluación anatómica fetal. (SIUOG)

Artículo 6.- No exclusividad por denominación del examen

Las siguientes denominaciones:

- ecografía de 11 a 14 semanas;
- ecografía con evaluación de marcadores;
- ecografía morfológica;
- cervicometría;
- ecografía Doppler;
- ecografía de crecimiento fetal;
- perfil biofísico fetal; y
- demás evaluaciones ecográficas obstétricas,

no constituyen por su sola denominación procedimientos reservados exclusivamente a profesionales médicos.

La habilitación para realizarlos depende del ámbito profesional reconocido por ley y de la formación, entrenamiento y competencia específica acreditada del operador.

Esta disposición no altera las competencias legalmente reconocidas a otros profesionales de la salud.

Artículo 7.- Diferenciación entre cribado y diagnóstico dirigido

La detección de un marcador, alteración o hallazgo sospechoso durante una ecografía obstétrica de cribado, evaluación o vigilancia **no convierte retroactivamente dicho examen en un procedimiento diagnóstico especializado**.

Ante un hallazgo sospechoso, el profesional que realiza la evaluación:

a) documenta el hallazgo;

b) informa a la gestante;

c) determina la necesidad de ampliación del estudio dentro de sus competencias; y

d) realiza la interconsulta o referencia correspondiente cuando se requiera un estudio de mayor complejidad.

La regulación sanitaria debe preservar la diferenciación entre el **examen de cribado** aplicado para identificar riesgo o posibles alteraciones y el **estudio dirigido** destinado a caracterizar una condición sospechada.

Artículo 8.- Estudios ecográficos dirigidos de mayor complejidad

Constituyen estudios dirigidos aquellos realizados ante hallazgos sospechosos, factores de riesgo o necesidad de evaluación detallada de un órgano, sistema o condición específica.

Pueden comprender, entre otros:

a) **ecocardiografía fetal**;

b) **neurosonografía fetal dirigida**;

c) evaluación anatómica fetal especializada;

d) estudios Doppler de mayor complejidad; y

e) otras evaluaciones ecográficas avanzadas.

La clasificación de un estudio como dirigido, avanzado o de mayor complejidad **no establece por sí misma exclusividad profesional**.

Su realización corresponde al profesional de salud que cuente con las competencias legalmente reconocidas y con la **formación avanzada específica acreditada para la técnica correspondiente**, conforme a la regulación aplicable.

Artículo 9.- Ecocardiografía fetal y neurosonografía fetal

La ecocardiografía fetal y la neurosonografía fetal dirigida constituyen estudios ecográficos de mayor complejidad que requieren formación avanzada específica.

La Autoridad Nacional de Salud establece los estándares mínimos de capacitación, entrenamiento, experiencia, calidad e informe para su realización, **sin establecer exclusiones profesionales basadas únicamente en el título profesional de origen cuando exista competencia legal y formación específica acreditada**.

La neurosonografía dirigida, por ejemplo, se diferencia internacionalmente del examen de cribado del sistema nervioso central y está destinada principalmente a situaciones de mayor riesgo o sospecha de anomalía. (SIUOG)

Con esta formulación **no cedemos legislativamente la ecocardiografía fetal ni la neurosonografía como actos médicos exclusivos**. Reconocemos su mayor complejidad, pero el elemento habilitante continúa siendo la competencia y formación avanzada.

Artículo 10.- Ecografía obstétrica en el Primer Nivel de Atención

El Sector Salud promueve el acceso oportuno a ecografía obstétrica en el **Primer Nivel de Atención**, particularmente en las IPRESS que, conforme a su categoría, cartera de servicios, equipamiento y capacidad resolutiva, cuenten con dicha prestación.

El profesional obstetra con formación acreditada en ultrasonografía obstétrica puede realizar dichos estudios dentro de sus competencias en los establecimientos del Primer Nivel que cuenten con las condiciones técnicas correspondientes.

La falta de disponibilidad de un determinado especialista médico **no constituye impedimento para utilizar el equipamiento ecográfico existente cuando se cuente con un profesional obstetra legalmente habilitado y con competencia específica acreditada**.

Actualmente el propio MINSA contempla **ecografía y atención de la gestante en periodo de parto entre los servicios de los establecimientos categoría I-4**, lo que proporciona un fundamento concreto para vincular la propuesta con capacidad resolutiva del Primer Nivel. (Gobierno del Perú)

Artículo 11.- Finalidad del fortalecimiento del Primer Nivel

El fortalecimiento de la ecografía obstétrica en el Primer Nivel tiene por finalidad:

a) acercar la evaluación ecográfica a la atención prenatal;

b) favorecer la determinación oportuna de edad gestacional, número de fetos y demás parámetros obstétricos;

c) facilitar el cribado y detección oportuna de factores de riesgo;

d) identificar hallazgos que requieran referencia;

e) mejorar la capacidad resolutiva de la atención prenatal; y

f) articular el Primer Nivel con establecimientos de mayor complejidad mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.

La OMS mantiene la recomendación de una ecografía antes de las 24 semanas en el contexto de la atención prenatal rutinaria. (Organización Mundial de la Salud)

Artículo 12.- Formación específica

Para efectos de la presente ley, se entiende por **formación específica acreditada en ultrasonografía obstétrica** la formación teórica y práctica certificada que permita demostrar competencias para efectuar el tipo de examen correspondiente.

La reglamentación establece estándares diferenciados según complejidad, considerando:

a) formación teórica;

b) entrenamiento práctico supervisado;

c) número y variedad de estudios realizados;

d) evaluación de competencias;

e) calidad y conservación de imágenes;

f) elaboración del informe ecográfico;

g) identificación de límites diagnósticos;

h) criterios de referencia; y

i) actualización profesional continua.

Los requisitos deben guardar relación con la complejidad efectiva del examen y **no pueden ser utilizados para establecer una exclusión profesional carente de fundamento legal o técnico**.

Artículo 13.- Reconocimiento de formación previa

La reglamentación contempla mecanismos para el reconocimiento de la formación y experiencia en ultrasonografía obstétrica adquirida antes de la entrada en vigencia de la presente ley.

Los profesionales obstetras que cuenten con estudios de posgrado, diplomados, programas universitarios, certificaciones u otra formación formal en ultrasonografía obstétrica pueden solicitar su reconocimiento conforme a los estándares establecidos, **sin obligación de repetir íntegramente formación ya acreditada**, sin perjuicio de la evaluación de competencias que corresponda.

Artículo 14.- Calidad del estudio e informe ecográfico

Todo profesional que realice ecografía obstétrica debe:

a) actuar dentro del ámbito para el cual cuenta con competencia;

b) registrar las imágenes necesarias;

c) efectuar las mediciones establecidas por protocolo;

d) emitir el correspondiente informe ecográfico;

e) consignar las limitaciones técnicas cuando existan;

f) informar los hallazgos relevantes; y

g) realizar o recomendar la referencia o evaluación complementaria cuando corresponda.

Los estándares de calidad deben aplicarse de acuerdo con el tipo de examen y **de manera objetiva a todos los profesionales habilitados para su realización**.

Artículo 15.- Referencia ante hallazgos

El hallazgo sospechoso de anomalía materna, fetal, placentaria, cervical o de otra condición que exceda la capacidad resolutiva del profesional o establecimiento determina la referencia o interconsulta hacia el nivel o profesional con competencia para la evaluación correspondiente.

La referencia puede comprender, según cada caso, ecocardiografía fetal, neurosonografía dirigida, evaluación de medicina materno-fetal, estudios genéticos u otras evaluaciones complementarias.

La referencia **no invalida ni descalifica el examen de cribado que permitió identificar el hallazgo**.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA.- Adecuación de la NTS N.° 105

El Ministerio de Salud adecúa la **NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01** a las disposiciones de la presente ley, diferenciando expresamente ecografía obstétrica de cribado, evaluación, vigilancia y estudios dirigidos.

SEGUNDA.- Adecuación de la RM N.° 686-2023/MINSA

Dentro del plazo máximo de **noventa días calendario**, el Ministerio de Salud adecúa el tercer párrafo del acápite de exámenes auxiliares basales del numeral 6.1.2 de la NTS N.° 105, modificado mediante RM N.° 686-2023/MINSA, a lo dispuesto por la presente ley.

La RM vigente establece hoy que la ecografía obstétrica debe ser realizada por especialista en radiología, especialista en obstetricia y ginecología o médico cirujano capacitado en ultrasonografía general. (El Peruano) Precisamente esa exclusión es la

que esta iniciativa propone superar mediante una regla legal basada en **competencia acreditada**.

TERCERA.- Normas de capacitación y calidad

El Ministerio de Salud establece los estándares técnicos de capacitación, realización, documentación y calidad de la ultrasonografía obstétrica, **con participación del Colegio de Obstetras del Perú, instituciones universitarias formadoras y demás colegios profesionales involucrados**, según corresponda.

Dichos estándares diferencian los requisitos conforme al grado de complejidad de cada modalidad ecográfica.

CUARTA.- Implementación en el Primer Nivel

La implementación de la presente ley en el Primer Nivel de Atención se efectúa progresivamente conforme a las competencias de cada entidad, cartera de servicios, equipamiento disponible y capacidad resolutiva.

La presente disposición **no obliga por sí misma a crear nuevas plazas ni a adquirir equipamiento adicional**, sin perjuicio de las decisiones de planificación y presupuesto que adopten las entidades competentes.

QUINTA.- Concordancia normativa

Las resoluciones ministeriales, normas técnicas, directivas, carteras de servicios y demás disposiciones administrativas deben interpretarse y adecuarse de conformidad con la presente ley.

Ninguna disposición de inferior jerarquía puede establecer una exclusión general del profesional obstetra respecto de la ecografía obstétrica cuando cuente con las competencias y formación específica exigidas por la presente ley.

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU - DECANATO - DCP

GLORIA MARLENE MORENO PONCE
DECANA NACIONAL
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N.° 27853 PARA INCORPORAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL DEL OBSTETRA CON FORMACIÓN ACREDITADA Y FORTALECER SU ACCESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

I. FUNDAMENTO DE LA PROPUESTA

La ecografía obstétrica constituye actualmente una herramienta central de la atención prenatal.

Su utilización durante la gestación no responde a una única finalidad. Puede emplearse para:

- cribado o tamizaje;
- evaluación de la gestación;
- vigilancia materno-fetal;
- identificación de factores de riesgo;
- detección de hallazgos sospechosos; y
- estudios dirigidos ante sospecha de patología.

La Organización Mundial de la Salud mantiene la recomendación de realizar una ecografía antes de las 24 semanas como parte de la atención prenatal rutinaria, entre otras finalidades para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples. En documentación más reciente, la propia OMS califica a la ultrasonografía obstétrica como una herramienta tanto de **screening como de diagnóstico**.

En el Perú, sin embargo, la Resolución Ministerial N.° 686-2023/MINSA modificó la NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 definiendo la ecografía obstétrica, de manera general, como un estudio especializado que requiere competencias para el diagnóstico de patología materna y fetal y delimitando su realización a determinadas categorías médicas.

Esta formulación genera un problema regulatorio porque **no toda ecografía realizada durante el embarazo tiene como presupuesto la existencia o sospecha previa de una patología**.

El presente proyecto propone corregir esa generalización.

II. PROBLEMA REGULATORIO GENERADO POR LA RM N.° 686-2023/MINSA

La RM N.° 686-2023/MINSA parte de una definición unitaria de ecografía obstétrica como estudio especializado para diagnóstico de patología.

Sin embargo, la propia atención prenatal moderna distingue claramente entre:

a) **examen realizado a una población aparentemente sana para identificar riesgo o posibles alteraciones;**

b) **examen de seguimiento o vigilancia; y**

c) **evaluación dirigida para caracterizar una anomalía sospechada o una condición de mayor complejidad.**

Esta diferencia no es meramente terminológica.

Un **tamizaje** se realiza precisamente antes de que exista un diagnóstico de enfermedad y busca identificar a aquellas gestantes o fetos que requieren una evaluación posterior.

Por ello, la detección de una anomalía durante una ecografía de cribado no convierte retrospectivamente al examen inicial en un procedimiento diagnóstico especializado.

El proyecto busca que la legislación peruana reconozca expresamente esta diferencia.

III. ECOGRAFÍA DE 11 A 14 SEMANAS

La ecografía del primer trimestre entre las 11 y 14 semanas constituye un ejemplo particularmente claro.

Las guías internacionales de ISUOG señalan que este examen permite confirmar viabilidad y número de fetos, datar adecuadamente la gestación, realizar cribado de aneuploidías, identificar anomalías estructurales mayores y efectuar determinadas evaluaciones de riesgo, entre ellas el cribado de preeclampsia pretérmino. (SIUOG)

Asimismo, señalan que la evaluación de las 11 a 14 semanas **no debe limitarse exclusivamente a longitud cráneo-rabadilla o translucencia nucal**, sino que constituye una oportunidad para efectuar una evaluación anatómica fetal. (SIUOG)

Resulta, por tanto, técnicamente más correcto referirse a:

"ecografía de 11 a 14 semanas con evaluación anatómica y marcadores de riesgo"

que utilizar de manera genérica la expresión "ecografía genética".

Los marcadores ecográficos permiten calcular o modificar probabilidades de riesgo; **no equivalen por sí mismos a un diagnóstico genético**.

El diagnóstico definitivo, cuando se encuentra indicado, puede requerir pruebas complementarias de naturaleza distinta.

IV. ECOGRAFÍA MORFOLÓGICA

La denominada ecografía morfológica corresponde a la evaluación sistemática de la anatomía fetal durante el segundo trimestre.

Las guías internacionales establecen requisitos mínimos para un estudio anatómico fetal rutinario y señalan que, cuando se sospecha una anomalía, debe considerarse una evaluación más detallada o la referencia a un centro con mayor experiencia.

Esta secuencia demuestra conceptualmente la diferencia entre:

evaluación anatómica rutinaria → hallazgo sospechoso → estudio dirigido o referencia.

Por ello, el hecho de que una ecografía morfológica pueda detectar una anomalía **no convierte automáticamente la ecografía de cribado anatómico en un estudio diagnóstico especializado reservado a una determinada profesión**.

El proyecto propone que la capacidad para efectuarla dependa de la formación específica y de la competencia acreditada para realizar una evaluación anatómica fetal completa.

V. CERVICOMETRÍA

La cervicometría ecográfica constituye otra aplicación de ultrasonido obstétrico.

Puede emplearse para evaluar la longitud cervical y estimar riesgo de parto pretérmino en determinados contextos, incluso en gestantes asintomáticas.

Su utilización, por tanto, tampoco exige necesariamente la existencia previa de una enfermedad diagnosticada.

La propuesta legislativa incorpora la cervicometría dentro de las técnicas que pueden ser realizadas por un profesional obstetra que cuente con formación específica y competencia acreditada para dicha técnica.

VI. ECOGRAFÍA DOPPLER

La ultrasonografía Doppler obstétrica comprende múltiples aplicaciones y grados de complejidad.

Puede utilizarse para:

- evaluación de circulación uterina;
- evaluación fetoplacentaria;
- vigilancia de determinadas gestaciones;
- estratificación de riesgo; y
- estudio de situaciones patológicas específicas.

ISUOG cuenta con guías específicas sobre velocimetría Doppler obstétrica, lo que evidencia que el término "Doppler" comprende diferentes vasos, indicaciones y contextos clínicos.

Por ello, el proyecto **no establece que todo Doppler sea un tamizaje universal**, pero tampoco admite que la sola utilización de tecnología Doppler transforme automáticamente el examen en un procedimiento médico exclusivo.

El criterio regulatorio debe ser el nivel de complejidad y la competencia acreditada del operador.

VII. PERFIL BIOFÍSICO FETAL Y VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL

El perfil biofísico fetal constituye una herramienta de vigilancia del bienestar fetal utilizada cuando existe indicación clínica.

No se propone caracterizarlo como examen universal de cribado para toda gestante sana.

Sin embargo, su indicación como prueba de vigilancia tampoco significa que, por su sola denominación, deba considerarse necesariamente un procedimiento exclusivo de una determinada profesión.

El proyecto establece que su realización debe depender de:

- indicación clínica;
- formación específica;
- competencia demostrada;
- protocolos vigentes; y
- capacidad resolutiva.

Este criterio permite preservar simultáneamente seguridad clínica y autonomía profesional.

VIII. DIFERENCIA ENTRE ECOGRAFÍA DE CRIBADO Y ESTUDIOS DIRIGIDOS

Uno de los objetivos centrales del proyecto es incorporar una verdadera **ruta de complejidad ecográfica**.

Una gestante inicialmente sana puede someterse a:

ecografía de cribado o evaluación rutinaria.

Si se identifica un hallazgo sospechoso, puede requerirse posteriormente:

evaluación dirigida de mayor complejidad.

Entre estas evaluaciones pueden encontrarse:

- ecocardiografía fetal;

- neurosonografía fetal dirigida;
- estudios Doppler avanzados;
- evaluación anatómica especializada; u
- otras técnicas específicas.

La diferencia está en la **finalidad y profundidad diagnóstica**, no exclusivamente en quién realizó el examen inicial.

IX. ECOCARDIOGRAFÍA FETAL Y NEUROSONOGRAFÍA

La propuesta reconoce que la ecocardiografía fetal y la neurosonografía fetal dirigida requieren un grado de formación mayor que una ecografía obstétrica básica o de cribado.

Sin embargo, **el proyecto deliberadamente no las declara actos médicos exclusivos**.

Ello responde a una razón jurídica y técnica.

Reconocer que una técnica requiere alta capacitación no significa necesariamente que deba reservarse por ley a una profesión específica.

El criterio debe ser:

competencia legal + formación avanzada específica + entrenamiento + acreditación + control de calidad.

La finalidad de esta redacción es evitar que, al reconocer niveles de complejidad, el legislador genere indirectamente monopolios profesionales que no hayan sido justificados técnicamente.

El proyecto deja a la regulación sanitaria la determinación de estándares de formación y competencia para dichas técnicas.

X. FORMACIÓN ACREDITADA COMO REQUISITO

El proyecto **no propone que todo profesional obstetra quede habilitado automáticamente para realizar ecografía por el solo hecho de poseer título profesional**.

La autorización depende de formación adicional.

Se propone exigir:

- formación teórica;
- entrenamiento práctico;
- supervisión;
- evaluación de competencias;
- experiencia documentada;
- conocimiento de las limitaciones de cada examen;
- adecuada adquisición y conservación de imágenes;
- elaboración de informes;
- actualización continua; y
- conocimiento de criterios de referencia.

Este modelo tiene una ventaja importante frente a una prohibición basada exclusivamente en el título profesional de origen.

Permite que el sistema sanitario determine **quién está realmente capacitado para ejecutar cada procedimiento**.

XI. SUSTENTO EN LA LEY N.° 27853

La Ley N.° 27853 establece que el profesional de Obstetricia administra atención obstétrica dentro de su ámbito de competencia y desarrolla funciones en diferentes niveles asistenciales. Asimismo, reconoce su participación en la formulación, evaluación y ejecución de normas y estándares inherentes a la profesión.

Su Octava Disposición Complementaria reconoce expresamente que los profesionales cuyos títulos estén consignados como **"licenciados en Obstetricia" u "Obstetra"** se encuentran comprendidos en la Ley.

El Decreto Supremo N.° 008-2003-SA aprobó el Reglamento de dicha ley.

En consecuencia, existe ya una estructura legal que reconoce un ámbito propio de atención obstétrica.

La propuesta legislativa busca incorporar expresamente la utilización de una tecnología —la ultrasonografía obstétrica— cuando el profesional cuente con la formación adicional requerida.

XII. IMPORTANCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La propuesta otorga especial relevancia al **Primer Nivel de Atención**.

La ecografía antes de las 24 semanas forma parte de las recomendaciones internacionales de atención prenatal. La OMS reafirma que debe estar disponible para las gestantes dentro de la atención prenatal rutinaria.

Por ello, el proyecto plantea que el Estado promueva progresivamente la disponibilidad de ecografía obstétrica en los establecimientos del Primer Nivel que cuenten con:

- cartera de servicios compatible;
- equipamiento;
- infraestructura;
- protocolos;
- profesionales capacitados; y
- mecanismos efectivos de referencia.

La finalidad no es trasladar indiscriminadamente todos los estudios especializados hacia el Primer Nivel.

La lógica es otra:

Primer Nivel resuelve cribado, evaluación y vigilancia dentro de su capacidad → identifica riesgo o hallazgo → deriva oportunamente lo que excede su capacidad resolutiva.

Este esquema es coherente con una red de atención escalonada.

XIII. APROVECHAMIENTO DEL RECURSO HUMANO CAPACITADO

Cuando un establecimiento dispone de equipamiento ecográfico y cuenta con un profesional obstetra con capacitación acreditada, una prohibición absoluta basada únicamente en la profesión de origen puede impedir el aprovechamiento de esa capacidad instalada.

El proyecto pretende sustituir dicha lógica por una regulación basada en competencias.

Sin embargo, no se afirma que en todos los establecimientos peruanos exista actualmente equipamiento o número suficiente de profesionales capacitados; esa determinación corresponde al MINSA y a las entidades sanitarias mediante información oficial.

Por ello, la implementación se propone **progresiva y conforme a capacidad resolutiva**, evitando realizar afirmaciones presupuestarias o de disponibilidad que no estén sustentadas.

XIV. AUTONOMÍA PARA INDICAR LA ECOGRAFÍA DENTRO DEL ÁMBITO OBSTÉTRICO

La propuesta no se limita a reconocer la capacidad técnica para operar un ecógrafo.

Si el profesional obstetra tiene legalmente a su cargo determinada atención obstétrica y cuenta con formación para utilizar la ecografía como herramienta de dicha atención, resulta coherente que pueda:

- indicar o solicitar el estudio;
- realizarlo;
- interpretarlo; y
- emitir el informe correspondiente,

siempre dentro de sus competencias.

Exigir necesariamente una orden médica previa para una ecografía que forma parte de una atención obstétrica propia mantendría una dependencia que limitaría considerablemente el objetivo de fortalecer la capacidad resolutiva del Primer Nivel.

La propuesta no elimina la interconsulta médica cuando se identifica una condición que la requiera.

XV. INFORME ECOGRÁFICO Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El reconocimiento de la competencia ecográfica debe ir acompañado de responsabilidad.

Todo profesional habilitado debe documentar:

- indicación;
- técnica utilizada;
- mediciones;
- imágenes pertinentes;
- hallazgos;
- impresión o conclusión;
- limitaciones del examen; y
- conducta de referencia cuando corresponda.

El proyecto incorpora esta obligación precisamente para evitar que la ampliación del acceso sea interpretada como disminución de estándares.

Mayor acceso debe ir acompañado de mayor estandarización y control de calidad.

XVI. IMPACTO SOBRE LA RM N.° 686-2023/MINSA

La aprobación de la propuesta requerirá adecuar la RM N.° 686-2023/MINSA.

La RM actualmente modifica la NTS N.° 105 y restringe la realización de la ecografía obstétrica a especialista en radiología, especialista en obstetricia y ginecología o médico cirujano capacitado en ultrasonografía general.

La nueva legislación sustituiría ese criterio restrictivo por otro basado en:

competencia profesional + capacitación específica + tipo de ecografía + complejidad + estándares de calidad.

No se propone derogar íntegramente la NTS N.° 105.

Se propone que MINSA adecúe únicamente las disposiciones incompatibles con la nueva ley.

XVII. EFECTO SOBRE OTRAS PROFESIONES

El proyecto **no excluye ni disminuye las competencias actualmente reconocidas a médicos especialistas, médicos cirujanos u otros profesionales legalmente habilitados**.

Su finalidad es incorporar expresamente al profesional obstetra debidamente formado.

Por ello, el modelo no es de sustitución profesional sino de **habilitación concurrente según competencia acreditada**.

La seguridad de la gestante y del feto continúa siendo el criterio central.

XVIII. EFECTOS SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La propuesta genera principalmente los siguientes efectos:

NORMA	EFECTO
Ley N.° 27853	Incorpora expresamente la ecografía obstétrica dentro de las funciones que puede ejercer el profesional obstetra con formación específica acreditada.
D.S. N.° 008-2003-SA	No se deroga. Corresponde su adecuación reglamentaria si resulta necesario.
NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01	Se mantiene, debiendo adecuarse el extremo referido a ecografía obstétrica.
RM N.° 686-2023/MINSA	Debe modificarse para eliminar la exclusión general del profesional obstetra capacitado y diferenciar finalidad y complejidad ecográfica. (Gobierno del Perú)
Normativa de categorización y cartera de servicios	Deberá aplicarse concordantemente con la capacidad resolutiva, equipamiento y profesionales acreditados de cada establecimiento.

XIX. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO GENERAL

El proyecto tiene principalmente efectos **normativos, organizacionales y de utilización de recursos humanos capacitados**.

No dispone automáticamente:

- adquisición de ecógrafos;
- creación de nuevas plazas;
- contratación de personal;
- incremento remunerativo;
- creación de establecimientos;
- implementación inmediata de servicios en todas las IPRESS.

La expansión de la ecografía en el Primer Nivel queda sujeta a planificación, cartera de servicios, equipamiento existente o programado y disponibilidad presupuestaria.

Los principales beneficios esperados son de carácter regulatorio:

- mayor claridad respecto de quién puede realizar ecografía obstétrica;
- diferenciación entre cribado y estudio dirigido;
- aprovechamiento de profesionales con formación acreditada;
- fortalecimiento potencial de la capacidad resolutiva;
- establecimiento de criterios uniformes de capacitación;
- obligación de referencia ante hallazgos de mayor complejidad; y
- reducción de interpretaciones normativas contradictorias.

No se atribuyen al proyecto cifras específicas de reducción de mortalidad materna, mortalidad perinatal, complicaciones o ahorro económico, pues dichos efectos requerirían evaluación empírica propia.

XX. PRINCIPIO DE SEGURIDAD Y ESCALAMIENTO ASISTENCIAL

La propuesta se construye sobre una regla fundamental:

el profesional debe resolver aquello para lo que está acreditado y referir aquello que excede su competencia o la capacidad resolutiva del establecimiento.

Por ello:

gestación aparentemente normal → cribado/ecografía obstétrica → resultado normal → continuidad asistencial;

mientras que:

gestación aparentemente normal → ecografía → hallazgo sospechoso → evaluación complementaria o referencia.

Y:

embarazo con factor de riesgo conocido → evaluación correspondiente al nivel de complejidad requerido desde el inicio.

Este mecanismo evita tanto la subreferencia como la pretensión de que un único nivel de atención resuelva todas las patologías.

XXI. RAZÓN PARA NO DECLARAR EXCLUSIVIDAD EN ESTUDIOS AVANZADOS

La ecocardiografía fetal, neurosonografía dirigida y otras técnicas avanzadas requieren formación específica considerablemente mayor.

No obstante, el proyecto no considera jurídicamente conveniente establecer en esta ley una regla de **exclusividad médica automática**.

Una afirmación de esa naturaleza podría convertirse en una barrera futura incluso cuando un profesional de Obstetricia acredite formación avanzada suficiente y el ordenamiento permita desarrollar dicha competencia.

Por ello, la propuesta adopta un criterio tecnológicamente neutral:

a mayor complejidad, mayor exigencia de formación, entrenamiento, acreditación y control de calidad.

La profesión de origen forma parte del marco legal aplicable, pero **la sola denominación de la técnica no determina automáticamente la exclusividad**.

XXII. CONCLUSIÓN

El problema que se busca resolver puede sintetizarse de la siguiente manera:

La RM N.° 686-2023/MINSA **agrupó bajo una misma caracterización de diagnóstico especializado a la ecografía obstétrica en general**, pese a que la ultrasonografía prenatal cumple funciones de cribado, evaluación, vigilancia y diagnóstico dirigido.

La propuesta legislativa plantea un modelo diferente:

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA = finalidad clínica + complejidad + formación acreditada + competencia demostrada + calidad + referencia oportuna.

Bajo este modelo:

el profesional obstetra sin formación ecográfica específica no queda automáticamente habilitado;

el profesional obstetra debidamente formado sí puede desarrollar ecografía obstétrica dentro de su competencia;

la ecografía de 11–14 semanas, morfológica, cervicometría, Doppler o perfil biofísico no se reserva exclusivamente a médicos por la sola denominación de la técnica;

los estudios dirigidos y avanzados exigen mayor formación, pero su mayor complejidad no genera por sí sola exclusividad profesional;

y

el Primer Nivel de Atención debe fortalecerse progresivamente para efectuar cribado, evaluación y vigilancia, manteniendo mecanismos efectivos de referencia hacia servicios de mayor complejidad.

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO E IMPACTO DE LA PROPUESTA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N.° 27853 PARA INCORPORAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL DEL OBSTETRA CON FORMACIÓN ACREDITADA Y FORTALECER SU ACCESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

I. FINALIDAD DEL ANÁLISIS

El presente análisis identifica los principales efectos económicos, administrativos, sanitarios y regulatorios derivados de la propuesta legislativa que incorpora expresamente la realización de ecografía obstétrica dentro del ámbito profesional del **profesional obstetra con formación específica acreditada**, diferenciando los estudios de cribado, evaluación, vigilancia y los estudios dirigidos de mayor complejidad.

Asimismo, evalúa los efectos de promover progresivamente el acceso a ecografía obstétrica en el **Primer Nivel de Atención**, sin imponer mediante la ley la adquisición inmediata de equipos, la contratación obligatoria de personal ni la creación automática de nuevas plazas.

La propuesta se origina en la regulación actualmente contenida en la **RM N.° 686-2023/MINSA**, que modificó la NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 respecto de la ecografía obstétrica. La resolución continúa publicada en el repositorio oficial del MINSA como la norma que modificó el numeral 6.1.2 referido a la atención prenatal reenfocada.

II. PROBLEMA REGULATORIO IDENTIFICADO

La regulación vigente establece una restricción profesional respecto de la realización de la ecografía obstétrica y parte de una caracterización general de dicha tecnología como estudio especializado para el diagnóstico de patología materna y fetal.

La propuesta legislativa identifica que esta formulación **no diferencia suficientemente las diversas finalidades clínicas de la ultrasonografía durante la gestación**, entre ellas:

- cribado o tamizaje;

- evaluación rutinaria;
- vigilancia materno-fetal;
- evaluación anatómica;
- estratificación de riesgo; y
- estudios dirigidos ante sospecha de patología.

La Ley N.° 27853 reconoce actualmente que el profesional de Obstetricia administra atención obstétrica dentro de su competencia y ejerce funciones en los diferentes niveles asistenciales, además de participar en la formulación de políticas, normas y estándares inherentes a su profesión.

El proyecto busca, por tanto, establecer una regla legal basada en:

competencia profesional + formación específica acreditada + complejidad del examen + estándares de calidad + capacidad resolutiva.

III. COSTOS DIRECTOS DERIVADOS DE LA APROBACIÓN DE LA LEY

La aprobación del proyecto **no genera automáticamente** las siguientes obligaciones:

- adquisición de nuevos ecógrafos;
- creación de plazas de obstetras;
- contratación adicional de profesionales;
- incremento de remuneraciones;
- creación de servicios o establecimientos;
- pago de bonificaciones;
- adquisición inmediata de infraestructura;
- creación de unidades administrativas.

El efecto jurídico inmediato consiste principalmente en:

a. reconocer la posibilidad de que el profesional obstetra con formación específica acreditada realice ecografía obstétrica dentro de su ámbito de competencia;

b. establecer criterios regulatorios para diferenciar las modalidades ecográficas;

c. ordenar la adecuación de la normativa técnica correspondiente; y

d. permitir que establecimientos que ya cuenten con equipamiento y personal acreditado puedan organizar la prestación conforme a la capacidad resolutiva y cartera de servicios aplicable.

Por tanto, **no corresponde cuantificar un gasto presupuestal automático derivado exclusivamente de la aprobación de la ley**.

IV. COSTOS POTENCIALES DE IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA

La implementación progresiva sí puede requerir gasto público cuando una entidad decida ampliar efectivamente su capacidad ecográfica.

Entre los costos potenciales pueden encontrarse:

- adquisición o reposición de ecógrafos;
- mantenimiento preventivo y correctivo;
- capacitación y certificación de profesionales;
- conectividad y telesalud;
- sistemas de almacenamiento de imágenes;
- control de calidad;
- supervisión;
- insumos;
- adecuación de ambientes; y
- eventualmente ampliación de recursos humanos.

Estos costos **no son consecuencia automática de la habilitación legal**, sino de las posteriores decisiones de política sanitaria, planificación y presupuesto que adopten MINSA, gobiernos regionales y demás entidades competentes.

Por ello, la disposición de implementación progresiva debe mantenerse expresamente sujeta a:

cartera de servicios, capacidad resolutiva, equipamiento disponible y disponibilidad presupuestaria.

V. EXISTENCIA DE CAPACIDAD INSTALADA EN EL PRIMER NIVEL

El proyecto no parte de la premisa de que deba crearse desde cero toda la capacidad ecográfica.

El propio MINSA contempla actualmente la **ecografía entre los servicios de los establecimientos categoría I-4**, junto con la atención de la gestante durante el periodo de parto y otros servicios propios de esa categoría.

Asimismo, en 2023 el MINSA aprobó mediante RM N.° 1156-2023/MINSA un listado de equipamiento menor o básico destinado al fortalecimiento de los establecimientos **I-3 e I-4 del Primer Nivel de Atención**, lo que evidencia una política sectorial de fortalecimiento progresivo de capacidad resolutiva en ese nivel.

En consecuencia, uno de los efectos posibles de la propuesta es permitir un **mejor aprovechamiento de equipamiento ya existente** cuando el establecimiento cuente además con un profesional obstetra debidamente formado y acreditado.

No se afirma que todos los I-4 dispongan efectivamente de ecógrafo operativo ni de personal capacitado; esa determinación requerirá información administrativa actualizada de cada red o región.

VI. BENEFICIOS REGULATORIOS

Los principales beneficios directos de la propuesta son de naturaleza regulatoria.

Seguridad jurídica. Permite establecer con rango legal bajo qué condiciones el profesional obstetra puede realizar ecografía obstétrica.

Uniformidad normativa. Evita que distintas normas administrativas interpreten de forma diferente una misma tecnología.

Diferenciación de complejidad. Separa ecografía de cribado, evaluación y vigilancia de estudios dirigidos de mayor complejidad.

Criterios objetivos de habilitación. Sustituye una prohibición basada exclusivamente en profesión de origen por requisitos de formación y competencia acreditada.

Responsabilidad profesional. Vincula la habilitación a obligación de emitir informe, documentar imágenes, reconocer limitaciones y efectuar referencia cuando corresponda.

VII. BENEFICIOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El beneficio potencial más importante se encuentra en el fortalecimiento de la **capacidad resolutiva del Primer Nivel**.

En establecimientos con:

- ecógrafo disponible;
- profesional obstetra acreditado;
- infraestructura adecuada; y
- sistema de referencia operativo,

determinadas evaluaciones podrían resolverse en el mismo nivel donde se desarrolla el control prenatal.

Esto puede permitir una organización asistencial en la cual:

Primer Nivel → evaluación ecográfica dentro de su capacidad → resultado normal y seguimiento / hallazgo sospechoso y referencia.

Debe evitarse afirmar sin evidencia que esto producirá automáticamente una reducción determinada de mortalidad, costos o tiempos de espera.

Esos resultados deberán medirse posteriormente mediante indicadores de implementación.

VIII. APROVECHAMIENTO DEL CAPITAL HUMANO

La propuesta permite reconocer formalmente la formación en ultrasonografía obstétrica que determinados profesionales obstetras hayan adquirido mediante programas académicos acreditables.

Para ello se plantea un sistema de:

- reconocimiento de formación previa;
- evaluación de competencias;
- diferenciación por complejidad;
- capacitación continua; y
- auditoría de calidad.

Esto evita dos extremos:

ni habilitación automática por el solo título de obstetra, ni exclusión automática por no poseer título de médico.

La variable determinante para la técnica incorporada por el proyecto será la existencia de **competencia profesional y formación específica acreditada**.

IX. IMPACTO SOBRE LAS GESTANTES

La propuesta puede generar beneficios organizacionales para las usuarias, especialmente cuando la ecografía pueda realizarse dentro de la misma red o establecimiento donde reciben atención prenatal.

Potencialmente puede favorecer:

- continuidad del control prenatal;
- detección de hallazgos que requieren referencia;
- articulación entre atención prenatal y evaluación ecográfica;
- menor fragmentación del proceso asistencial; y
- identificación del nivel de atención que corresponde.

No obstante, dichos beneficios deberán evaluarse empíricamente después de su implementación.

El análisis no atribuye anticipadamente una magnitud cuantitativa a estos efectos.

X. IMPACTO SOBRE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

El proyecto **no elimina ni restringe las competencias actualmente reconocidas a médicos especialistas, médicos cirujanos u otros profesionales legalmente habilitados para realizar ecografía**.

La propuesta establece un régimen de habilitación concurrente.

Por ello:

- el médico especialista conserva sus competencias;
- el médico cirujano capacitado conserva las que le reconozca el ordenamiento;
- el profesional obstetra acreditado adquiere reconocimiento expreso dentro de su ámbito;
- los estudios de mayor complejidad requieren mayor nivel de formación;
- ninguna técnica se declara exclusiva únicamente por su denominación.

No existe, por tanto, transferencia automática de competencias de una profesión hacia otra.

XI. IMPACTO DE LA ECOGRAFÍA DE 11–14 SEMANAS, MORFOLÓGICA, CERVICOMETRÍA, DOPPLER Y PERFIL BIOFÍSICO

La propuesta tiene especial incidencia en estas evaluaciones porque evita que la mera denominación del examen sea utilizada como criterio de exclusión profesional.

El proyecto reconoce expresamente que:

ecografía de 11–14 semanas,
evaluación anatómica o morfológica,
cervicometría,

Doppler obstétrico, y
perfil biofísico fetal

pueden presentar distintos grados de complejidad y requerir formación específica.

Por ello, su realización depende del nivel de competencia acreditado.

Debe mantenerse una precisión fundamental:

el reconocimiento de que determinados estudios requieren mayor formación no implica reconocer exclusividad médica sobre dichos estudios.

Esta regla evita crear indirectamente una reserva profesional que no constituye el objeto del proyecto.

XII. IMPACTO DE LOS ESTUDIOS DIRIGIDOS DE MAYOR COMPLEJIDAD

La propuesta reconoce que estudios como:

- ecocardiografía fetal;
- neurosonografía fetal dirigida;
- Doppler avanzado;
- evaluación anatómica especializada;

requieren formación avanzada.

En estos casos, los estándares de capacitación y experiencia serán necesariamente superiores.

Sin embargo, la propuesta adopta el principio de que:

mayor complejidad = mayor exigencia de competencia, no exclusividad automática por profesión.

Esto permite que la regulación evolucione conforme a formación, evidencia, avances tecnológicos y competencias profesionales, sin establecer una prohibición absoluta mediante una norma general.

XIII. COSTOS DE CAPACITACIÓN Y ACREDITACIÓN

La creación de un sistema de estándares de capacitación puede generar costos para:

el Estado, si decide financiar programas de formación;

universidades, si desarrollan programas académicos;

profesionales, si asumen directamente el costo de formación o acreditación;

y

entidades sanitarias, si implementan procesos de evaluación y control.

No obstante, el proyecto no establece que toda capacitación deba ser financiada con recursos públicos.

La reglamentación podrá reconocer distintas vías acreditadas de formación y mecanismos de reconocimiento de competencias preexistentes.

XIV. BENEFICIO DEL RECONOCIMIENTO DE FORMACIÓN PREVIA

Resulta importante mantener la disposición que permite reconocer:

- estudios universitarios;
- programas de posgrado;
- diplomados;
- certificaciones;
- entrenamiento documentado; y
- experiencia previa,

siempre que cumplan los estándares que se establezcan.

Esto evita obligar a profesionales ya formados a repetir innecesariamente todo un programa académico.

El reconocimiento deberá estar sujeto a una evaluación objetiva de competencias cuando corresponda.

XV. RIESGOS REGULATORIOS Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

RIESGO	MEDIDA PROPUESTA
Profesional sin suficiente capacitación realiza estudios complejos	Formación específica acreditada y evaluación de competencias
Variabilidad en calidad de imágenes e informes	Protocolos nacionales y auditoría de calidad
Falta de referencia de hallazgos	Criterios obligatorios de interconsulta y referencia
Confusión entre cribado y diagnóstico especializado	Clasificación normativa por finalidad y complejidad
Utilización indiscriminada del Doppler o perfil biofísico	Indicación clínica y protocolos específicos
Pretensión de realizar estudios avanzados sin entrenamiento suficiente	Requisitos superiores de formación para ecografía dirigida/avanzada
Exclusión del obstetra pese a formación acreditada	Reconocimiento legal expreso de la competencia
Interpretación de estudios avanzados como reserva médica automática	Regla expresa de no exclusividad por la sola denominación o complejidad
Implementación sin recursos suficientes	Aplicación progresiva según capacidad resolutiva y presupuesto

XVI. IMPACTO EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

NORMA	EFECTO DE LA PROPUESTA
Ley N.° 27853	Se incorpora expresamente la indicación, realización, interpretación e informe de ecografía obstétrica dentro del ámbito del profesional obstetra con formación específica acreditada. La ley vigente ya reconoce atención obstétrica y funciones en diferentes niveles asistenciales.
D.S. N.° 008-2003-SA	No se deroga. Corresponderá adecuarlo en lo que resulte necesario.
NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01	Se mantiene la norma materna, modificándose únicamente los extremos incompatibles con la nueva regulación legal.
RM N.° 686-2023/MINSA	Requiere adecuación porque actualmente modifica el numeral 6.1.2 de la NTS 105 respecto de ecografía obstétrica.

Normativa del Primer Nivel	Deberá aplicarse concordantemente. El MINSA actualmente reconoce ecografía entre los servicios de establecimientos categoría I-4.
Normas de categorización y cartera de servicios	Deberán considerar simultáneamente categoría, equipamiento, cartera y profesional acreditado.

XVII. NORMAS QUE NO SE PROPONE DEROGAR

El proyecto no requiere derogar integralmente:

- Ley N.° 27853;
- D.S. N.° 008-2003-SA;
- NTS N.° 105-MINSA/DGSP-V.01;
- RM N.° 686-2023/MINSA.

La técnica legislativa escogida es:

modificación legal + adecuación de la norma técnica y resolución ministerial incompatibles.

Esto evita dejar sin regulación la atención prenatal.

XVIII. IMPACTO PRESUPUESTAL

La iniciativa debe distinguir dos momentos.

Primer momento: reconocimiento normativo.

La aprobación de la ley habilita una competencia bajo determinadas condiciones y obliga principalmente a efectuar adecuaciones reglamentarias y técnicas.

Segundo momento: expansión de servicios.

Si posteriormente el Poder Ejecutivo, MINSA o los gobiernos regionales deciden:

- adquirir nuevos ecógrafos;
- ampliar prestaciones;

- financiar capacitación;
- contratar profesionales;
- crear plazas; o
- ampliar infraestructura,

tales decisiones requerirán su respectiva programación y habilitación presupuestaria.

Por ello, el proyecto **no debe contener una disposición que ordene una adquisición masiva de equipos o contratación inmediata**.

Esta separación reduce el riesgo de que una propuesta principalmente regulatoria sea interpretada como mandato directo de gasto.

XIX. INDICADORES PARA UNA EVALUACIÓN POSTERIOR

La implementación de la ley puede evaluarse mediante indicadores como:

- número de profesionales obstetras acreditados en ultrasonografía;
- número de IPRESS de Primer Nivel con servicio ecográfico operativo;
- número de ecografías obstétricas realizadas según modalidad;
- porcentaje de informes sometidos a auditoría de calidad;
- número y tipo de hallazgos derivados;
- oportunidad de la referencia;
- concordancia diagnóstica en auditorías;
- distribución territorial de profesionales acreditados; y
- eventos adversos relacionados con la prestación.

Estos indicadores permiten evaluar resultados sin atribuir anticipadamente beneficios que aún no han sido medidos.

XX. BALANCE COSTO-BENEFICIO

Los **costos inmediatos** son predominantemente regulatorios y administrativos:

- modificación normativa;
- elaboración de estándares;
- sistemas de acreditación;
- protocolos;
- supervisión.

Los **costos de expansión asistencial** son potenciales y dependerán de posteriores decisiones presupuestarias.

Los principales **beneficios regulatorios** son:

- mayor seguridad jurídica;
- aprovechamiento de profesionales capacitados;
- diferenciación entre cribado y diagnóstico dirigido;
- fortalecimiento potencial del Primer Nivel;
- utilización racional del equipamiento disponible;
- criterios nacionales de formación y calidad;
- mejora de mecanismos de referencia; y
- reducción de barreras regulatorias fundadas únicamente en profesión de origen.

Por tanto, el proyecto presenta un **balance regulatorio favorable en términos de coherencia normativa y utilización de competencias acreditadas**, sin que ello permita afirmar por anticipado un ahorro fiscal específico o determinado resultado sanitario cuantificable.

XXI. CONCLUSIÓN

La propuesta **no consiste simplemente en autorizar al profesional obstetra a "usar un ecógrafo"**.

Establece un modelo de regulación integral basado en cinco principios:

1. Competencia acreditada.
2. Complejidad proporcional a la formación.
3. Fortalecimiento progresivo del Primer Nivel.
4. Referencia ante hallazgos que exceden la capacidad resolutiva.
5. No exclusividad profesional por la sola denominación de una técnica ecográfica.

La RM N.° 686-2023/MINSA permanece como la disposición ministerial que modificó específicamente la NTS N.° 105 en materia de ecografía obstétrica, mientras la Ley N.° 27853 mantiene el marco general del ejercicio de Obstetricia.

En consecuencia, la propuesta legislativa no elimina el sistema de atención prenatal vigente, sino que **incorpora a nivel legal un criterio de habilitación basado en formación específica y ordena armonizar la regulación administrativa correspondiente**.

LEY DE TRABAJO DE LA OBSTETRIZ
Ley Nº27853

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. Ámbito de aplicación de la norma.

La presente Ley norma el ejercicio profesional de la Obstetriz colegiada y habilitada en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado, cualquiera sea la modalidad de la relación laboral, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada y, así mismo en el ejercicio libre de la profesión en cuanto le resulten aplicables a éste. De ser el caso, en el sector privado se aplicará la norma o condición más beneficiosa para la Obstetriz.

Artículo 2º. Rol de la Obstetriz.

La Obstetriz provee, oferta, y administra atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia, a la mujer, familia y la comunidad, en forma científica, tecnológica, sistematizada y coordinada con los demás profesionales de la salud.

Artículo 3º. Ámbito de la profesión de la Obstetriz.

La Obstetriz participa en la aplicación de políticas de salud y en la atención integral a la mujer en relación al embarazo, parto y puerperio, para lo cual desarrolla sus labores en las áreas asistenciales, administrativa, docente, investigación y preventivo-promocional.

Artículo 4º. Requisitos para el ejercicio de la profesión.

Para el ejercicio profesional es requisito indispensable el título universitario a nombre de la nación, así como la colegiación conforme a los normados por el Decreto Ley No. 21210 Ley de Creación del Colegio de Obstetrices del Perú y la Ley 26842, Ley General de Salud.

Artículo 5º. Normas aplicables.

La profesión de Obstetriz se encuentra regulada, principalmente, por lo dispuesto en la presente Ley, por el Código de Ética del Colegio de Obstetrices del Perú; Ley No. 26482, Ley general de Salud; Ley 23346; y el Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, y su Reglamento; y en el Sector Privado por las normas que le fueren aplicables.

CAPÍTULO II

DE LAS FUNCIONES

Artículo 6º. De las Funciones.

Son funciones de la Obstetriz:

a. Ejercer sus funciones en los diferentes niveles asistenciales, que estén de acuerdo a su perfil profesional y según las facultades que le confiere la normatividad legal vigente.
b. Formar parte del equipo multidisciplinario para la realización de actividades preventivo promocionales en el campo de su competencia.

c. Participar en la formulación, evaluación y ejecución de políticas generales, normas y estándares de calidad inherentes a su profesión.
d. Ejercer consultoría, asesoría y consejería, y realizar peritajes en el campo de su competencia profesional y de acuerdo a las normas sobre la materia.
e. Realizar docencia y brindar asesoría al personal de salud y a la comunidad en los diferentes niveles del sistema educativo en el ámbito de su competencia.
f. Realizar la elaboración, formulación, ejecución y evaluación de proyectos de investigación en forma individual y grupal en el campo de la salud y otros que su capacitación le permita; y,
g. Las demás funciones que establezca el reglamento de la presente ley.

CAPÍTULO III

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 7º. Derechos.

Son derechos de la Obstetriz:

a. Ocupar el cargo correspondiente en la estructura orgánica de su carrera.
b. Desarrollar su labor en ambiente adecuado para su salud física y mental e integridad personal, así como contar con los recursos humanos y materiales necesarios.
c. Recibir atención médica preventiva cada 6 meses a cargo de la institución donde labora.
d. Recibir capacitación y adiestramiento en el área en la que realiza sus funciones por parte de la institución donde labora, de acuerdo al plan elaborado por cada institución.
e. Gozar de licencia con goce de haber para el ejercicio de cargos internacionales, nacionales, regionales y locales, en las entidades representativas que deriven de su profesión y cargos públicos mientras dure su gestión de acuerdo a la normatividad legal vigente, siempre y cuando haya sido designado por la institución.
f. Percibir remuneraciones equitativas y actualizadas de acuerdo a la legislación laboral vigente sobre la base de un escalafón salarial proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.
g. Ser contratada única y exclusivamente bajo la modalidad y con el plazo que corresponde a la naturaleza de las labores que ejecuta.

Artículo 8º. Obligaciones.

Son obligaciones de la Obstetriz:

a. Proteger la vida y la salud de las personas, en especial de la madre gestante y del que está por nacer.
b. Cumplir con los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetrices del Perú.
c. Desarrollar el trabajo profesional dentro de las políticas de salud establecidas.
d. Cumplir las obligaciones y prohibiciones que establece el Decreto Legislativo No. 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

CAPÍTULO IV

DE LA JORNADA DE TRABAJO

Artículo 9º. Jornada laboral.

La jornada laboral de la Obstetriz tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna.

Artículo 10º. Sobre tiempos y descansos remunerados.
El tiempo de trabajo que exceda la jornada laboral establecida en el artículo anterior será considerado como horas extraordinarias debiendo remunerarse en la forma correspondiente. El trabajo prestado en los días que correspondan al descanso semanal y a los días feriados no laborables, sin descanso sustitutorio, da derecho a la Obstetriz a percibir adicionalmente el pago de la remuneración que corresponde a dicha labor con una sobretasa del 100%, siempre que cumpla con los requisitos previstos en el reglamento.

Artículo 11º. De las Guardias.

El trabajo de guardia no será superior a 12 horas continuas, lo cual otorga derecho a una bonificación determinada por el reglamento. Por necesidad del servicio, podrá extenderse excepcionalmente hasta 24 horas.

Artículo 12º. De los exceptuados al servicio de guardia.

Están exceptuados del trabajo de guardia la Obstetriz mayor de cincuenta años y los imposibilitados por razones de enfermedad.

Artículo 13º. De la modalidad de guardia retén.

La modalidad de guardia retén se programa de acuerdo a la especialidad y a la necesidad del servicio. Cuando se requiera la presencia física de la Obstetriz se abonará el 100% de la bonificación que corresponda a la jornada de guardia.

Artículo 14º. Del docente asistencial.

A la Obstetriz que presta sus servicios bajo la modalidad de docente asistencial, le está permitido el tiempo parcial para sus labores asistenciales.

CAPÍTULO V

DE LA CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACIÓN

Artículo 15º. Capacitación.

La capacitación profesional permanente es inherente al trabajo obstétrico. El Estado es el mayor promotor. La Obstetriz deberá ser capacitada por la institución donde labora, con el creditaje necesario para su re certificación anual, según lo señale el Reglamento de la presente Ley.
Los procesos de capacitación son integrales, teniendo en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos, que serán regulados en su reglamento, y se dan cada año.

Artículo 16º. Especialización profesional.

La Obstetriz tendrá la opción de continuar estudios de especialización. Cuando la especialización esté solventada por el propio profesional, el empleador, previa evaluación, debe otorgar la licencia con o sin goce de haber por el tiempo que duren los estudios de especialización.

CAPÍTULO VI

DE LOS NIVELES DE LA CARRERA

Artículo 17º. Carrera pública.

El ingreso a la carrera pública se rige por el Decreto Legislativo 276.

Artículo 18º. De los niveles.

La carrera pública asistencial de la Obstetriz se estructura en los niveles siguientes:

- Nivel I hasta 5 años
- Nivel II de 5 a 10 años
- Nivel III de 10 a 15 años
- Nivel IV de 15 a 20 años
- Nivel V más de 20 años

Para el ascenso de un nivel a otro se tomará en cuenta el tiempo de servicio, la calificación profesional y la evaluación de desempeño, de acuerdo a lo señalado por el reglamento.

Artículo 19º. De la ubicación orgánica estructural.

En todo establecimiento de salud estatal se considera la unidad orgánica de Obstetricia como un órgano dependiente del servicio o departamento de Gineco-Obstetricia donde existiera, caso contrario dependerá del órgano de dirección.

Artículo 20º. De la Dirección de la Unidad Orgánica.

El cargo de Dirección es de mayor jerarquía de la unidad Orgánica de Obstetricia será ocupado necesariamente por una profesional Obstetriz de acuerdo a estricto concurso de méritos.

Artículo 21º. De las plazas vacantes.

Las plazas vacantes debidamente presupuestadas deberán ser cubiertas por Obstetrices, no pudiendo ser re programadas para otros profesionales de la salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS, DEROGATORIA Y FINAL

Primera. La presente Ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial «El Peruano» excepto el Capítulo IV que entrará en vigencia el 1 de enero del 2004 y su aplicación se adecuará con cargo a los presupuestos de los pliegos correspondientes.

Segunda. En todo lo no previsto por la presente Ley se aplicará supletoriamente la Ley que regula el trabajo y carrera de los profesionales de la salud, N° 23536.

Tercera. El Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) u otro similar se considerará para la ubicación en el escalafón y de abono para los años de servicio.

Cuarta. El personal integrante de las Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional del Perú que ejerza la profesión de Obstetriz, se regirá por lo dispuesto en la presente Ley y las normas de la institución a la que pertenezcan.

Quinta. Modificase el artículo 22º de la Ley General de Salud N° 26842 en los términos siguientes. «Artículo 22º: Para desempeñar actividades profesionales propias de la medicina, odontología, obstetricia, farmacia y cualquier otra relacionada con la atención de la salud, se requiere tener título profesional universitario y cumplir además con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la Ley».

Sexta. Derogase la Cuarta Disposición Transitoria del Decreto Ley Nº 21210.

Sétima. El Poder Ejecutivo en un plazo no mayor de 60 días útiles de publicada la presente Ley dictará el reglamento correspondiente. Para dichos fines se constituirá una Comisión conformada por un representante del Ministerio de Salud, quien la presidirá, un representante de ESSALUD, un representante del Colegio de Obstetrices y un representante de la Asociación de Facultades y Escuelas de Obstetricia del Perú - ASPEFOBST - en un plazo no menor de 15 días de publicada la presente ley.

Octava. Los profesionales que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 4° de la presente ley y cuyos títulos estén considerados como «licenciados en Obstetricia» u «Obstetra» se acogerán a lo establecido en la presente Ley.

Novena. La presente ley no afecta derechos adquiridos.

Comuníquese al Señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintisiete días del mes de setiembre del año dos mil dos.

CARLOS FERRERO
Presidente del Congreso de la República.

JESÚS ALVARADO HIDALGO.
Primer Vicepresidente del Congreso de la
República.

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA.
Mando se publique y cumpla.
Dado en la Casa de Gobierno en Lima, a los veintidós días del mes de octubre del año dos mil dos.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República.

LUIS SOLARI DE LA FUENTE
Presidente del Consejo de Ministros.

FERNANDO CARBO NE CAMPOVERDE
Ministro de Salud.

REGLAMENTO DE LA LEY 27853 DE TRABAJO DE LA OBSTETRIZ
DECRETO SUPREMO N° 008-2003-SA

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA NORMA

Artículo 1º. El presente Reglamento regula el ejercicio profesional de la Obstetriz, en concordancia con lo señalado en el Artículo 1 y la Octava Disposición Complementaria de la Ley Nº 27853 - Ley de Trabajo de la Obstetriz, en adelante la Ley.

Artículo 2º. El presente reglamento regula el ejercicio profesional de la Obstetriz colegiada y habilitada en el sector público, en el sector privado, cualquiera sea la modalidad de la relación laboral, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada y asimismo en el ejercicio libre de la profesión en cuanto le resulten aplicable a éste.

Artículo 3º. La Ley y el presente Reglamento comprenden a la Profesional Obstetriz titulada en la Universidad Peruana o con título revalidado y con matrícula actualizada en el Colegio de Obstetrices del Perú, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4 de la Ley.

TÍTULO II

DEL ROL DE LA PROFESIONAL OBSTETRIZ

Artículo 4º. La profesión de la Obstetriz está regulada en el Artículo 5 de la Ley y se encuentra legalmente autorizada para desempeñar sus funciones en el campo de la obstetricia; posee conocimientos científicos, competencias conceptuales, de procedimientos y de actitudes para brindar la consulta, la atención de la madre gestante y, participa en la atención de la familia y la comunidad a través de la provisión, oferta y administración de servicios de salud, en coordinación con los demás profesionales de la salud y según su Perfil Profesional y el Código de Ética y Deontología Profesional.

Artículo 5º. De acuerdo a su Perfil Profesional y el Código de Ética y Deontología Profesional, brinda atención final y participa en la atención de las pacientes de alto riesgo obstétrico, en coordinación con los demás profesionales de la salud competentes.

TÍTULO III

DEL ÁMBITO DE LA PROFESIÓN DE LA OBSTETRIZ

Artículo 6º. La Obstetriz, participa en la aplicación de las políticas de salud, desarrollando y ejecutando la acción preventivo promocional, de recuperación y rehabilitación de la salud a través del acto obstétrico, brindando educación, orientación y consejería en salud, según su Perfil Profesional y el Código de Ética y Deontología profesional.

Artículo 7º. El trabajo asistencial comprende la atención de la mujer en las etapas pre concepcional, concepcional y post concepcional, en el ámbito de su competencia y en relación al embarazo, parto y puerperio; se efectúa desarrollando actividades finales y actividades intermedias que realizan como acto obstétrico en los establecimientos de salud del sector público y privado.

Actividades Finales. - Son las que desempeña la Obstetriz al satisfacer directamente la demanda de la paciente consultante, brindándole atención en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, bajo la forma de consulta y atención obstétrica a la madre gestante.
Actividades Intermedias. - Son las que realiza la Obstetriz que participa en el equipo obstétrico en la consulta y atención integral a las pacientes de alto riesgo y embarazo complicado en los servicios de hospitalización y emergencia del sector público y privado.

Artículo 8º. La Obstetriz realiza el acto obstétrico que es la prestación de servicios profesional es por parte de la profesional Obstetriz, encaminado a los siguientes fines:

- Proteger y conservar la vida y la salud de la madre, del que está por nacer y del recién nacido.
- El desarrollo y ejecución de actividades preventivas promocionales, recuperación y rehabilitación de la salud, conducentes al fomento de la vida saludable de la madre, la familia y la comunidad.
- La provisión, oferta y administración de servicios de atención de salud pública, privada y el ejercicio libre de la profesión en el área de su competencia.
- La consulta y atención integral en la prevención, diagnóstico y tratamiento a la madre gestante.
- La participación en el equipo obstétrico en la atención integral a las pacientes.
- Promover la atención de salud.
- El desarrollo de la investigación científica en el campo de la salud.

Artículo 9º. El acto obstétrico se efectúa teniendo en cuenta el principio de alta responsabilidad, siendo ello lo fundamental y característico del trabajo profesional de la Obstetriz, enmarcado en su Perfil Profesional y su Código de Ética y Deontología.

Artículo 10º. Se reconoce como acto Obstétrico toda acción o disposición que realiza la Obstetriz en el ejercicio de la profesión de Obstetricia; ello comprende, los actos de atención en el campo de diagnóstico y pronóstico terapéutico que realiza en la atención integral y/o participación de las pacientes que les corresponda.

Artículo 11º. La Obstetriz, asume responsabilidad legal por los efectos del acto obstétrico que realiza, y el Estado garantiza las condiciones necesarias para su cumplimiento de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, consecuentemente, la Obstetriz no podrá ser obligada a ejercer acto obstétrico, sin las condiciones de infraestructura, equipo o insumos que garanticen una práctica ética e idónea, con arreglo al Código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetrices del Perú y su reglamento, tomando como referencia las disposiciones sobre acreditación de hospitales, salvo aquellos actos obstétricos exigidos por la atención de una paciente en situación de emergencia y que pongan en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer.

Artículo 12º. Las instituciones representativas de los profesionales en obstetricia participan en la formulación, aplicación y evaluación de la política de salud, en lo concerniente al campo de su competencia funcional y/o profesional.

TÍTULO IV

DE LAS MODALIDADES DEL TRABAJO OBSTÉTRICO

Artículo 13º. La Obstetriz realiza trabajo asistencial, preventivo promocional y de recuperación de la salud; de dirección, administración y gerencia; de docencia en educación formal y no formal; de investigación y producción intelectual, según su Perfil Profesional y el Código de Ética y Deontología Profesional.

Artículo 14º. El trabajo asistencial comprende:

- La consulta obstétrica en las etapas pre concepcional, concepcional y post concepcional.
- Emergencia.
- Centro Obstétrico.
- Hospitalización.
- Preventivo-promocional.

Brindando atención final y participando en el alto riesgo obstétrico según su Perfil Profesional y su Código de Ética.

Artículo 15º. El trabajo de Dirección, Administración y Gerencia está destinado a la participación de la Obstetriz en la planificación, organización, coordinación, evaluación y ejecución de políticas inherentes a su función en los niveles correspondientes, aplicando los estándares obstétricos y los programas inmersos en el ámbito de su competencia, conforme a su Perfil Profesional y su Código de Ética y Deontología Profesional. El trabajo administrativo comprende la participación en las actividades de los órganos de línea, programas y proyectos; en los servicios y departamentos obstétricos corresponde la prescripción del medicamento y la realización de peritajes legales en el área de su competencia, la elaboración de certificados de nacimiento, defunción fetal, salud materna, así como el certificado de descanso pre y postnatal a las pacientes a quienes controla el embarazo; emite opinión sobre materias propias de la Obstetricia; y, efectúa todas aquellas actividades inherentes al ejercicio de su función.

Artículo 16º. El trabajo de la obstetriz también comprende la realización de informes sobre peritajes y pericias obstétricas, al amparo de su Código de Ética y Deontología Profesional y las normas sobre la materia.

Artículo 17º. El trabajo docente está destinado a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en el ámbito formal y no formal.

Artículo 18º. El trabajo de investigación está dirigido a la búsqueda, desarrollo, generación de nuevos conocimientos y técnicas para la atención y preservación de la salud.

Artículo 19º. El trabajo de producción intelectual se verifica en publicaciones, proyectos y otros relacionados al cuidado y preservación de la salud.

Artículo 20º. Los ejercicios simultáneos de las modalidades de trabajo anteriormente descritas son compatibles con las funciones de la carrera de la Obstetriz.

TÍTULO V

REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Artículo 21º. Para ejercer la Profesión de Obstetriz se requiere de los siguientes requisitos:

1. Tener título profesional a nombre de la Nación otorgado por una Universidad del país. Los profesionales que opten títulos expedidos por Universidad extranjera deben proceder a su revalidación por el órgano competente, conforme a Ley.
2. Tener colegiatura y estar habilitada profesionalmente ante el Colegio de Obstetrices del Perú.

TÍTULO VI

DE LAS FUNCIONES

Artículo 22º. Corresponde al profesional Obstetriz las siguientes funciones:

a. Ejercer su profesión satisfaciendo directamente la demanda de la paciente, brindándole atención directa en la consulta preconcepcional, concepcional y postconcepcional y, participando en la atención integral de la mujer.
b. Registrar obligatoriamente sus actividades en la historia clínica, en referencia al examen, diagnóstico y tratamiento correspondiente que su profesión le faculta.
c. En la etapa prenatal da consulta obstétrica, examina, diagnostica, prescribe y administra tratamiento que su profesión le faculta. En la etapa prenatal, intranatal y postnatal detecta el riesgo obstétrico y, en ausencia del médico especialista brinda atención a la emergencia obstétrica para su derivación inmediata. Participa con el médico especialista en la monitorización fetal electrónica.
d. Examina, diagnostica, pronostica, monitorea, evalúa y conduce el proceso del trabajo de parto, atiende el parto, efectúa episiotomía y episiorrafia.
e. Atención inmediata del recién nacido en el momento del parto, con su respectiva identificación pelmatoscópica y dactilar de la madre.
f. Atender el puerperio inmediato y mediato.
g. Realiza las acciones preventivas promocionales y de recuperación en el campo de la salud, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.
h. Participa en el marco de su competencia en la atención de la paciente obstétrica complicada.
i. Proporciona información, consejería y atención sobre todos los métodos de planificación familiar normados por la autoridad de salud y, aplica los métodos no quirúrgicos escogidos por la pareja a partir de una decisión voluntaria e informada de acuerdo a lo regulado por la autoridad de salud.
j. Participa en la detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamario y de enfermedades de transmisión sexual.
k. Prescribe medicamentos dentro del área de su competencia. Expide certificados de nacimiento y de incapacidad temporal para el trabajo, que es el descanso pre y postnatal de las pacientes a quienes controla el embarazo.
l. Ejerce consultoría, asesoría, consejería y emite opinión sobre materias propias de su profesión.
m. Emite peritajes legales en el campo de su competencia profesional, siempre y cuando acredite su capacitación de acuerdo a las normas sobre la materia.
n. Realiza docencia y asesoría en los diferentes niveles del sistema educativo, en las áreas de su preparación y competencia.
o. Cumple labores de docencia, asesoría, planificación, coordinación, dirección, ejecución y monitoreo de las actividades de capacitación y educación del personal de salud y de la comunidad en el ámbito de su preparación y competencia.
p. Brinda asesoría al personal de salud y a la comunidad a través de los diferentes niveles del sistema educativo en el campo de la Salud Obstétrica, Planificación Familiar y todo lo inherente a su preparación y competencia.
q. Realiza investigación para generar nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas para la atención de la salud y el desarrollo en el campo profesional de la Obstetricia, orientado al logro de la calidad total y excelencia en forma individual y/o grupal.
r. Emite opinión técnica especializada de manera individual o a través de Comités Técnicos para la provisión de recursos humanos, materiales, insumos, equipos biomédicos y servicios hospitalarios en el ámbito de su competencia.
s. Educa a la mujer en el ámbito de su competencia durante el embarazo, parto, puerperio, climaterio y adolescencia.
t. Participa en la formulación, evaluación y ejecución de las políticas, normas generales inherentes a la salud obstétrica, planificación familiar y su preparación en el campo de la salud.

u. Planifica, formula, propone, aplica y evalúa las normas, protocolos de atención y estándares de calidad que faciliten la evaluación y control de la atención obstétrica.
v. Supervisa y controla las actividades del personal técnico y auxiliar a su cargo para su evaluación correspondiente.
w. Participa en la consejería obstétrica integral de la pareja.
x. Organiza, ejecuta y evalúa las actividades delas Unidades Operativas de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Temprana.
y. Otras que establezca su perfil profesional y la autoridad de salud, de acuerdo a su competencia funcional y profesional.

TÍTULO VII

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 23º. Son derechos de la Obstetriz:

a. Incorporarse a los niveles de carrera establecidos en el Artículo 18º de la Ley Nº 27853.
b. Acceder a los cargos de dirección y gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesionales de la salud, en instituciones públicas, incluyendo Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú en lo que le fuera aplicable, así como en las instituciones privadas.
c. Acceder a los cargos de dirección y jefatura mediante concurso, de acuerdo al Reglamento que se apruebe al respecto mediante Resolución Ministerial.
d. La Obstetriz tiene derecho a ocupar los cargos de la estructura orgánica de la carrera de obstetricia, como cargos de dirección y gestión. El ejercicio de los cargos y asignación de los mismos responde a la complejidad y necesidad institucional de los servicios de salud, debiendo respetarse los niveles de carrera.
e. Contar con un ambiente debidamente acondicionado que le permita desarrollar sus labores en condiciones adecuadas para su salud física y mental; permitiéndose de esta forma controlar la exposición a contaminantes y sustancias tóxicas, así como contar con condiciones de bioseguridad idóneas.
f. La realización de exámenes médicos de salud preventiva cada seis meses en forma obligatoria a cargo del empleador, en todos los establecimientos de salud públicos y privados a través de la Oficina de Salud Ocupacional o la que haga sus veces, orientadas al tipo de riesgo laboral; la evaluación mínima comprende:

    - Examen Radiológico.
    - Examen de Laboratorio.
    - Examen Clínico.
    - Otros exámenes que se originen por el riesgo laboral.

g. Contar con una póliza de seguro complementario de trabajo de riesgo, de acuerdo a lo previsto en la Ley Nº 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus Reglamentos.
h. Obtener licencia con y sin goce de haber por capacitación oficializada y no oficializada, según lo dispuesto en el Decreto Legislativo Nº 276 y su Reglamento.
i. Recibir adiestramiento y/o pasantía de capacitación en establecimientos de mayor complejidad en el campo de su competencia funcional, por parte de la entidad donde labora y respondiendo a las necesidades del servicio.
j. Obtener licencia con |goce de haber para representar a la institución profesional o laboral en el ejercicio de cargos locales, regionales, nacionales e internacionales.
k. Obtener licencia con goce de haber cuando asuma la representatividad y/o defensa de sus derechos que se deriven de los fines institucionales señalados en la Ley Nº 21210 del Colegio de Obstetrices del Perú, en el ámbito regional, nacional e internacional y, en el cargo

y tiempo que desempeñe durante su gestión; siempre y cuando se acredite tal representación con la respectiva documentación sustentatoria, la cual debe ser presentada en forma oportuna y en el plazo que al efecto establezca su centro laboral.

l. Obtener licencia con goce y sin goce de haber para el ejercicio de cargos públicos por designación o electivos, de acuerdo a los dispositivos legales vigentes al respecto.
m. El Estado implementará una política salarial y escala remunerativa equitativa y actualizada que corresponde al grupo ocupacional y línea de carrera, sobre la base de un escalafón que valore proporcionalmente el desarrollo científico, la calidad de atención, la responsabilidad y complejidad de la función.
n. El respeto en el cumplimiento de los dispositivos legales relacionados con la carrera.

TÍTULO VIII

DE LAS OBLIGACIONES, PROHIBICIONES Y RESPONSABILIDADES

Artículo 24º. Son obligaciones de la Obstetriz:

a. Proteger la vida y la salud de las personas, especialmente de la madre gestante, del que está por nacer y del recién nacido en forma inmediata en el momento del parto.
b. Cumplir con los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Obstetrices del Perú.
c. Desarrollar el trabajo profesional dentro de las políticas de salud establecidas.
d. Cumplir las obligaciones y prohibiciones que establece la Ley, el presente Reglamento, el Decreto Legislativo Nº 276 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 005-90-PCM.

Artículo 25º. La profesional Obstetriz es responsable por los daños y perjuicios que ocasione al paciente en el ejercicio negligente, imprudente e imperito comprobado de los actos que correspondan al ejercicio de su profesión.

TÍTULO IX

DEL TRABAJO OBSTÉTRICO EN LA MODALIDAD ASISTENCIAL Y LA JORNADA ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA

Artículo 26º. La Jornada ordinaria de trabajo de la profesional obstetriz es de seis horas diarias ininterrumpidas, o treinta y seis horas semanales, o ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia ordinaria diurna y nocturna.

Artículo 27º. Cuando se requiera ampliar la jornada ordinaria de trabajo asistencial, las horas de trabajo excedentes se considerarán como trabajo extraordinario, debiendo remunerarse de acuerdo a la legislación vigente sobre la materia.

Artículo 28º. Los requisitos para el reconocimiento de las horas de trabajo que correspondan al descanso semanal y a los días feriados no laborables, deben ser por necesidad del servicio para cubrir:

1. Los casos de descanso médico.
2. Los casos de licencias, destaques o inasistencias.

Artículo 29º. El trabajo prestado por necesidad del servicio en los días que correspondan al descanso semanal y feriados no laborables, sin descanso sustitutorio, da derecho a la Obstetriz a

percibir adicionalmente el pago de la remuneración que corresponde a dicha jornada laboral con una sobretasa del 100%, siempre que se presente la situación prevista en el artículo anterior.

Artículo 30º. El trabajo de guardia obstétrica comprende las actividades asistenciales que se cumplen en los servicios de emergencia, unidades de hospitalización, centrales de parto y otros que lo requieran.

Artículo 31º. La programación de los turnos de guardia obstétrica en los establecimientos de salud públicos y privados que así lo requieran, se hará a propuesta de la Obstetriz Jefe de la Unidad Orgánica de Obstetricia, en forma equitativa, la misma que será aprobada por la unidad administrativa correspondiente.

Artículo 32º. La duración de la guardia obstétrica no debe exceder a doce horas continuas, excepto por necesidad del servicio, en cuyo caso se podrá extender hasta veinticuatro horas.
El personal que realiza guardia nocturna gozará de descanso postguardia.
Artículo 33º. La bonificación por trabajo de guardia ordinaria se determina de la siguiente manera:

- Por guardia diurna ordinaria 1.5 Remuneración principal.
- Por guardia nocturna ordinaria 2.0 Remuneración principal.
- Por guardia diurna ordinaria en domingos y feriados 2.5 Remuneración principal.
- Por guardia nocturna ordinaria en domingos y feriados 3.0 Remuneración principal.

Artículo 34º. La modalidad de guardia retén se programa de acuerdo a la especialidad y a la necesidad del servicio. Cuando se requiera de la presencia física de la Obstetriz en servicio de retén, se le abonará el 100% de la bonificación que corresponda a la jornada de guardia por el tiempo que efectuó de manera efectiva su labor.

Artículo 35º. Están exceptuados del trabajo de guardia el profesional Obstetriz mayor de cincuenta años y los imposibilitados por razones de enfermedad. Los mayores de cincuenta años deberán solicitar su excepción ante la entidad empleadora.
Los imposibilitados por razones de enfermedad deberán acreditar su condición mediante certificado médico ante la entidad empleadora.

Artículo 36º. La jornada a tiempo parcial está permitida para labores docente-asistenciales, de acuerdo a la legislación sobre la materia.

TÍTULO X

DE LA CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO, ESPECIALIZACIÓN Y LICENCIA

Artículo 37º. La capacitación profesional permanente es inherente al trabajo de la Obstetriz. El Estado y las entidades empleadoras deben promover la capacitación de su personal Obstetriz.

Artículo 38º. La licencia con goce de haber por capacitación oficializada en el país o en el extranjero, así como la licencia sin goce de haber por capacitación no oficializada, se otorgan de conformidad con lo establecido en el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 276 y Decreto Legislativo Nº 728, según corresponda.

Artículo 39º. La Obstetriz que presta servicios en establecimientos de salud de menor complejidad o periféricos, podrá ser derivada por un período de treinta días a establecimientos de salud de nivel superior con fines de entrenamiento y capacitación, siempre que cuente con la aprobación de la entidad empleadora.

Artículo 40º. Cuando la especialización está solventada por el propio profesional, el empleador previa evaluación puede otorgar licencia con o sin goce de haber por el tiempo que duren los estudios de especialización, ya sean éstos en el país o en el extranjero, manteniéndose las obligaciones del servidor establecidas en la legislación que rige la materia.

TÍTULO XI

DE LA ESTRUCTURA DE LOS NIVELES DE CARRERA

Artículo 41º. La carrera de la Obstetriz se estructura en cinco niveles establecidos por la Ley, tomándose en cuenta para el ascenso el tiempo de servicios, calificación profesional y la evaluación del desempeño.

La carrera pública asistencial de la Obstetriz se estructura en los niveles siguientes:

- Nivel I Hasta 5 años.
- Nivel II de 5 a 10 años.
- Nivel III de 10 a 15 años.
- Nivel IV de 15 a 20 años.
- Nivel V más de 20 años.

Artículo 42º. La carrera de la Obstetriz en el sector público se regula por el Decreto Legislativo Nº 276 y su Reglamento y, la Ley Nº 23536, Ley que establece las Normas Generales que regulan el Trabajo y la Carrera de los Profesionales de la Salud y su Reglamento.

Artículo 43º. En todo establecimiento de salud público se considerará a la Unidad Orgánica de Obstetricia como un órgano dependiente del Servicio o Departamento de Gineco-Obstetricia donde existiera, caso contrario dependerá del Órgano de Dirección.

Artículo 44º. El cargo de mayor jerarquía de la Unidad Orgánica de Obstetricia será ocupado por una profesional Obstetriz, de acuerdo a estricto concurso de méritos.

TÍTULO XII

DE LOS CARGOS Y ASCENSOS

Artículo 45º. Los cargos jefaturales de las obstetrices en los servicios de los Institutos Especializados, Hospitales y Centros de Salud se cubren mediante concurso y están sujetos al proceso de ratificación periódica por el desempeño de los mismos, los cuales responden a la necesidad institucional, respetando el nivel de carrera y especialidad alcanzados.

Artículo 46º. La desactivación de una entidad pública o establecimiento de salud no determina el cese del personal Obstetriz inscrito en su correspondiente escalafón, éste tiene derecho a ser transferido a otra dependencia respetándose su nivel de carrera y demás beneficios que hubiera obtenido.

Artículo 47º. El tiempo de servicios se determina por el número de años en el ejercicio de la profesión en el sector público. El tiempo de servicios prestado en el SERUMS u otro similar se considerarán para la ubicación en el escalafón y de abono para los años de servicio.

Artículo 48º. La calificación profesional es el proceso a través del cual se evalúa las capacidades y potencialidades del profesional. Para tal fin se tomará en cuenta:

a. Docencia, Maestría y/o Doctorado.
b. Cursos de Post Grado de nivel universitario.
c. La capacitación a través de Programas de Educación Obstétrica Continúa, aprobado por el Colegio de Obstetrices del Perú para el proceso de Certificación y Recertificación.
d. Cursos, Congresos, Convenciones, Seminarios, Talleres, etc.
e. Producción y Publicaciones Científicas.
f. Investigaciones Calificadas.

El puntaje correspondiente será establecido por el Comité de Evaluación del Trabajo Obstétrico.

Artículo 49º. La evaluación es el proceso integral, sistemático y continuo de apreciación valorativa de las aptitudes, trabajo y rendimiento de la Obstetriz, tomando en cuenta el nivel de calidad, responsabilidad, disciplina y moralidad en su trabajo.

Artículo 50º. La evaluación está a cargo del jefe inmediato superior, cuyo resultado podrá ser aceptado o impugnado ante el Comité de Evaluación del Trabajo Obstétrico de cada establecimiento de salud.
Artículo 51º. El Comité de Evaluación del Trabajo Obstétrico está constituido por dos representantes de la Dirección del establecimiento de salud al que pertenece el profesional Obstetriz y un representante de las Obstetrices de dicho establecimiento, en caso exista.

Artículo 52º. En el proceso de ascenso se tendrá en cuenta la siguiente ponderación:
- Tiempo de servicios 35% - Calificación profesional 35% - Evaluación 30%

Artículo 53º. El puntaje mínimo para que la Obstetriz sea considerada apta para el ascenso es de sesenta puntos.

Artículo 54º. Cada año, en el mes de marzo, se instala el Comité de Ascenso en cada establecimiento de salud, conformado por tres miembros, de los cuales dos son designados por la Dirección del establecimiento y uno es la representante de las Obstetrices del establecimiento, en caso exista. El Comité de Ascenso, aplicando la tabla de calificación, establece la lista de las Obstetrices aptas para el ascenso. Los resultados podrán ser impugnados ante el superior jerárquico de los Comités de Ascenso.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

PRIMERA. De la adecuación a los niveles de carrera de la Obstetriz. Para la adecuación de los niveles de carrera de la Obstetriz se conformará una Comisión Especial en cada Unidad Ejecutora, la cual tomará en cuenta el tiempo de servicios, calificación profesional y evaluación del desempeño, tal como lo señala el Artículo 18 de la Ley.

La Comisión Especial estará conformada por:
- El Director Ejecutivo de la Dirección de Recursos Humanos de la Unidad Ejecutora o su representante.
- El Director Ejecutivo de la Oficina de Planificación de la Unidad Ejecutora o su representante.
- El Director Ejecutivo de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Unidad Ejecutora o su representante.
- Un representante del Colegio de Obstetrices de la Región a la que pertenece la Unidad Ejecutora.

La Comisión Especial de Apelaciones se conformará en cada Dirección de Salud y será competente para resolver los casos de apelación por las decisiones tomadas en las Comisiones Especiales de las Unidades Ejecutoras de su jurisdicción.

La Comisión Especial de Apelaciones estará conformada por:

- El Director Ejecutivo de la Dirección de Recursos Humanos de la Dirección de Salud.
- El Director Ejecutivo de la Oficina de Planificación de la Dirección de Salud.
- El Director Ejecutivo de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección de Salud.
- La Decana del Colegio de Obstetrices de la Región a la que pertenece la Dirección de Salud. En el Seguro Social de Salud (EsSalud), se tomará como referencia lo dispuesto en la presente Disposición Complementaria para la constitución de las Comisiones Especiales y Comisiones Especiales de Apelación. En los Institutos de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, la conformación de las Comisiones Especiales y Comisiones Especiales de Apelación, se sujetará a lo establecido en sus Reglamentos, Normas y Directivas vigentes aplicables.

SEGUNDA. Del plazo para adecuar los niveles de carrera de la Obstetriz.

Las mencionadas Unidades Ejecutoras deberán constituir sus Comisiones Especiales en un plazo máximo de 15 días calendario. Las Comisiones Especiales tendrán un plazo máximo de 45 días calendario para culminar el proceso de adecuación de los niveles de carrera de la profesional Obstetriz.

La efectivización de la adecuación de los niveles de carrera de la profesional Obstetriz tendrá vigencia a partir del ejercicio presupuestal 2004, de acuerdo a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria de la Ley.

TERCERA. Entrada en vigencia del Reglamento. Salvo lo dispuesto en la Segunda Disposición Complementaria del presente Reglamento y, conforme a lo dispuesto en la Primera Disposición Complementaria de la Ley, este Reglamento entrará en vigencia al día siguiente de su publicación.

LEY Nº 28686

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

La Comisión Permanente del Congreso
de la República
ha dado la Ley siguiente:

LA COMISIÓN PERMANENTE DEL
CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE MODIFICA Y DEROGA VARIOS ARTÍCULOS DEL DECRETO LEY Nº 21210, LEY QUE CREA EL COLEGIO DE OBSTETRICES DEL PERÚ

Artículo 1º.- Modificación
Modifícanse los artículos 1º, 2º, 3º, 5º, 13º, 16º, 17º y 18º del Decreto Ley Nº 21210, Ley que crea el Colegio de Obstetrices del Perú, bajo los términos siguientes:

"**Artículo 1º.- Colegio**
Créase el Colegio de Obstetras del Perú, como institución autónoma, con personería jurídica de derecho público interno. Se encuentra integrado por los profesionales obstetras no médicos cirujanos. Su sede es la Capital de la República y queda autorizado para establecer sedes o colegios regionales, conforme a su estatuto.

Artículo 2º.- Colegiación
La colegiación es requisito para el ejercicio de la profesión.

Artículo 3º.- Requisitos
Para la inscripción en el Colegio, se requiere la presentación del correspondiente título profesional otorgado por una universidad del país o, de ser el caso, revalidado de acuerdo a ley, si el título ha sido otorgado en universidad del extranjero, previo cumplimiento de las disposiciones estatutarias.

Artículo 5º.- Fines y atribuciones específicas
Son fines y atribuciones del Colegio:

a) Ejercer la representación oficial y defensa del ejercicio legal de la profesión.

b) Velar por que el ejercicio profesional se realice con sujeción al Código de Ética y Deontología y al perfil profesional que actualice periódicamente.
c) Absolver consultas sobre asuntos profesionales, científicos, técnicos o de ética profesional.
d) Contribuir al progreso de la obstetricia y a la mejora de la formación profesional, participando con este propósito en las instituciones educativas, científicas, técnicas y de investigación que correspondan.
e) Incentivar la investigación, especialmente en materias relacionadas con el estudio de la salud reproductiva y la realidad nacional, requiriendo para ello el apoyo de las instituciones cooperantes u otras.
f) Realizar las acciones de previsión y protección social.
g) Velar por que sus miembros gocen de las garantías y consideraciones en el ejercicio profesional.
h) Mantener vinculación con entidades científicas del país y del extranjero.
i) Organizar y promover certámenes nacionales e internacionales con fines científicos o culturales.
j) Crear instituciones destinadas a la investigación, capacitación y especialización de los miembros de la orden.
k) Otras que establezca el estatuto.

Artículo 13º.- Duración del mandato
Los cargos de los consejeros se ejercen por un período de tres años. No hay reelección inmediata.

Artículo 16º.- Bienes y rentas del Colegio
Constituyen bienes y rentas del Colegio:

a) Las cotizaciones ordinarias y extraordinarias que, de acuerdo al número de sus miembros, efectuarán los colegios regionales, según se señale en el estatuto del Colegio.
b) Las donaciones y legados que reciba.
c) Los intereses y rentas que produzcan sus bienes y actividades.
d) Las adquisiciones que realice por cualquier otro título, conforme a ley.
e) Otros que establezca el estatuto, con arreglo a ley.

Artículo 17º.- Bienes y rentas de los colegios regionales
Constituyen bienes y rentas de los colegios regionales:

a) Las cotizaciones ordinarias y extraordinarias de sus miembros.
b) Las donaciones y legados que reciba.
c) Los intereses y rentas que produzcan sus bienes y actividades.
d) Las asignaciones que les señale el consejo nacional.
e) Las adquisiciones que realice por cualquier otro título, conforme a ley.
f) Otras que establezca el estatuto, con arreglo a ley.

Artículo 18º.- Infracciones
Las infracciones al Código de Ética y Deontología Profesional, al estatuto, al reglamento o a las resoluciones emanadas de los órganos directivos, cometidas por los colegiados, son sancionadas con las siguientes medidas disciplinarias:

a) Amonestación.
b) Multa.
c) Suspensión.
d) Expulsión.

Las resoluciones de suspensión o expulsión, cuando emanen de un consejo regional, deberán ser confirmadas por el consejo nacional.
La suspensión del ejercicio profesional no puede ser mayor de seis meses; y, en caso de reincidencia, no mayor de un año.
El estatuto señala los casos en los que se aplican las medidas disciplinarias, el procedimiento a seguir y las atribuciones que corresponden a cada una de las instancias."

Artículo 2º.- Adición del artículo 19º al Decreto Ley Nº 21210
Adiciónase el artículo 19º al Decreto Ley Nº 21210, bajo los términos siguientes:

"**Artículo 19º.- Estatuto**
La organización, funcionamiento y demás aspectos institucionales del Colegio se establecen en su estatuto. Las modificaciones al mismo serán aprobadas por su órgano competente".

Artículo 3º.- Normas derogatorias
Deróganse los artículos 4º, 10º y 12º del Decreto Ley Nº 21210 y las demás normas que se oponen a la presente Ley.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

PRIMERA.- Adecuación
El colegio profesional adecuará su estatuto en el plazo de noventa (90) días posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley.

SEGUNDA.- Denominación
En adelante, toda mención al Colegio de Obstetrices del Perú en el Decreto Ley Nº 21210, se entiende realizada con la denominación dispuesta en el artículo 1º, modificado por la presente Ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintiún días del mes de febrero de dos mil seis.

MARCIAL AYAIPOMA ALVARADO
Presidente del Congreso de la República

FAUSTO ALVARADO DODERO
Primer Vicepresidente del
Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los catorce días del mes de marzo del año dos mil seis.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República

PEDRO-PABLO KUCZYNSKI GODARD
Presidente del Consejo de Ministros

MINISTERIO DE SALUD

No. 686-2023/minsa

REPUBLICA DEL PERU

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JOSE ERNESTO VIDAL FERNANDEZ
Secretario General
Ministerio de Salud

C. MESTAS

K. PARDO

L. CHUNGA

A. AVILA

C. ALVARADO CH.

C. DIAZ V.

L. QUIROZ

Resolución Ministerial

Lima, 18 de Julio del 2023

Visto, el Expediente N° 2022-0117816, que contiene el Memorándum N° D002704-2023-DGIESP-MINSA, las Notas Informativas N° D002189-2023-DGIESP-MINSA y N° D000370-2023-DGIESP-DSARE-MINSA, y los Informes N° D000006-2023-DGIESP-DSARE-NVB-MINSA y N° D000008-2023-DGIESP-DSARE-NVB-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y el Informe N° D000779-2023-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas; y su artículo 4 dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otras;

Que, con Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA se aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, modificada por Resolución Ministerial N° 159-2014/MINSA, que establece las normas y procedimientos técnicos administrativos, basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad y calificada, durante la preparación del embarazo, la atención prenatal reenfocada, la atención del parto y la atención del puerperio;

C. MESTAS

Que, de otro lado, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo Nº 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de salud sexual y reproductiva, entre otras;

K. PARDO

Que, mediante los documentos de la referencia, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública propone la modificación del tercer párrafo del acápite referido a exámenes auxiliares basales del numeral 6.1.2, Atención prenatal reenfocada, de la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA;

L. CHUNGA

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Personal de la Salud, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Despacho Viceministerial de Salud Pública, y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

A. AVILA

C. ALVARADO CH.

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

C. DIAZ V.

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Modificar el tercer párrafo del acápite referido a exámenes auxiliares basales del numeral 6.1.2, Atención prenatal reenfocada, de la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, de acuerdo al texto siguiente:

L. QUIROZ

"VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

(...)

E. PEÑA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JOSE ERNESTO VIDAL FERNANDEZ
Secretario General
Ministerio de Salud

REPUBLICA DEL PERU

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
JOSE ERNESTO VIDAL FERNANDEZ
Secretario General
Ministerio de Salud

C. MESTAS

Resolución Ministerial

K. PARDO

Lima, 18 de Julio del 2023

Li CHUNGA

6.1.2 ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

(…)

Exámenes auxiliares basales

(…)

- *Ecografía obstétrica, es un estudio especializado que requiere de competencias para el diagnóstico de la patología materna y fetal, por lo que debe ser realizado por el médico especialista en radiología o médico especialista en obstetricia y ginecología o médico cirujano capacitado en ultrasonografía general. Es solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, la ubicación y número de fetos y sus malformaciones fetales mayores. Hasta las 20 semanas se realiza el tamizaje de riesgo de preeclamsia. Entre la semana 20 a 24 se debe realizar la ecografía morfológica para valorar el crecimiento y anatomía fetal, el desarrollo de la placenta, inserción del cordón, medición de volumen de líquido amniótico, y medición de la longitud del cérvix; y en el tercer trimestre se realizan las pruebas ecográficas de bienestar fetal.*

A. AVILA

(…)"

C. ALVARADO CH.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en la sede digital del Ministerio de Salud.

C. DÍAZ V.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

L. QUIROZ

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud

E. PEÑA

MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DEL PERU
MINISTRO

NTS N°105 - MINSA/DGSP.V.01

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

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 preconcepcional y concepcional (prenatal, natal y postnatal)

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

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

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las normas y los procedimientos técnico-administrativos, basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad durante la preparación para el embarazo, la atención prenatal reenfocada, la atención institucional y calificada del parto y la atención del puerperio.
- 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 materna y perinatal.
- Contribuir al fortalecimiento de la organización y funciones de los establecimientos de salud que brindan atención de salud materna y perinatal

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud (del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Locales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y Privados) a nivel nacional.

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 Nº 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 de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS.

Decreto Supremo N° 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° 008-2000-SA/DM, que aprueba la "Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales SIP 2000".

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° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia 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 N° 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 N° 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 N° 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".

Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan 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 N° 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 N° 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° 556-2012/MINSA, 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 N° 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 N° 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

Alojamiento conjunto

Es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva.

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 emergencia obstétrica

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante, parturienta o puérpera en situación de emergencia o urgencia, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica por niveles de atención y a la capacidad resolutiva del establecimiento

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 del puerperio

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos hospitalarios y ambulatorios que se brinda a la mujer durante el periodo puerperal, con la finalidad de prevenir o detectar complicaciones. Para fines de información se considera:

- **Puérpera atendida.** Es la puérpera que acude a su primera atención ambulatoria con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar complicaciones relacionadas con el parto o puerperio dentro de los primeros 7 días post parto, puede ser coincidente con la cita de la/el recién nacida/o.
- **Puérpera controlada.** Puérpera que ha cumplido la segunda atención ambulatoria, ha recibido sulfato ferroso y tiene un control, de hemoglobina a los 30 días.

Atención del puerperio complicado

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos especializados, que se realizan de acuerdo a las Guías de prácticas clínica.

Atención institucional y calificada del parto

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan profesionales calificados para la atención del parto en un establecimiento de salud.

Atención preconcepcional / pregestacional

Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizada en un establecimiento de salud por profesional calificado, que se brinda a una mujer o a una pareja, con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.

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.

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.

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.

Muerte fetal u óbito fetal

Muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.

Nacido vivo

Todo producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso que, después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Parto

Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

- **Parto institucional**

  Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).

- **Parto extra institucional:**

  Parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud.

Parto domiciliario. Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna.

Parto en el trayecto al establecimiento de salud. Parto ocurrido durante el proceso de traslado de la gestante desde un establecimiento a otro establecimiento de salud. Con fines de información, el parto en trayecto corresponde al establecimiento que refiere, si el traslado es desde una vivienda es considerado parto domiciliario.

- **Parto vertical**

  Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto.

- **Parto vaginal**

  Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal.

- **Parto abdominal**

  Es aquel nacimiento por intervención quirúrgica: Cesárea.

Plan de parto

Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar 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.

Puerperio

Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.

Suplemento de ácido fólico

Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 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.

Suplemento de hierro

Es administración profiláctica de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y a la puérpera. Se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio.

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.

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 para 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 o puérpera 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

5.2.1Las 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 Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

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

- Las DISAs/DIRESAs o quien haga sus veces, deben garantizar que todos los establecimientos de su jurisdicción, brinden atención prenatal por profesional de la salud.
- 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 (Anexo N° 3), 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.

5.2.3 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 gineco-obstetra, 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 y de la puérpera, 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 pasible 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 neonatales deben usar obligatoriamente la Historia Clínica Materno Perinatal (ver Anexo N° 3), y garantizar la atención básica de la gestante identificando los signos de alarma y refiriendo oportunamente a un establecimiento de mayor complejidad.
- Garantizar la atención del parto complicado o normal y el manejo de las emergencias obstétricas, por profesional médico gíneco-obstetra, médico cirujano u obstetra, según corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento. En ausencia del profesional de la salud, el personal debe realizar la estabilización y derivación inmediata, considerando los riesgos y medidas de prevención en relación al producto de la concepción.
- 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.

- Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención oportuna de las emergencias obstétricas.
- Notificar toda muerte materna debidamente tipificada, según normatividad vigente corresponda, detectada en la comunidad en forma inmediata e investigarla a través del responsable de vigilancia epidemiológica en coordinación con el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento más cercano a donde ocurrió el hecho, y remitirán lo actuado al nivel inmediato superior.
- Analizar toda muerte materna y fetal por el Comité respectivo según su Reglamento vigente.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

La atención integral de salud materna comprende las atenciones: preconcepcional / pregestacional, prenatal reenfocada, del parto institucional y puerperio.

6.1.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

Esta atención es realizada por el equipo multidisciplinario de acuerdo a su perfil profesional.

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja.

Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, en la segunda atención se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente.

Incluye:

- Evaluación clínica (anamnesis, examen físico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas. Incluye educación para el autoexamen
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.

- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:	**Historia clínica:** *Factores sociodemográficos:* Edad materna (inferior a 15 o superior a 35) Obesidad o delgadez extrema Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Violencia de genero Actividad física o laboral de riesgo Nivel socioeconómico bajo Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales *Antecedentes reproductivos* Esterilidad previa Aborto o parto pre término a repetición Muerte perinatal Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos *Antecedentes reproductivos* Esterilidad previa Aborto o parto pre término a repetición Muerte perinatal Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos *Antecedentes médicos* Hipertensión arterial Enfermedad cardiaca o renal Endocrinopatías Epilepsias Enfermedad respiratoria crónica Enfermedades hematológicas o hepáticas
Evaluación nutricional	Índice de masa corporal – IMC
Exploración física:	Presión arterial Pulso Temperatura Examen cardiovascular Examen respiratorio Peso Talla
Exámenes de laboratorio:	Hemoglobina/hematocrito Grupo y Factor Rh Orina completa Prueba rápida de sífilis Prueba rápida de VIH previa consejería Glucosa

6.1.2. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

- 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 médico 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. Anexo N° 3.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal anexo N° 2
- 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. Anexo N° 5.
- 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.

Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal (Anexo N° 1, 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.

- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar 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.

Procedimientos de la primera atención prenatal

- 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) pregestacional 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) $\geq$140/90 o presión arterial media (PAM) $\geq$106, o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, 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.

- **Examen obstétrico completo:**
  - Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos 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).
- **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, urocultivo, 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.
  - 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.
    - 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, polihidramnios, macrosomía 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).
- **Prescripción de ácido fólico**

  Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).

- **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.

- **Prescripción de calcio**

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

  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.

- **Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional**

  La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt 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.

- **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, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, 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.

- **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 atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.
  - Registrar la atención en el formato de registro del HIS.

- **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 gíneco-obstetra.

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

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.

A partir de las 28 semanas:

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos 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.

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 electiva 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.

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 descrito en el Anexo N° 2.

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.

6.1.3. ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL

- **De la gestante, la familia y la comunidad:**
  - Reconocer los signos de alarma e identificar posibles complicaciones.
  - Acudir o comunicar al establecimiento el inicio de labor de parto.
  - Coordinar con la comunidad su participación para el apoyo por posibles complicaciones, según sea el caso.
  - Coordinar con anticipación el transporte para un traslado oportuno y adecuado.
  - Cumplir con las indicaciones del plan de parto.

- **Del establecimiento de salud:**
  - Contar con la infraestructura adecuada (ambientes de sala de dilatación y sala de partos) según capacidad resolutiva y nivel para la atención del parto.
  - Los establecimientos que no cuentan con casa de espera deben considerar el internamiento antes de los 4 cm de dilatación considerando las siguientes variables: distancia del establecimiento a la casa, la accesibilidad geográfica, el grado de estrés de la gestante (adolescente, pródromo prolongado, feto valioso, gestante no controlada, etc.) y otros factores de riesgo.
  - La atención no debe estar condicionada si la gestante porta o no el carné perinatal, DNI, resultados de análisis y otros referentes a la atención prenatal
  - El parto debe ser atendido a partir de establecimientos de salud con categoría I-4 y en establecimientos estratégicos I-3. En establecimientos de menor capacidad resolutiva se realizará solo la atención del parto inminente
  - El parto normal debe ser atendido por profesional de salud médico gíneco-obstetra, médico cirujano u obstetra. En situaciones de parto inminente o de ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto puede ser atendido por la enfermera u otro profesional o personal de salud capacitado. Atención del parto institucional horizontal o vertical según selección de la usuaria, consignado en el Plan de Parto. En establecimientos de salud para atención del parto vertical con adecuación intercultural, se debe tomar como referencia la Norma Técnica vigente para tal fin.
  - Asegurar un ambiente cálido, tranquilo, con luz tenue y libre de ruido o voz altisonante.
  - El primer nivel de atención debe contar con el kit de medicamentos e insumos para el uso de clave roja, azul o amarilla tanto en la emergencia como en el centro obstétrico o sala de partos.

- **Del personal de salud:**
  - Verificar el plan de parto brindando el tipo de parto que la usuaria desea.

- Brindar orientación sobre el proceso de parto y las posibles complicaciones.
- Reconocer los signos de alarma, y diagnosticar y manejar las complicaciones que se presenten en forma apropiada y oportuna.
- Coordinar la referencia en caso necesario a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva para resolver la complicación.
- Evitar prácticas rutinarias que no favorecen la evolución normal del trabajo de parto y parto.
- Establecer un plan en caso de ocurrir una emergencia.
- Identificar y planificar quiénes serán los donantes de sangre y cómo proceder en caso de que sea necesaria una transfusión.
- Facilitar la presencia de un acompañante que elija la gestante, de preferencia el esposo.
- Cumplir con los estándares de bioseguridad.
- Respetar los derechos de la gestante y su recién nacido a una atención humanizada del parto.

- **Intervenciones:**
- **Trabajo de parto, dilatación o primer periodo del parto:**
  - Durante el trabajo de parto normal se debe permitir:
    - El acompañamiento de la pareja o familiar.
    - Ropa adecuada según costumbre de la zona.
    - La ingesta de alimentos, mates o líquidos azucarados, toda vez que la gestante lo desee.
    - La deambulación y ducha con agua tibia
    - Que la gestante adopte la posición que le es más cómoda.
  - Durante el trabajo de parto se debe tener en cuenta:
    - Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
    - Elaborar el partograma de la OMS a partir de los 4 cm. de dilatación, controlando la evolución del trabajo de parto y funciones vitales.
    - Canalizar vía endovenosa preventiva. Control de descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos).
    - Cumplir con los criterios de estándares e indicadores de calidad según norma.
    - Acompañar a la gestante cuando desee ir al baño y verificar la micción
    - Si se detecta algún signo de alarma, coordinar la referencia inmediata a un establecimiento de mayor complejidad; de no ser ésta posible realizar el manejo según Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas.
  - Durante el trabajo de parto normal se debe evitar:
    - Realizar más de 4 tactos vaginales.
    - Realizar ruptura artificial de membrana
    - Rutinas innecesarias como: hidratación endovenosa, rasurado, enema evacuante.

- Realizar el tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis a toda gestante que no cuenta con resultados previos o con una antigüedad mayor de 6 meses.
- Usar el partograma modificado de la OMS (Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva).

- **Expulsivo o segundo periodo del parto:**

  El periodo expulsivo se realiza en la sala de partos, la que forma parte del centro obstétrico.

  Durante el periodo expulsivo, sin complicaciones, se debe permitir:

  - El acompañamiento de la pareja o familiar.
  - La posición que la mujer solicite para atención de parto, vertical u horizontal
  - Durante el periodo expulsivo normal, se debe tener en cuenta:
    - -Ingresar a la gestante a sala de partos o expulsivo:
      - Primípara: dilatación 10 cm. y altura de presentación + 2
      - Multípara: dilatación 10 cm. y altura de presentación 0
      - Gran multípara: dilatación 8 cm.
    - -Vigilar la presencia de globo vesical. Si la gestante no logra miccionar evacuar la vejiga a través de sonda.
    - -Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
  - Verificar que el paquete de atención de parto se encuentre completo y estéril, y cuente como mínimo con 2 campos de tela de textura suave y absorbente tibios
  - Controlar latidos fetales y verificar la presencia de líquido meconial en cuyo caso y si no hay progresión del expulsivo reevaluar condiciones materno fetales para posibilidad de cesárea.
  - Higiene vulvo perineal según técnica y colocación de campo estéril encima del abdomen y bajo el periné o poncho ginecológico.
  - Controlar las contracciones y solicitar a la mujer que jadee o realice pujos voluntarios (acompañando la contracción) a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Evitar realizar maniobras de Kristeler
  - Controlar la expulsión de la cabeza colocando la palma de la mano entre los parietales y el occipital, manteniendo la cabeza flexionada.
  - Proteger el periné (con la otra mano) y restringir la episiotomía
  - Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
  - Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto deslícelo por encima de la cabeza y si está ajustado píncelo con dos pinzas y córtelo.
  - Permitir que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
  - Parto del hombro: colocar las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (sobre los parietales), dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.

- Sostener el resto del cuerpo del bebé, con una mano mientras éste, se deslice hacia afuera.
- Recibir y colocar al recién nacido a término y sin complicaciones, inmediatamente sobre el abdomen de la madre. En caso de recién nacido con complicaciones pinzar y cortar el cordón umbilical de inmediato y entregarlo al equipo de atención neonatal,
- En recién nacidos a término y sin complicaciones, debe palparse el cordón con el pulgar e índice para el pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando este deje de latir o entre el segundo y tercer minuto de vida. En Recién nacidos de madre con VIH, se tiene que ligar el cordón umbilical (sin ordeñar) inmediatamente de producido el parto. (R.M. N° 336-2008. NTS N° 064-MINSA/DGSP).
- La atención del Recién nacido debe hacerse de acuerdo con la norma técnica de atención integral de salud neonatal.
- En caso de óbito o natimuerto remitir con la placenta al servicio de patología disponible, para estudio antomopatológico.

- **Alumbramiento o tercer periodo del parto:**

El alumbramiento se realiza en la sala de partos.

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe permitir:

- El acompañamiento de la pareja o familiar.
- Después de un parto vertical, la mujer debe acostarse para el alumbramiento

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe tener en cuenta:

- Luego del corte del cordón umbilical continuar con la atención materna y realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto, revisión de la placenta y del canal del parto, según Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva.
- Revisar el fondo uterino y asegurar que no haya un segundo bebé.
- Aplicar 10 UI de oxitocina intramuscular.
- Realizar la maniobra de Brandt Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con una mano y con la palma de la otra mano realizar la contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión: Comprobar la integridad de la placenta y las membranas.
- Revisar el canal del parto, verificando la necesidad de sutura.
- Realizar masaje uterino intenso comprimiendo externamente el útero con ambas palmas

Terminado el alumbramiento se debe continuar con la atención:

- En caso de complicaciones se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas vigentes
- Identificación de la madre (impresión dactilar) y del recién nacido normal (impresión plantar) antes de salir de sala de partos.
- Registro claro y completo en el Libro de Registro de Atención de Partos.
- Elaboración del certificado de nacido vivo o de defunción fetal según corresponda.

- Mantenerse expectante y preparado para una referencia materna, según corresponda.

6.1.4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Atención del puerperio inmediato

- Comprende las primeras dos horas post parto, la realiza el médico gíneco-obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia y en puerperio post quirúrgico por medico anestesiólogo, médico gíneco-obstetra, médico cirujano y profesional de enfermería. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos
  - Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, controlando:
    - Signos vitales,
    - Contracción uterina,
    - Sangrado vaginal.
  - Revisar la episiorrafía para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
  - En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o si no presenta complicaciones o signos de alarma.
  - En caso de preeclampsia severa/eclampsia, sepsis o hemorragia, dar la atención inmediata de acuerdo a cada Clave, identificar la causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento y de acuerdo a la capacidad resolutiva del establecimiento o si el caso lo requiere, deberá ser referida a un nivel de mayor complejidad (FONE o FONI) y asegurar su recepción en el establecimiento a donde es referida.
  - Si no se producen complicaciones, al terminar este período, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto.
  - En los casos post cesárea se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, vigentes.
- <u>Sala de puerperio/internamiento/hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día)</u>
  - Debe ser atendida por profesional con competencias según nivel de capacidad resolutiva del establecimiento.
  - Indicar el traslado e ingreso a sala puerperio / internamiento y garantizar el alojamiento conjunto de puérpera normal o con patología y estable.
  - Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los:
    - Signos vitales.
    - Contracción uterina.
    - Sangrado vaginal.
    - Episiorrafía o sutura perineal para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
  - Promover la deambulación precoz.
  - Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.

- Orientación/consejería y provisión del método de planificación familiar elegido por la puérpera.
- Favorecer la relación entre la madre, su recién nacido, el padre y familia dando facilidades fuera del horario de visita establecido.
- Brindar atención diferenciada y apoyo emocional a las puérperas que han sufrido la pérdida (fallecimiento) de su recién nacida/o. Se recomendará la supresión de la lactancia por medios disponibles. Se debe brindar atención diferenciada a puérperas adolescentes, apoyando el alojamiento conjunto y la aceptación del proceso de maternidad.
- En caso de evolución satisfactoria, se puede dar de alta a la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto y mínimo 48 horas en puérperas adolescentes.
- Entregar contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión.
- Entregar el certificado de nacido vivo, realizando el registro del certificado del Recién Nacido en línea inmediatamente para la obtención del DNI.
- En caso de defunción fetal, entregar el certificado correspondiente, procurando la autorización de los familiares para la realización de la necropsia.
- Entregar al momento del alta el carné prenatal con los datos completos de la atención, en los casos de referencia realizar la contrarreferencia oportuna y completa al nivel de atención que corresponde.
- Indicar y orientar sobre la cita para atención de puerperio por consulta externa, haciendo coincidir la fecha con la cita de atención del recién nacido.

Atención del puerperio mediato

Este período comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias.

Incluye las siguientes acciones:

- Vigilar y controlar la involución uterina y características de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando los signos vitales y detectando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Está prohibida la lactancia materna a todo hijo/a nacido/a de madre infectada por el VIH, según norma.
- Informar sobre las medidas higiénicas para prevenir infección materna.
- Informar sobre los signos de alarma de la madre.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Brindar el método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método.

- Programar la segunda atención a la puérpera en fecha que coincida con la atención del neonato entre los 28 a 30 días.

Atención durante el puerperio tardío

- Este período comprende después de los 7 días hasta los 42 días posparto. Atención realizada en consulta externa por por médico Gíneco Obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia, según nivel de atención; para reforzar las buenas practicas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método.

6.1.5. ACTIVIDADES DE CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Implementar intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y puérperas. 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 puérpera 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 y puérperas según su condición de riesgo

6.1.5.1 Intervención

Búsqueda activa:

- Identificar y captar el 100% de gestantes y puérperas de parto domiciliario 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 y puérperas 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 y puérperas adolescentes involucrando a todos los actores locales.

Paquete de actividades de la búsqueda activa:

- Informar a la gestante y puérpera, 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.
- En caso de puérperas, 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.

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 se 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.
- La puérpera que no acude a su control de los siete días después del parto, la visita deberá efectuarse dentro de las de las siguientes 24 horas.
- La segunda visita de seguimiento se realizará priorizando casos identificados de riesgo o riesgo potencial.
- En el caso de parto domiciliario, la visita deberá efectuarse inmediatamente que se comunica el caso y en coordinación con el profesional/equipo de atención neonatal. Debiendo trasladar a la puérpera y al recién nacido/a al establecimiento de salud para su evaluación y garantizar su adecuada evolución.

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.
- Informar 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.

Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la puérpera

- Brindar educación en higiene, alimentación para la madre.
- Brindar educación en el cuidado al Recién Nacido.
- Identificar los casos de Depresión, Psicosis puerperal, desequilibrio de salud mental.
- Identificar los casos de Violencia Basada en Género (VBG).
- Informar sobre la importancia de la planificación familiar.
- Informar sobre el reconocimiento de los signos de alarma en la madre Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico.

- Verificar si ha sido registrado en el sistema en línea o cuenta con el certificado de nacimiento, e informar los pasos a seguir para la obtención del DNI de la/el recién nacida/o.
- Obtener la firma de compromiso para acudir al control de puerperio

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 la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan 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 pre natal

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

6.1.5.2 Instrumentos

Radar de Gestantes

- 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

MINISTERIO DE SALUD - DG
LUCY DEL CARPIO ANCAYA
V°B°

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 marcador, 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

Libro de seguimiento o Padrón de Gestantes

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.

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 2000 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.

Kit de visita domiciliaria

Dependiendo del plan de visita personalizado se deben tener en cuenta los siguientes insumos:

- Ficha de plan de parto (Anexo N° 5)
- Registro de Visitas domiciliarias.

- Rotafolio 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
- 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 (Anexo N° 9).

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 del profesional que realiza la visita domiciliaria.

6.2 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.

6.2.1. PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN MATERNA

a) **Criterios para la planificación**

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

b) **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.

c) Recursos necesarios

- Historia Clínica Materno Perinatal.
- Carné Perinatal.
- Aplicativo Analítico SIP 2000.
- Partograma OMS.
- Paquetes para la atención del parto.
- Paquetes para la atención de cesáreas.
- Suplemento de hierro, acido fólico, calcio y vitamina A.
- Contar con sangre segura.
- Contar con el paquete completo de insumos de laboratorio.
- Paquetes para la atención integral del aborto incompleto.
- Paquete de medicinas e insumos para las principales emergencias obstétricas: clave roja, azul y amarilla, según norma vigente.

Actividades a programar*

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CRITERIOS
PRE GESTACIÓN		
1. Atención pregestacional	Mujer/Pareja preparada	5% de MEF
GESTACIÓN		
1. Gestante atendida	Gestante atendida	80% de gestantes esperadas
2. Gestante controlada	Gestante controlada	85% de gestantes programadas
3. Preparación psicoprofiláctica y estimulación prenatal	Gestante preparada	60% de gestantes programadas
4. Atención de la gestante con complicaciones	Gestante complicada	15% de gestantes esperadas
PARTO		
1. Atención del parto	Parto atendido	85% de gestantes programadas
2. Atención de complicaciones del parto	Parto complicado	10% de partos programados
3. Atención del parto complicado quirúrgico	Cesárea	20% de partos programados
PUERPERIO		
1. Atención del puerperio	Puérpera atendida	100% de partos programados
2. Atención del puerperio con complicaciones	Puérpera complicada	10% de partos programados

* Sujeto a cambios según planes operativos y estrategias de intervención

6.2.2. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA

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, microrredes 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 nacional al nivel regional mínimo 1 vez al año.
- Del nivel regional al hospital y redes 2 veces al año.
- De red a microrred 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.

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.

6.2.3 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 anual a nivel nacional, 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.

6.2.4. INDICADORES

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

- Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015.
- 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
- Definiciones operacionales y criterios de programación del programa estratégico materno neonatal en el marco de presupuesto por resultados
- Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Perinatal
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna

6.2.5. 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 Maternos

- Producción de servicios de salud materna (Anexo N° 6)
- 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 contrarreferencia:

- Ficha de referencia
- Ficha de contrarreferencia

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)

Registros básicos:

a) 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. (Anexo N° 3)

b) 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. (Anexo N° 7)

c) Libro de Registro de Atención de Parto.- Se encuentra ubicado en sala de partos; el profesional de salud que atendió el parto es el responsable de registrar los datos en el libro de partos en los sectores que les corresponde. El profesional que atiende el recién nacido debe registrar los datos que les corresponden. Se registran todos los partos que se producen en el establecimiento incluida las cesáreas. (Anexo N° 8)

d) 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.

f) Libro de Registro de Procedimientos Médico Quirúrgico. Se encuentra ubicado en sala de operaciones y será llenado por el médico que realiza dicho procedimiento: Aspiración Manual Endouterina (AMEU), legrados uterinos, cesáreas, etc.

g) Libro de Registro de Emergencias Obstétricas.- Se encuentra ubicado en la sala de emergencia y es llenado por el profesional que atiende la emergencia obstétrica sea en el embarazo, parto o puerperio.

Flujos de Información:

Para efectos del proceso de consolidación de la información mensual de producción de servicios materno perinatal, se procede de acuerdo al flujo contenido en el Anexo N° 10.

6.2.6. PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN

Los jefes/responsables de los Departamentos/Servicios de Atención Gíneco-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.

6.2.7. 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.
- 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.
- 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.
- 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:

- Identificar las necesidades y brechas en el sistema de capacitación regional para la atención materna y perinatal.
- Identificar y determinar los establecimientos candidatos a sedes de capacitación (CDC) regional y sedes de pasantía.
- Determinar el flujo de capacitación para lo cual es necesario la identificación y priorización de las redes y microrredes de salud que inician el proceso de capacitación.
- Solicitar la calificación como sede docente a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
- 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

6.2.8. INVESTIGACIÓN EN SALUD MATERNA

a) 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.

6.3 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.

6.3.1 Referencia y Contrarreferencia en salud materna

El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar 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 contrarreferencia debe trabajar en estrecha coordinación con el CENARUE y el SAMU.

Horas disponibles para salvar complicaciones obstétricas

Complicación	Horas	Días
Hemorragia post-parto	2	
Hemorragia ante-parto	12	
Ruptura uterina		1
Eclampsia		2
Parto obstruido		3
Infección		6

Fuente: Anne Paxton, Oficial principal de Programas, Monitoreo y Evaluación - AMDD,Deboran Maine Directora de programas -AMDD, Nadia Hijab, Consultora - AMDD. http://www.amdd.hs.columbia.edu/

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 Microrred, 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 Microrredes/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.

Procedimientos para la referencia de emergencia

- Colocar vía segura con catéter endovenoso N° 16 ó 18 en el caso si fuera gestante o puérpera.
- Vía aérea libre, si requiere oxígeno administrar 3 litros por minuto con cánula nasal o 5 litros por minuto con máscara de Venturi.
- Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores en caso de sangrado, en gestantes mayores de 22 semanas en decúbito lateral izquierdo.
- Abrigar a la usuaria manteniendo la temperatura corporal,
- Registro y monitoreo de funciones vitales, diuresis, latidos fetales, pérdida de sangre, según sea el caso, durante el traslado de la paciente.
- Personal de salud que acompaña debe ser profesional(es) con competencias en el manejo de emergencias obstétricas.
- Familiar que acompaña es potencial donante de sangre por lo que debe haber recibido orientación/consejería previa al traslado.
- En casos de hemorragia se deben realizar maniobras que reduzcan la pérdida sanguínea.
- En casos de convulsiones verificar vías aéreas permeables y evitar que la gestante se muerda la lengua, realizando el manejo de acuerdo al caso.
- Coordinar con el lugar de referencia, llenar ficha de referencia y formatos del SIS/AUS.
- Tener consentimiento informado de la paciente o de sus familiares para el traslado.
- El establecimiento que realiza la recepción debe firmar la copia de la referencia con el diagnóstico de ingreso y devolver al establecimiento de origen.

En los casos de que la gestante o puérpera no acepte la referencia y ponga en riesgo su vida y/o la de su recién nacida/o, el personal de salud que lo atiende solicitará la intervención de la autoridad del Ministerio Público.

Los casos de referencia por consulta externa se deben realizar con la ficha correspondiente.

Nivel de Referencia de principales complicaciones

Si se diagnostican las siguientes patologías, proceder como sigue al referir:

Diabetes	Establecimiento FONE; manejo de acuerdo a las indicaciones del especialista.
Cardiopatía	Establecimiento FONE, FONI; manejo de acuerdo al diagnóstico del especialista.
Neuropatía	Establecimiento FONE, FONI; manejo de acuerdo con indicaciones del especialista.
Epilepsia	Establecimiento FONE; manejo de acuerdo con indicaciones del especialista, dar información sobre medicación continua.
Abuso de drogas	Establecimiento FONE para atención especializada.
Anemia severa	Incrementar la dosis de hierro [GNAISSR], o derivar a establecimiento FONB ó FONE para manejo por especialista.
VIH Reactivo	Referir a un establecimiento FONE; según NTS N° 064-2008-MINSA/DGSP-V.01)
Antecedente familiar de Enf. Genética	Establecimiento FONI; para los estudios respectivos.
Mortinato previo	Establecimiento FONB ó FONE; para manejo del especialista.
Embarazo múltiple	Establecimiento FONB ó FONE; manejo de acuerdo a indicaciones del especialista
Neonato con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) previo	Establecimiento FONB ó FONE; para manejo del especialista.
Antecedente de eclampsia o pre-eclampsia	Establecimiento FONB ó FONE; manejo según indicación del especialista
Cesárea previa	Referir a un establecimiento FONB ó FONE, para evaluación y si necesario programar una cesárea.
Presión sanguínea alta (>140/90 mm Hg)	Referir a un establecimiento FONE para evaluación y tratamiento.

Contrarreferencia

- En el momento del alta se debe entregar a la usuaria epicrisis y la ficha de contrarreferencia para devolver al establecimiento de origen.
- Comunicar al establecimiento de origen el alta de la paciente a fin de que se haga el seguimiento respectivo.
- El establecimiento de origen debe hacer seguimiento de todas las usuarias referidas en el mes.
- En todo momento se debe guardar la ética profesional y evitar comentarios inoportunos, delante de la usuaria y/o sus familiares, sobre los diagnósticos de origen y destino.
- La unidad de referencia del establecimiento de destino debe brindar las facilidades a las usuarias referidas por consulta externa y realizar la contrarreferencia correspondiente.

6.3.2 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 transporte 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.

6.3.3. 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 parto.

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

6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento para el desarrollo de las actividades de salud materna se programa anualmente a nivel nacional de acuerdo al Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, utilizando la metodología de Presupuesto por Resultados del Ministerio de Economía y Finanzas.

Las Direcciones de Salud, Direcciones de Salud, o la que hagan sus veces deben asegurar la planificación presupuestal en cada una de sus unidades ejecutoras.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es responsable de difundir la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica para su implementación, y evaluación de su cumplimiento.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en cumplimiento de sus funciones implementará la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de su competencia.

7.2. NIVEL REGIONAL

Las Direcciones de Salud/Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y redes ejecutoras son responsables de difundir y de implementar la presente Norma Técnica de Salud en sus redes, microrredes y establecimientos de salud de su ámbito, brindando asistencia técnica y supervisando su cumplimiento.

7.3. NIVEL LOCAL

Las redes, microrredes y establecimientos de salud son responsables de aplicar la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

VIII. DISPOSICIÓN FINAL

Las direcciones de salud, 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.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1 DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL

ANEXO N° 2 ESQUEMA BASICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

ANEXO N° 3 HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL.

ANEXO N° 4 FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE.

ANEXO N° 5 PLAN DE PARTO

ANEXO N° 6 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MATERNO PERINATAL

ANEXO N° 7 LIBRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA.

ANEXO N° 8 LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PARTO.

ANEXO N° 9 REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.

ANEXO N° 10 FLUJO DEL PROCESO DE LA INFORMACIÓN

ANEXO N° 01

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN LA ATENCIÓN MATERNA

Derechos de las personas que reciben atención materna

a) **Privacidad y Confidencialidad.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- La confidencialidad respecto al motivo de su atención, así como los registros de la atención y comunicación de su caso o del recién nacida/o se cumpla en todos los servicios del establecimiento de salud.
- Ser examinada ella y/o su recién nacida/o en consultorios que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Aceptar o rechazar la presencia de personas, que no estén directamente involucradas en su atención o en la de su recién nacida/o.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen físico, el tratamiento o el procedimiento, que puedan traducir en caso hable otro idioma
- Permanecer con ropa de examen, bata u otra vestimenta, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento ginecológico u obstétrico.

b) **Información.- Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene** derecho a:

- Recibir información completa, actualizada y en su idioma sobre su estado de salud y el de su recién nacida/o, debiendo verificar que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados de su recién nacida/o.
- Recibir información sobre los requisitos y procedimientos a seguir para la afiliación y atención por el Seguro Integral de Salud (SIS) o el Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
- Solicitar y recibir, un informe médico (diagnóstico, indicaciones, resultado de análisis, procedimientos y tratamiento), así como la epicrisis.
- Que se le brinde información sobre su estado de salud y de la/el recién nacida/o (los motivos de atención, diagnósticos y tratamientos), a las personas que ella autorice, excepto en los casos que la ley lo señale.
- Que el personal de salud que está a cargo de su atención esté debidamente identificado.
- Conocer quién/quiénes son los profesionales responsables de los procedimientos de atención o tratamiento.

c) **Seguridad en la atención.-** En los servicios de salud, toda gestante o puérpera y recién nacida/o tiene derecho a:

- Recibir atención mediante prácticas que cumplan los estándares sanitarios correspondientes en cada nivel de atención de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud cuenten con las medidas de privacidad, prevención de infecciones asociadas a la

atención en salud, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal y la de su recién nacida/o.

d) **Comunicación.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Hablar sólo con las personas que estén oficialmente relacionados/as con su atención, o la de su recién nacida/o, evitando el trato con visitantes no autorizados por la paciente.
- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización en los establecimientos de salud.

e) **Toma de decisiones.- Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:**

- Tomar decisiones relacionadas con el tratamiento o atención de salud de ella o su recién nacida/o, a través del consentimiento informado y voluntario, de ser el caso.
- No ser sometida, ella o su recién nacida/o, a ningún procedimiento sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometida a presión alguna para elegir un método anticonceptivo de inmediato sobre todo después del parto o aborto.
- Consultar con otros profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.
- Rehusar su participación en actividades de investigación, actividades de docencia o actividades de entrenamiento clínico, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud o participar voluntariamente luego de haber dado consentimiento informado.

f) **Rehusar a recibir tratamiento.- Toda gestante o puérpera que acude a los servicios** de salud tiene derecho a:

- Rehusar la atención o tratamiento en cualquier momento después de haber recibido la información completa, siempre y cuando no se encuentre en situación de emergencia (riesgo de fallecimiento o daño permanente) ella, el producto de la concepción o su recién nacida/o, en estos casos, se debe informar a la Fiscalía de Prevención del Delito.

g) **Respeto y Dignidad.- Toda gestante o puérpera, que acude a los servicios de salud tiene derecho a:**

- Recibir trato respetuoso y amable de parte del personal de salud en todo momento y bajo todas las circunstancias.
- Que en la atención se respeten las creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura.

h) **Identidad.-** Toda madre debe recibir gratuitamente el certificado de nacimiento de su recién nacida/o en los establecimiento de salud, ya sea de parto institucional o domiciliario, condición indispensable para la inscripción en el registro civil. En los casos de parto institucional se debe entregar el certificado de nacimiento al alta de la puérpera.

i) **Reclamo.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Presentar reclamo o queja sobre su inconformidad por la atención recibida tanto por ella como por su recién nacida/o.

Derechos sexuales y reproductivos de las usuarias en salud materna

Toda gestante o puérpera tiene derecho a:

- Recibir la información, educación y comunicación relacionada a la salud sexual y reproductiva, cuidados maternos y del recién nacido/a.
- Disfrutar de su sexualidad y su maternidad al más alto nivel posible de salud física, mental y social.
- Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso a los servicios de salud materno infantiles, en condiciones de igualdad, independientemente de la edad, condición social, estado civil, raza y religión y sin estar sujeto a coerción, discriminación o violencia.
- Tener acceso a la atención prenatal, parto, puerperio y cuidados de la/el recién nacida/o.

Deberes de las usuarias para la atención de salud materna

Las usuarias de los servicios de salud materna deben:

- Brindar los datos veraces sobre sus antecedentes y estado de salud de ella, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención integral de ambos.
- Acudir a los servicios de salud a fin de recibir las atenciones para ella y su recién nacida/o en las fechas establecidas.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones, así como los tratamientos y procedimientos que el personal de salud indique para la recuperación de su salud y/o la de su recién nacida/o.
- Colaborar con el equipo de salud para el traslado al nivel de referencia en los casos que lo ameriten.
- Participar activamente en el auto cuidado de su salud sexual y reproductiva de acuerdo con la información, educación y comunicación recibida del personal de salud.

Deberes de los prestadores de servicios de atención materna

a) Enfoque de género en la atención materna

El personal de salud que brinda atención materna debe:

- Conocer, respetar y promover los derechos sexuales y reproductivos de las parejas, considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Brindar información clara y precisa sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y varones para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones.
- Fomentar la participación y responsabilidad de los varones en la salud materna y perinatal, así como el acompañamiento durante la atención prenatal, parto, puerperio y cuidados de la/el recién nacida/o.
- Promover la participación activa del varón en los cuidados durante el embarazo (atención prenatal, psicoprofilaxis, estimulación prenatal), parto (parto con acompañante) puerperio. y cuidados de la recién nacida/o.

- Realizar el diagnóstico de violencia familiar y riesgo biopsicosocial de la gestante.

b) Enfoque de interculturalidad en la atención materna

El proveedor de salud que brinda atención materna debe:

- Conocer y respetar la cultura étnica, lingüística, creencias religiosas, durante la atención del embarazo, parto y puerperio. Siempre y cuando no implique riesgos para la salud de la madre, el feto y el recién nacida/o.
- Considerar los conocimientos, actitudes y prácticas de las/los usuarias/os para brindar la atención respecto a la adecuación cultural de los servicios.
- Promover el uso de las casas de espera (hogares maternos)
- Brindar atención del parto humanizado: con acompañante, parto vertical, etc.
- Trabajar con agentes comunitarios de salud.
- Promover la formación de redes sociales de apoyo a las madres gestantes y puérperas.

ANEXO N° 2

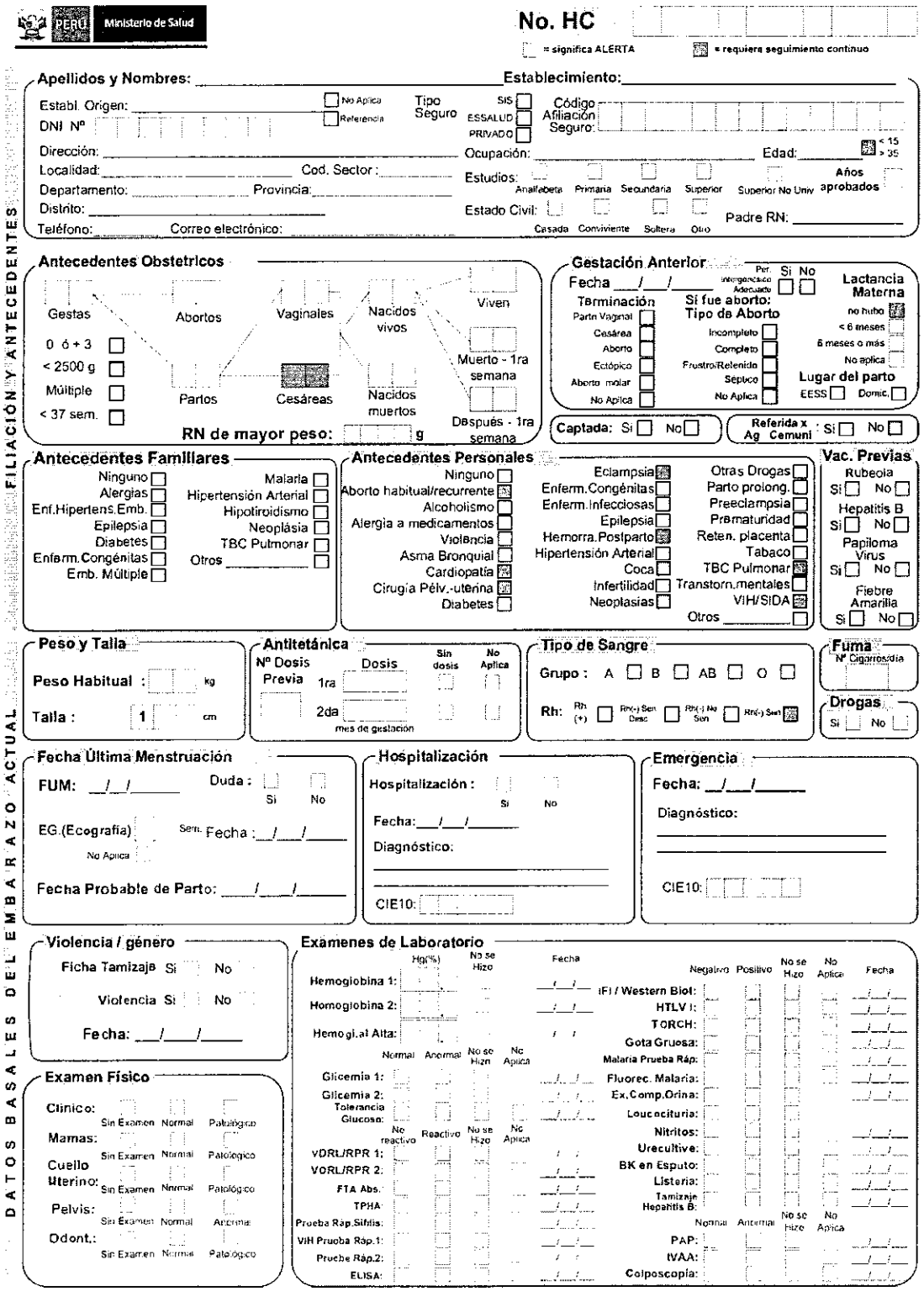
ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

ACTIVIDAD	1ra. Atención < 14 sem	2da. Atención 14-21 sem	3ra. Atención 22-24 sem	4ta. Atención 25-32 sem	5ta. Atención 33-36 sem	6ta. Atención 37-40 sem
Confirmación del embarazo	+					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	+					
Anamnesis	+					
Detección de signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Control del peso	+	+	+	+	+	+
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen Gineco-Obstétrico	+					
Evaluación clínica de la pelvis	+				+	
Estimación de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Medir altura uterina		+	+	+	+	+
Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)		+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico			+	+	+	+
Diagnóstico presentación, situación fetal				+	+	+
Determinar grupo sanguíneo y Rh	+					
Determinación de Hb o Hto	+				+	
Urocultivo o examen de orina completa	+				+	
Detección diabetes gestacional	+			+		
Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida / ELISA/RPR) previa consejería	+				+	
Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP(*)	+					
Evaluación odontoestomatológica		+	+			
Evaluación con Ecografía	+		+			
Administración acido fólico	+					
Bienestar fetal. Test no estresante					+	+
Administración de hierro + ácido fólico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación. Familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal		+	+	+	+	+

* Gestante en condiciones adecuadas para la toma de PAP.

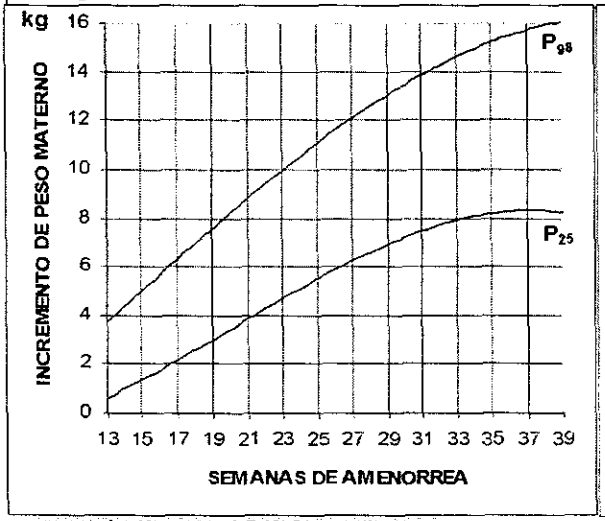
ANEXO N° 3

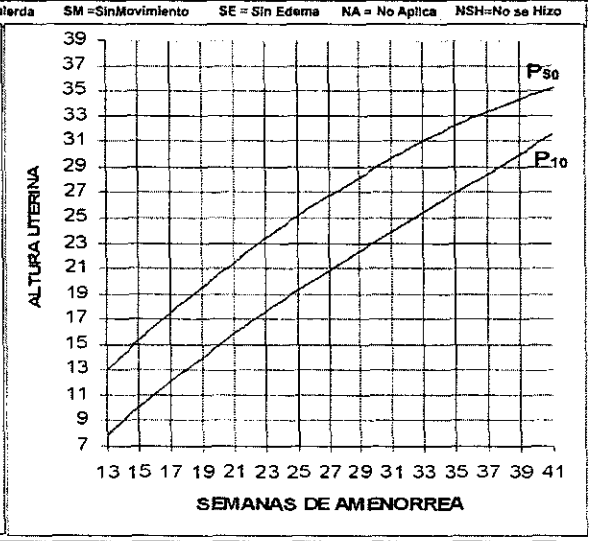
HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL



ATENCIONES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh:mm)	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (° C)									
Presión arter.(mm. Hg)									
Pulso materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal (+/++/+++/SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++/NSH)									
Edema (+/++/+++/SE)									
Reflejo Osteotondinoso (0, + / ++ / +++)									
Examen de Pezón (Formado/ No Form /Sin Exam)									
Indic.Fierro /Ac Fólico (mayor o igual a 18 sem)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient.Consej.(PF/ITS/Nut/ Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA									
EG de Eco.Control (Sem/No se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10 /NSH /NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (SI/No/NA)									
Plan Parto (control/visita/No se hizo/ NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T =Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM =SinMovimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH=No se Hizo





Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐ Fecha:

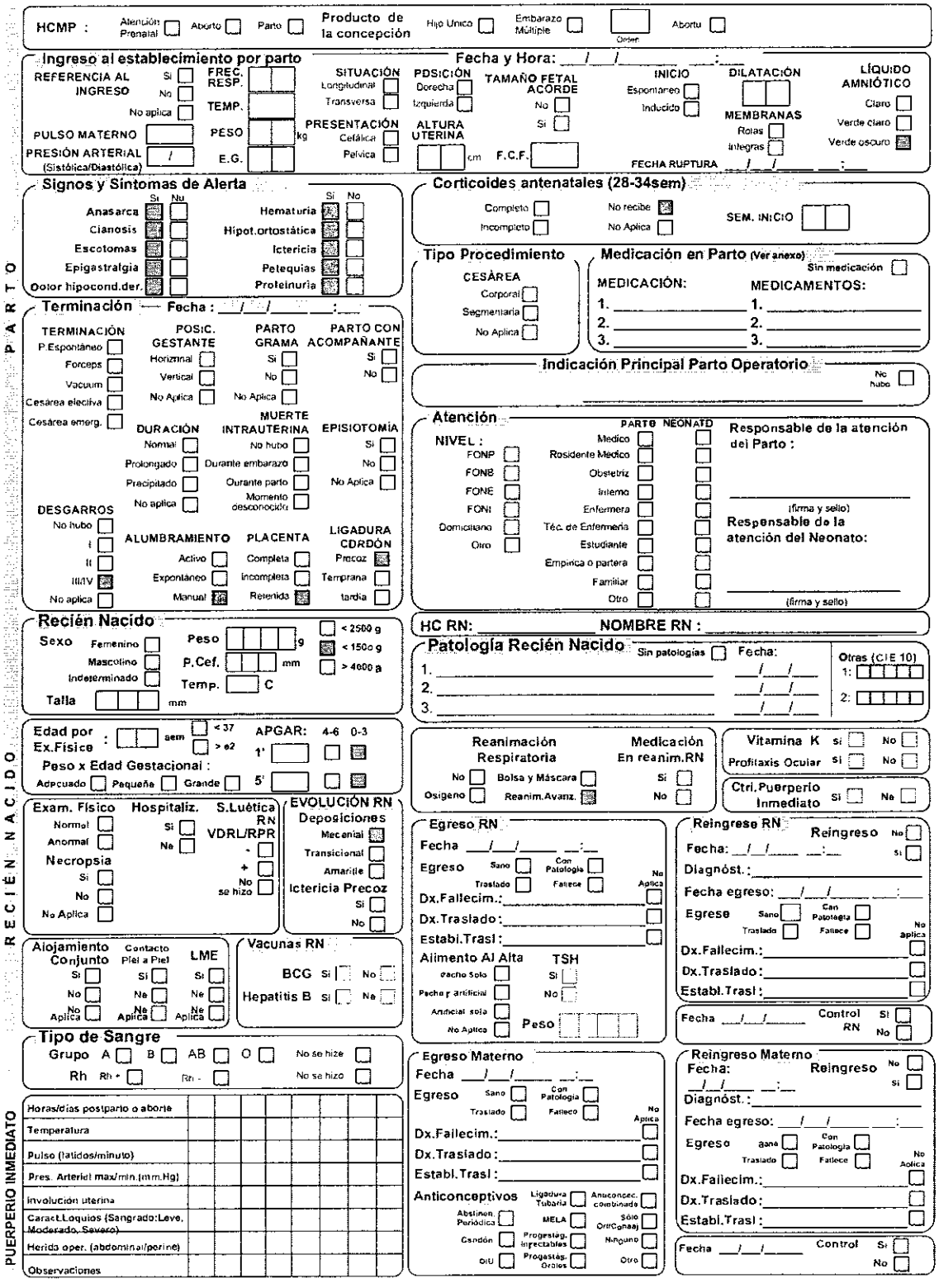
1. _____ ___/___/___
2. _____ ___/___/___
3. _____ ___/___/___

Otras patologías (CIE 10):

1: ☐☐☐☐☐
2: ☐☐☐☐☐

Referencia - Consulta Externa Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ___/___/___ Establ.Trasl :_____
Referencia - Emergencia Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ___/___/___ Establ.Trasl :_____
Referencia - Apoyo al Diagnost. Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ___/___/___ Establ.Trasl :_____

PSICOPROFILAXIS ☐☐ ESTIMULACIÓN PRENATAL ☐☐ PLAN DE PARTO Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si ☐ No ☐ No Aplica ☐



Resolución Ministerial N° 008-2000-SA/DM, que aprueba la "Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales SIP 2000".

INDICACIONES AL ALTA:

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

.....

.....

.....

.....

.....

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q36
COAC INTRAVASC DISEM	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P397	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	D38
DEFORM CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC	P110	MENINGITIS	G08
ENCEFALOCEFE	Q01	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT	P25	OTRAS AFECC DE PIEL FETO/RN	P83
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN	P77	OTRAS AFECC DEL PERIODO PERINAT	P96
ESPINA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN	P74
FETO/RN AFECT X ANEST-ANALG	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONITIS	P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN	P37
FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB	P026	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/RN AFECT X COMPL MATER	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q89
FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIOS	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P76
FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANSIT	P72
FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT	P61
FETO/RN AFECT X POLIHIDRAMNIOS	P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS	P78
FETO/RN AFECT X PROLAP CORD UMB	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.	P15
FISURA PALADAR	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC.	R101	PROBLEM DE INGESTION ALIMENTOS	P92
HEMORRA INTRACRANIO TRAUMAT	P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS	P93
HEMORRA PULM PERINATAL	P26	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL	P05
HEMORRA UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HERNIA INGUINAL	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HIDROCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDROPES FETAL X ENF HEMOLITICA	P56	SINDROME DE DOWN	Q90
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL	P24
HIPOGLICEMIA NEONATAL	P704	TAQUIPNEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TETANOS NEONATAL	A33
HIPOTENSION SHOCK	R57	TRANS RELAC CON BPN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO	P08
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	TRANST CARDIOVASC PERINATAL	P28
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF	P59	TRANST TONO MUSCULAR RN	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS	P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILEO MECONIAL	P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB ABO FETO/RN	P551	TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB RH FETO/RN	P550		

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

PATOLOGÍA	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0255	HERPES GESTACIONAL	O264
ABORTO INCOMPLETO	O0290	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210
ABORTO NO ESPECIFICADO(INCL A INDUC)	O06	HIPEREMESIS GRAVIDICA-TRANST METABOL	O211
ABORTO RETENIDO	O021	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O18
ABORTO SEPTICO	O080	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343
ABORTO TERAPEUTICO	O04	INFEC DEL TRACTO GENITAL	O235
AMENAZA DE ABORTO	O200	INFECC BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS	O411
ANEMIA EN EMB PART-PUER	O990	INFECC DEL TRACTO URINARIO	O23
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	INFECC MAMA ASOCIAD C/PARTO	O91
ANORMORMA DEL TDP	O62	INFECCIONES PUERPERALES	O86
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB	R827	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07
CANCER CUELLO UTERINO	C53	INVERSION DEL UTERO	O712
CANCER DE MAMA	C50	ISOINMUNIZACION RHESUS	O360
CARDIOPATIA	Z867	MALARIA	B50
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	MOLA HIDATIFORME	O01
COMP ANESTES EN PUERPERIO	O89	MUERTE INTRAUTERINA	O364
COMP ANESTES EN TDP/PARTO	O74	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O95
COMPLIC ANESTESIA EN EL EMB	O29	OLIGOHIDRAMNIOS	O418
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB MULTIP	O31	OTRA PATOLOGIA MATERNA	
COMPLIC VENOSAS EMBARAZO	O22	OTRAS COMP X TDP/PARTO	O75
COMPLIC VENOSAS PUERPERIO	O87	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O99
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O96	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O65
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	OTROS TRANS LIQ AMNIOTICO Y MEMB	O41
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)	O60
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	PLACENTA PREVIA	O44
DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO	O713	POLIHIDRAMNIOS	O40
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	PREECLAMPSIA LEVE	O13
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA	O45	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
DIABETES NELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	O149
DISTOCIA DE HOMBROS	O660	RADIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
ECLAMPSIA	O15	RCIU	P05
EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	RETEN PLACENTA/MEMB, S/HEMORRAG	O73
EMBARAZO DOBLE	O300	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
EMBARAZO ECTOPICO	O00	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
EMBARAZO PROLONGADO	O48	SEPSIS PUERPERAL	O85
EMBARAZO TRIPLE	O301	SIDA	B20
EMBOLIA OBSTETRICA	O88	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O981
ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O98	TBC EMB-PART-PUER	O980
FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O64
FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O61	TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O65
GONORREA EMB-PART-PUER	O982	TDP PROLONGADO	O63
HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O69
HEMORR ANTEPARTO, NO CLASIF	O46	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	O68
HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R738
HEMORR POSTPARTO/NETENC PLACENTA	O720	TRANSTORNOS PLACENTARIOS	O43
HEMORR X ABORTO,ECTOPICO O MOLAR	O081	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O1741
HEPAYITIS VIRAL	O984	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283

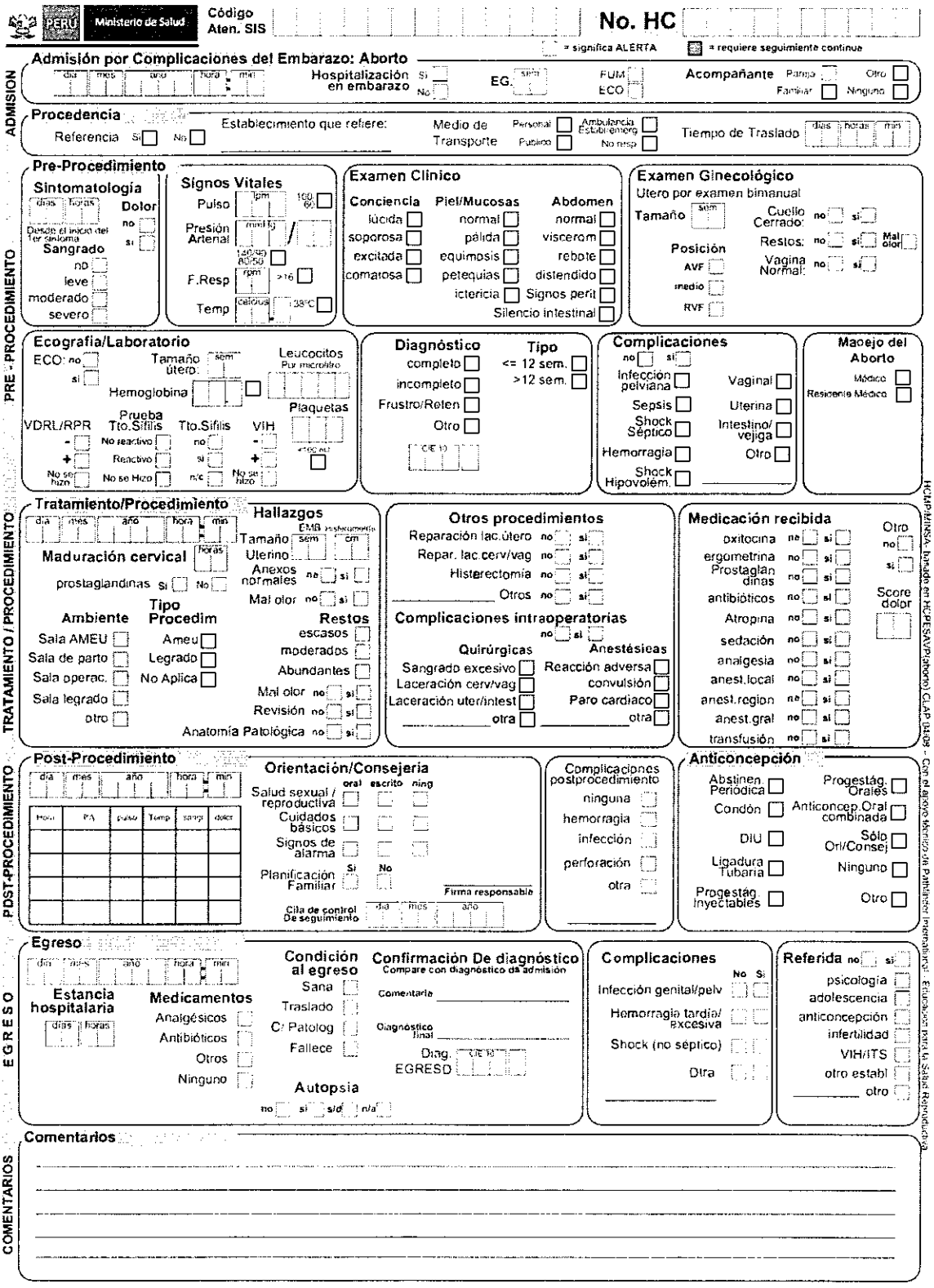
INDICACIÓN PRINCIPAL POR LD QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

Sin Dato
CESÁREA ANTERIOR
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
DESPROPORCIÓN FETO-PELVICA
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD
PARTO PROLONGADO
FRACASO DE INDUCCIÓN
DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC.
EMBARAZO GEMELAR
VIH
RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO
PRETÉRMINO
POSTÉRMINO
PRESENTACIÓN PODÁLICA
VARIEDADES POSTERIORES
SITUACIÓN TRANSVERSA
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL
PLACENTA PREVIA
DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA
ROTURA UTERINA
TOXEMIA (EPH/GESTOSIS)
HERPES GENITAL
CONDILOMATOSIS GENITAL
OTRA ENFERMEDAD MATERNA
MORTINATO
AGOTAMIENTO MATERNO
OTRA

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPIVACAÍNA
	LIDOCAÍNA Y SIMILARES
ANESTESIA REGIONAL	BUPIVACAÍNA
	LIDOCAINA Y SIMILARES
	LIDOCAINA-BUPIVACAINA
ANESTESIA GEMERAL	ÉTER
	HALOTANO
	KETAMINA CLORHIDRATO
	ÓXIDO NITROSO
	TIOPENTAL SÓDICO
ANALGES, TRANQUIL.	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO
	CODEÍNA
	DIAZEPAM
	IBUPROFENO
	METAMIZOL
	MORFINA
	PARACETAMOL
	PETIDINA (MEPERIDINA)
OXITOCINA	OXITOCINA

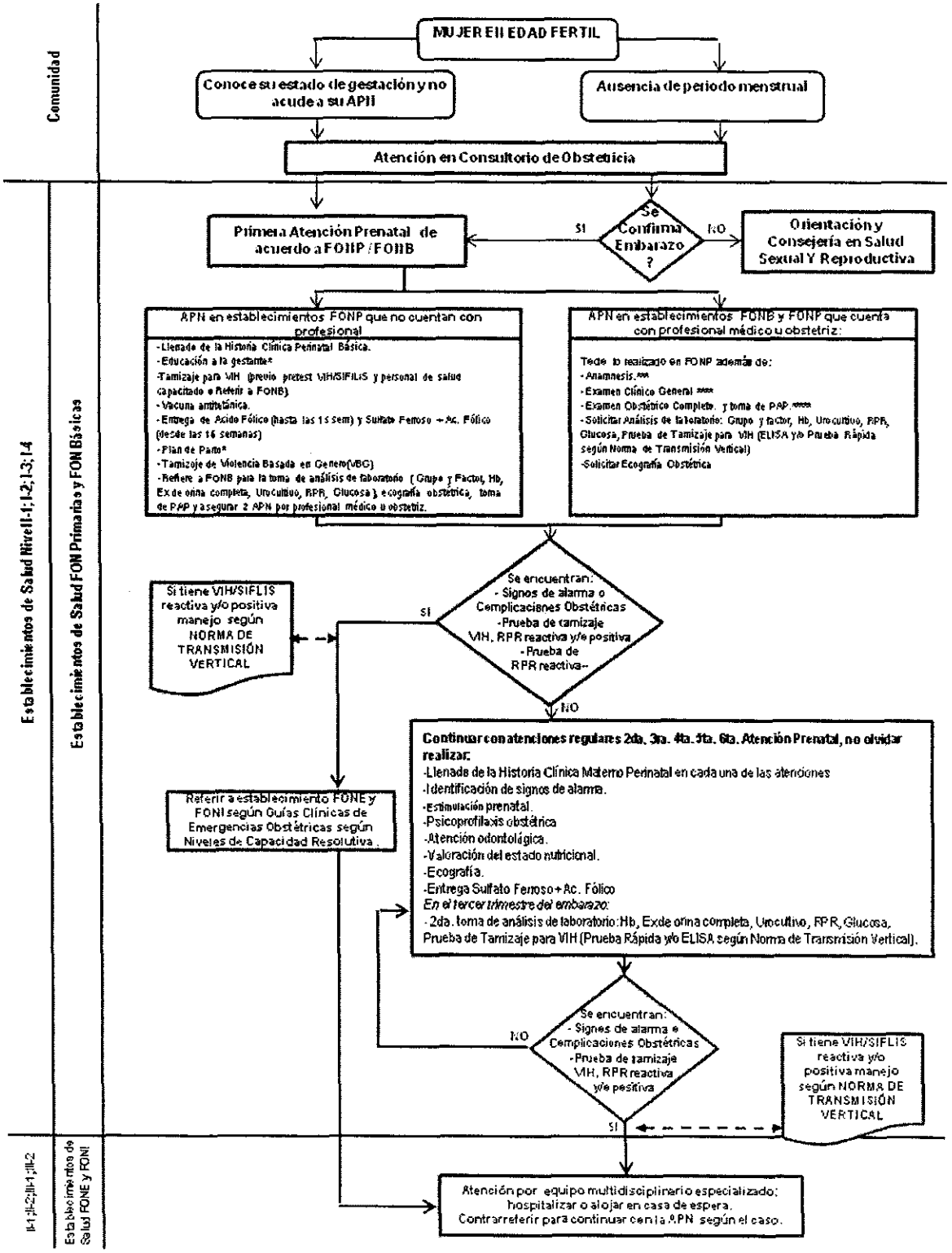
MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTAS DEL CALCIO
	ATENOLOL
	CAPTOPRIL
	HIDRALAZINA
	METILDOPA
	NITROPRUSIATO DE SODIO
ANTIBIÓTICO	AMIKACINA
	AMOXICILINA
	AMPICILINA
	AMPICILINA-GENTAMICINA
	CEFALOSPORINAS
	CEFALOSPORINAS-AMINOGLUCOC.
	CLORANFENICOL
	ERITROMICINA
	GENTAMICINA
	METRONIDAZOL
	PENICILINA
	PENICILINA-GENTAMICINA
	PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
SANGRE	PAQUETE GLOBULAR
	PLAQUETAS
	PLASMA
ANTICONVULSIVANTE	DIFENILHIDANTOINA
	SULFATO DE MAGNESIO
OTRA MEDICACIÓN	AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS
	AMINOFILINA
	ANTIESPASMÓDICOS
	ANTIPROSTAGLANDINAS
	BETA BLOQUEANTES
	BETA MIMETICOS
	BLOQUEANTES MUSCULARES
	CARDIOTÓNICOS
	CORTICOIDES
	DIURÉTICOS
	HEPARINA
	INSULINA
	PROSTAGLANDINAS


PERU Ministerio de Salud
Código Aten. SIS
No. HC
= significa ALERTA
= requiere seguimiento continuo
ADMISION
Admisión por Complicaciones del Embarazo: Aborto
Hospitalización en embarazo
EG.
FUM
ECO
Acompañante
Procedencia
Referencia
Establecimiento que refiere:
Medio de Transporte
Tiempo de Traslado
PRE - PROCEDIMIENTO
Pre-Procedimiento
Sintomatología
Dolor
Sangrado
Signos Vitales
Pulso
Presión Arterial
F.Resp
Temp
Examen Clínico
Conciencia
Piel/Mucosas
Abdomen
Examen Ginecológico
Utero por examen bimanual
Tamaño
Posición
Cuello Cerrado:
Restos:
Vagina Normal:
Ecografía/Laboratorio
ECO:
Tamaño útero:
Hemoglobina
Leucocitos
Plaquetas
VDRL/RPR
Prueba Tto.Sífilis
Tto.Sífilis
VIH
Diagnóstico
Tipo
Complicaciones
Manejo del Aborto
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO
Tratamiento/Procedimiento
Maduración cervical
prostaglandinas
Ambiente
Tipo Procedim
Hallazgos
Tamaño Uterino
Anexos normales
Mal olor
Restos
Anatomía Patológica
Otros procedimientos
Reparación lac.útero
Repar. lac.cerv/vag
Histerectomía
Complicaciones intraoperatorias
Quirúrgicas
Anestésicas
Medicación recibida
oxitocina
ergometrina
Prostaglandinas
antibióticos
Atropina
sedación
analgesia
anest.local
anest.region
anest.gral
transfusión
Otro
Score dolor
POST-PROCEDIMIENTO
Post-Procedimiento
Hora | PA | pulso | Temp | sangr | dolor
Orientación/Consejería
Salud sexual / reproductiva
Cuidados básicos
Signos de alarma
Planificación Familiar
Firma responsable
Cita de control De seguimiento
Complicaciones postprocedimiento
ninguna
hemorragia
infección
perforación
otra
Anticoncepción
Abstinen. Periódica
Condón
DIU
Ligadura Tubaria
Progestág. Inyectables
Progestág. Orales
Anticoncep.Oral combinada
Sólo Ori/Consej
Ninguno
Otro
EGRESO
Egreso
Estancia hospitalaria
Medicamentos
Analgésicos
Antibióticos
Otros
Ninguno
Condición al egreso
Sana
Traslado
C/ Patolog
Fallece
Autopsia
Confirmación De diagnóstico
Compare con diagnóstico de admisión
Comentarie
Diagnóstico final
Diag. EGRESO
Complicaciones
Infección genital/pelv
Hemorragia tardía/ excesiva
Shock (no séptico)
Otra
Referida
psicología
adolescencia
anticoncepción
infertilidad
VIH/ITS
otro establ
otro
COMENTARIOS
Comentarios
HCMP/MINSA- basado en HC.PESA/Piporro) CLAP 1840 - Con el apoyo técnico de Panamericana - Educación para la Salud Reproductiva

ANEXO N° 4

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE



ANEXO N° 5

FICHA DE PLAN DE PARTO

Modelo de Plan de Parto

ESPERANDO MI PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE .....

EDAD ..... COMUNIDAD ..... Dirección de Referencia .....

GRUPO SANGUÍNEO ..... FECHA PROBABLE DE PARTO .....

ESTABLECIMIENTO ..... RED ..... MICRO RED .....

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... TELÉFONO ALTERNATIVO .....

	FECHA		1° ENTREVISTA (1 TRIMESTRE)	2° ENTREVISTA (2 TRIMESTRE)	3° ENTREVISTA (3 TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL				
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL			
		C.S.			
		P.S.			
		DOMICILIO			
		OTRO			
3	¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO?				
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ?	ECHADA			
		CUCLILLAS			
		ARRODILLADA			
		OTRO			
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRO			
		ACÉMILA			
		CAMILLA			
		OTRO			
6	¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?				
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O EMERGENCIA?				
8	¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?				
9	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?				
10	¿SABE CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?	SI (FECHA)			
		NO			
11	FIRMA DE LA GESTANTE				
12	FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR				
13	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA				



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

NOMBRE	PARENTESCO	(DONANTE SANGRE SI PARTO NECESARIO)	DNI	FIRMA

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?



ANEXO N° 6 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MATERNO PERINATAL

REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO PERINATAL.



DIRECCION REGIONAL DE SALU | Microred | FONP | MES
RED: | EE.SS: | FOND | AÑO
FONE
FUNI

I. ATENCION PRENATAL REENFOCADA

GRUPO ETARIO	GESTANTES						PSICOPROFILAXIS		PLAN DE PARTO		VDRL		PAP		ATENCION ODONTOLOGICA		Gestante controlada con historia completa	Ecografía	Vacunas Antitetánica	Obstetriz con atención Pre-natal reenfocada
	ATENDIDA				ATC	CTRI	ATP	PREPARAUA	1ra ENTREV	3ra ENTREV.	1AMIZAJ	DETECC	MUESTRA	ADD POSIT.	1era ATC	2da ATC			Protegidas	
	Total	I TRIM	II TRIM	III TRIM																
< 12 a.																				
12-17																				
18-29																				
30-59																				
TOTAL																				

II. ADMINISTRACION SULFATO FERROSO

GRUPO ETAREDO	ATD	PROTEGIDA
< 12 a.		
12-17		
18-29		
30-59		
Total		

III. ATENCION ABORTO INCOMPLETO

GRUPO ETAREDO	AMEU	LU	SEPTICO
< 12 a.			
12-17			
18-29			
30-59			
Total			

IV ATENCION DEL PARTO

ATENCION PARTO INSTITUCIONAL									PARTO DOMICILIARIO				PARTO EN EL TRAYECTO			
FON	GINECO OBSTETRA	MEDICO GENERAL	OBST.	OTRO PROFESIONAL DE	TEC. ENF.	TOTAL DE PARTOS	TOTAL DE RN VIVOS	TOTAL DE RN MUERTOS	Quién atiende el parto?	Nro de partos	TOTAL DE RN VIVOS	TOTAL DE RN MUERTOS	Quién atiende el parto?	Nro de partos	TOTAL DE RN VIVOS	TOTAL DE RN MUERTOS
FONI									PERSONAL DE SALUD				PERSONAL DE SALUD			
FONE									ACS				ACS			
FONB									FAMILIA				FAMILIA			
FONP									OTROS				OTROS			
TOTAL									TOTAL				TOTAL			

INFORMACION ADICIONAL DEL TOTAL DE PARTOS INSTITUCIONALES Y RECIEN NACIDOS (N°)"			
Atención de parto vaginal no complicado		Parto vertical	
Atención del parto complicado por Qx		Manejo Activo en la 3era Etapa del Parto	
CESAREAS (atencion del parto complicado		Parto Pódalico	
Parto en Gestante Controlada		Tra. Prueba Rápida para VIH en el trabajo de Parto	
Parto Gemelar		Atencion del RN Normal	
Parto con Trillizos		Atencion del RN con complicaciones	
Atención de partos a adolescentes (12 a 17 AÑOS)		Atencion del RN con complicaciones en UCIN	
Atención de partos < de 12 a			

V. MORBILIDAD MATERNA

Hemorragias	
HIE	
SEPSIS	
ANEMIA	
TBC	
HELLP	
Retención de Placenta	
ITU	
ATENCION OBSTETRICA EN UCI	
ATENCION OBSTETRICA EN UCIEO	

VI. MORBILIDAD DEL R.N.

MORBILIDAD	NRO
BAJO PESO	
PREMATURO	
HIPOXIA	
SDR	
SEPSIS NEONATAL	
SIFILIS CONGENITA	
HN-VIH expuesto	
Otros RN en UCIN	

Página

VII. ATENCION DE PUERPERIO

GRUPO ETAREO	ATO	CTRL.	Complicado	Vitamina A
< 12 a.				
12-17				
18-29				
30-59				
TOTAL				

VIII. REFERENCIAS OBSTETRICAS Y NEONATALES

FON	EMERGENCIA		CONSULTA		AYUDA AL DX		PARTOS
	OBSTETRICAS	R.N	OBSTETRICAS	R.N	OBSTETRICAS	R.N	
DE FONP							
DE FONB							
DE FONE							
TOTAL							

IX. VISITA DOMICILIARIA

	Nº
Gestante	
Puérpera	

X. CASAS DE ESPERA

Nº de Casas de Espera	Nº de Casas de Espera	Nº de Casas utilizadas	Nº de Gestantes alojadas en	Nº de Puérperas alojadas	Nº de Recién Nacidos	Nº de Recién Nacidos

XI. MUERTES MATERNAS

Nº de Muertes Maternas evitada	
Nº de Muertes Maternas DIRECTAS	
Nº de Muertes Maternas INDIRECTAS	
Nº de Muertes Maternas NO RELACIONADAS	

XII. MUERTES PERINATALES Y NEONATALES

OBITOS FETALES	
NEONATOS < 24 HRS.	
NEONATOS 1 - 7 DÍAS	
NEONATOS DE 8 A 28 DIAS	
TOTAL DE MUERTE NEONATAL	

XIII. TRANSMISIÓN VERTICAL

GRUPO ETAREO	GESTANTES														PUERPERAS INMEDIATAS								ABORTO			
	VIH/SIDA								SIFILIS						VIH/SIDA			SIFILIS					SIFILIS			
	1er. TAMIZAJE CON PRUEBA RAPIDA				Nº de Gestantes con ELISA REACTIVA de PR Reactiva	1er. TAMIZAJE CON ELISA			1ERA PRUEBA RAPIDA			1ER TAMIZAJE CON RPR/VDRL			Prueba Rápida/ELISA para VIH	Reactivo para VIH	Nº de Puerperas con ELISA REACTIVA de PR Reactiva	Tamizaje RPR	RPR Reactivo	Prueba Rapida	Resultado Positivo	RPR cuantitativo en puérperas con DX Sífilis durante	Tamizaje RPR	RPR Reactivo	Prueba Rapida	Resultado Positivo
	I TRIM.	II TRIM	III TRIM	Resultado Reactivo		I TRIM.	II TRIM	III TRIM	Resultado Reactivo	<=24 SEMANAS	> de 24 semanas	Resultado Positivo	<=24 SEMANAS	> de 24 semanas	Resultado Reactivo											
< 12 a.																										
12-17																										
18-29																										
30-59																										
TOTAL																										

OBSERVACION: _____

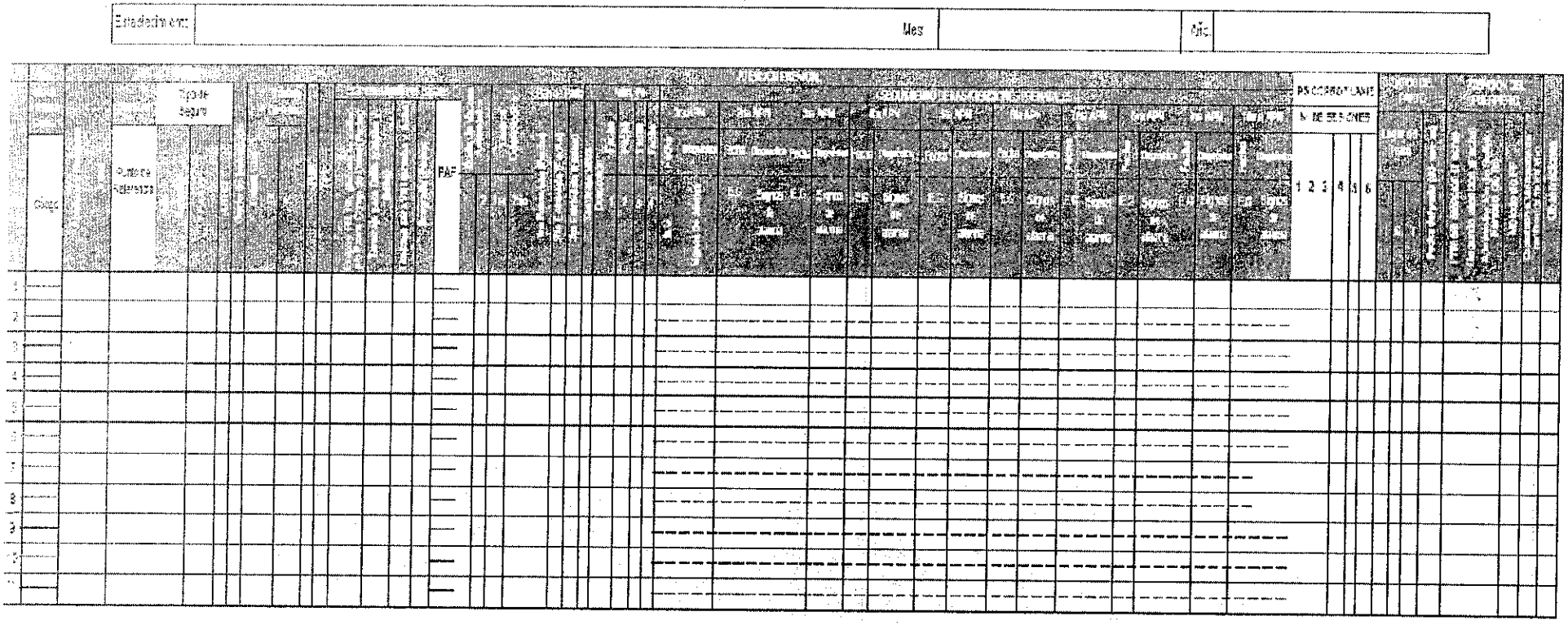
Firma y Sello del resp. de la elaboración.

Firma y sello del Coordinador de ESNSSR

TOTAL DE EESS QUE DEBEN REPORTAR	
Nº DE EESS QUE REPORTARON ESTE MES	

MINISTERIO DE SALUD – Dirección General de Salud de las Personas – DG

ANEXO N°7 LIBRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA

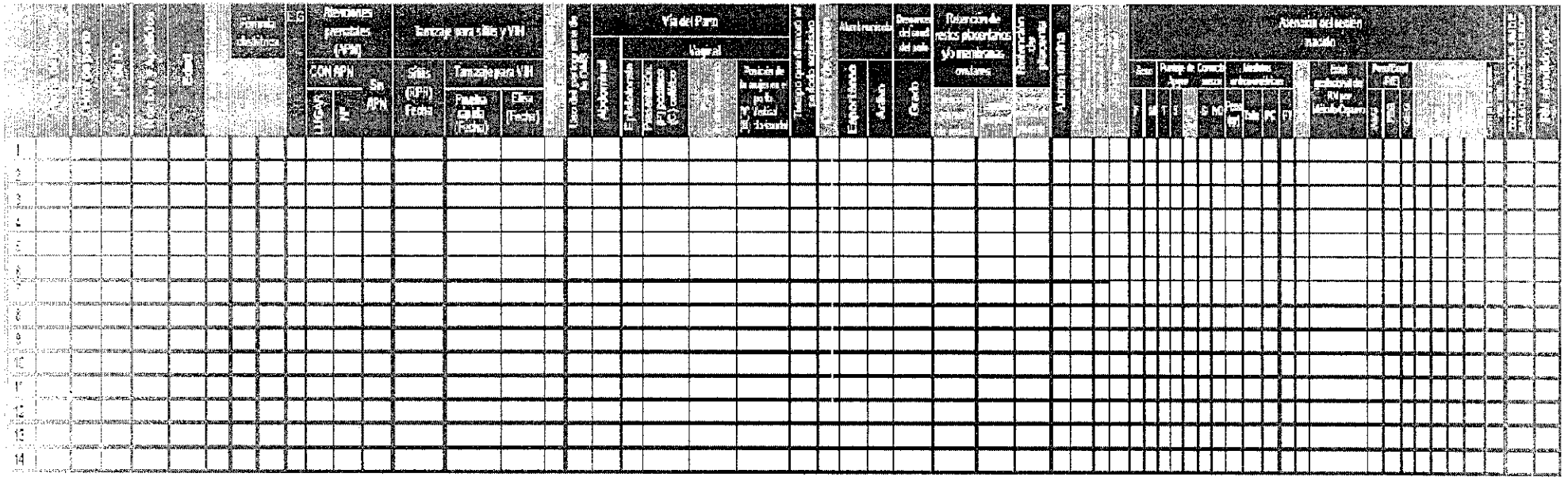


MINISTERIO DE SALUD - I.N.S.
Salud Sexual y Reproductiva
LUCY DEL CARPIO ANCAYA
V°B°
COORDINADORA NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
D G

ANEXO N° 8 LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PARTO

Establecimiento:		Mes:	Año:	



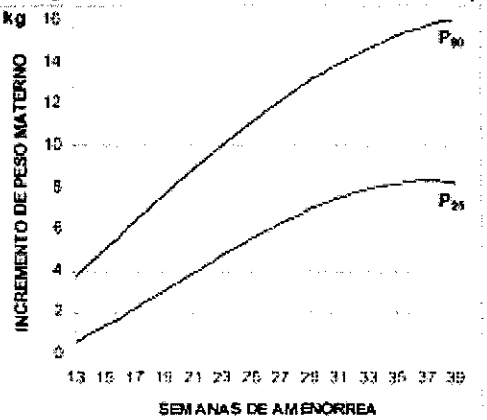
Anexo N° 9

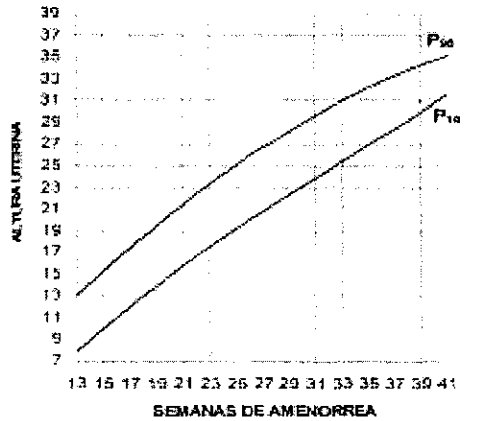
REGISTROS DE SEGUIMIENTO DE VISITA DOMICILIARIA

1.- HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

ATENCIONES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest.									
Peso madre									
Temperatura									
Presión arter.									
Pulso materno									
Altura Uterina									
Situación									
Presentacion									
Posición									
F.C.F.									
Mov.fetal									
Proteinuria Cualitativa									
Edema									
Reflejo Osteotendinoso									
Examen de Pezon									
Indic.Fierro IAc Fólico									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient.Consej.									
EG de Eco.Control									
Perfil Biofísico									
Cita									
Visita domicil.									
Plan Parto									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transverso C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SC = Sin Cierre NA = No Aplica NSH = No se Oye





Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas — Sin patologías ☐ Fecha:

1. ____ (/ /)
2. ____ (/ /)
3. ____ (/ /)

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

Referencia - Consulta Externa SI NO No Aplica ☐ Fecha (/ /) Establ. Trasl. :

Referencia - Emergencia SI NO No Aplica ☐ Fecha (/ /) Establ. Trasl. :

Referencia - Apoyo al Diagnost. SI NO No Aplica ☐ Fecha (/ /) Establ. Trasl. :

PSICOPROFILAXIS ☐ ESTIMULACIÓN PRENATAL ☐ PLAN DE PARTO SI NO No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA SI NO No Aplica

MINISTERIO DE SALUD - DGSP - ESN Salud Sexual y Reproductiva - LUCY DEL CARPIO ANCAYA - V°B° - DIRECCIÓN NACIONAL
MINISTERIO DE SALUD - Dirección General de Salud de las Personas - DG

2.- HISTORIA CLINICA GENERAL

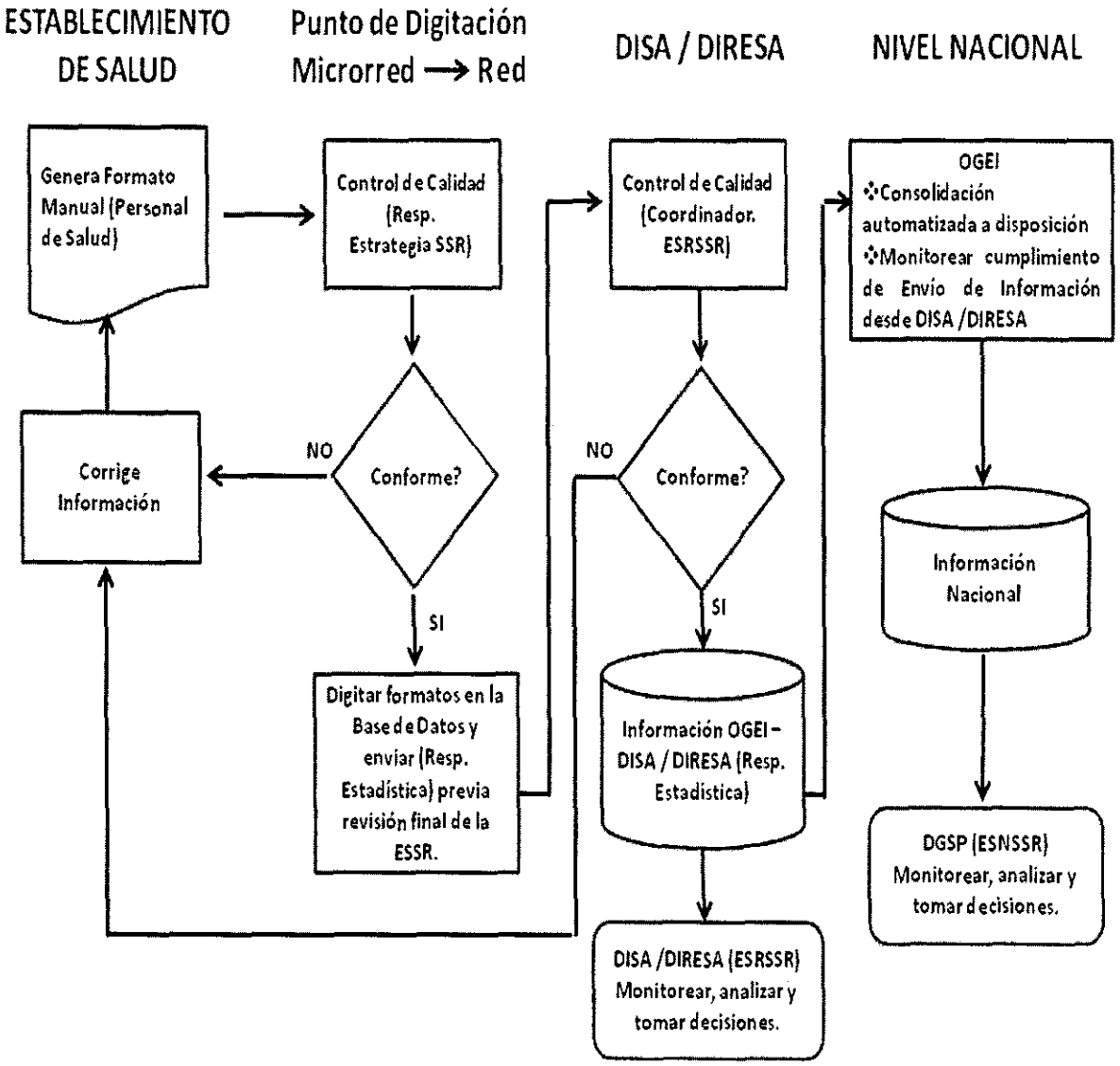
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE VISITA DOMICILIARIA EN H.CL							
FECHA DE VISITA			MOTIVO DE VISITA	ACCIONES REALIZADAS	RECOMENDACIÓN	SEGUIMIENTO	
dd	mm	aa				CUMPLE	NO CUMPLE

OBSERVACIONES

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
DG

ANEXO N° 10

FLUJO DEL PROCESO DE LA INFORMACION



X. BIBLIOGRAFÍA

1) Centro Latinoamericana de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud: Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica N° 1577- Montevideo-Uruguay; 2011.

2) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Estudio sobre Dimensiones Cuantitativas y Concepciones y Cuidados Comunitarios de la Salud del recién Nacido. En un área rural andina y amazónica del Perú. Capítulo I. 1era Edición. Lima. Perú; 2010.Set.

3) Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica. Lima. Perú; 2006. Enero.

4) Instituto Nacional Materno Perinatal Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Neonatal. Lima. Perú; 2007.

5) Ministerio de Salud de Brasil - Secretaria de Atención en Salud. Manual Técnico de Atención Calificada y Humanizada: Prenatal y Puerperio. Serie Derechos Sexuales y Reproductivos. Brasil; 2006.

6) Ministerio de Proyección Social de Colombia. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Programa de apoyo a la Reforma en Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Bogotá, Colombia; 2007. Mayo.

7) Ministerio de Salud de Perú. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima 2006.

8) Ministerio de Salud de Perú. Casa de Espera Materna, modelo para la implementación. Lima 2006.

9) Ministerio de Salud de Perú. Guía Técnica de la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género. Lima. Perú; 2007.

10) Ministerio de Salud de Perú. Tan cerca Tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. Lima. Perú; 2007.

11) Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Lima. Perú; 2008

12) Ministerio de Salud de Uruguay. Guía de procedimientos en el primer nivel. Abordaje de Situaciones de Violencia Domestica hacia la Mujer. Uruguay; 2006.Julio.

13) Misterio de Salud y Deportes de Bolivia. Protocolos de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados. Bolivia. 2006.

14) Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Dirección de Servicios de Salud Bolivia. Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos de Apoyo.2ª Edición. La Paz. Bolivia; 2005.Nov.

15) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS. 3ra Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.

16) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. El Hogar Materno. Descripción y Propuesta para su instalación. 2ª Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.

17) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. 2ª Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.

18) Salud Sin Límites Perú. Madre Nativa. Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades Ashaninkas y Nomatsiguengas. 1ra Edición. Lima. Perú; 2008. Mayo.

19) Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M, UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. Patrones recontrol prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford; 2005.

ZONA REGISTRAL Nº IX
Oficina Registral de LIMA

Código de Verificación:
72218300
Publicidad N° 2026 - 6010769

10/09/2026 20:30:19

REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS
LIBRO DE PERSONAS JURIDICAS CREADAS POR LEY

CERTIFICADO DE VIGENCIA

El servidor que suscribe, **CERTIFICA**:

Que, en la partida electrónica N° 12014891 del Registro de Personas Jurídicas de la Oficina Registral de LIMA, consta registrado y vigente el **nombramiento** a favor de MORENO PONCE, GLORIA MARLENE, identificado con DNI. N° 42293029 , cuyos datos se precisan a continuación:

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL: COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU
LIBRO: PERSONAS JURIDICAS CREADAS POR LEY
ASIENTO: G0020
CARGO: DECANA

FACULTADES:
SE PROCLAMA COMO NUEVO **CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL** PARA EL **PERIODO 01/04/2025 - 31/03/2028** A LAS SIGUIENTES PERSONAS:
(...).-
DECANA NACIONAL: ***MORENO PONCE GLORIA MARLENE*** CON DNI N°42293029.
(...).-
ASIMISMO EN EL ASIENTO G00006 DE LA CITADA PARTIDA, CONSTA REGISTRADA EL ACTA DE ASAMBLEA GENERAL DEL 27.05.2012 Y SUS REAPERTURAS DEL 01.09.2012, 03.10.2012 Y 27.10.2012; DONDE SE ACORDÓ:
(...).-
FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
DECANO NACIONAL
ARTÍCULO 47. EL DECANO ES LA MÁS ALTA AUTORIDAD DEL CONSEJO NACIONAL Y CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL Y SUS ATRIBUCIONES SON:
1. DIRIGIR LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO NACIONAL Y CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, COORDINANDO Y VIGILANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE TODOS SUS MIEMBROS.
2. CONVOCAR Y PRESIDIR EL CONSEJO NACIONAL, EL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, LAS ASAMBLEAS NACIONALES Y OTROS ÓRGANOS QUE LO REQUIERAN.
3. REPRESENTAR LEGALMENTE AL COLEGIO DES DEL PERÚ CON LAS FACULTADES PREVISTAS EN LA LEY Y EL ESTATUTO. (...).
11. AUTORIZAR CONJUNTAMENTE CON EL TESORERO LOS GASTOS DE LA INSTITUCIÓN, PREVIO ACUERDO DEL CONSEJO DIRECTIVO, SIENDO AMBOS, RESPONSABLES DE LA MARCHA ECONÓMICA DEL COLEGIO DES DEL PERÚ. LOS DEMÁS MIEMBROS SON SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES.-**

DOCUMENTO QUE DIO MÉRITO A LA INSCRIPCIÓN:
COPIA CERTIFICADA DEL 18/08/2025 OTORGADA ANTE NOTARIO PUBLICO PAUL JHON HINOJOSA CARRILLO, EN LA CIUDAD DE LIMA Y POR RESOLUCIÓN N°017-2025-CEN/COP DEL 07/03/2025 EXPEDIDA POR NEHEMIAS SAMUEL CRISTOBAL DE LA CRUZ EN CALIDAD DE PRESIDENTE DEL COMITÉ

LOS CERTIFICADOS QUE EXTIENDEN LAS OFICINAS REGISTRALES ACREDITAN LA EXISTENCIA O INEXISTENCIA DE INSCRIPCIONES O ANOTACIONES EN EL REGISTRO AL TIEMPO DE SU EXPEDICION (ART. 140° DEL T.U.O.DEL REGLAMENTO GENERAL DE LOS REGISTROS PUBLICOS APROBADO POR RESOLUCION N° 126-2012-SUNARP-SN)

LA AUTENTICIDAD DEL PRESENTE DOCUMENTO PODRÁ VERIFICARSE EN LA PÁGINA WEB HTTPS://ENLINEA.SUNARP.GOB.PE/SUNARPWEB/PAGES/PUBLICIDADCERTIFICADA/VERIFICARCERTIFICADOLITERAL.FACES EN EL PLAZO DE 90 DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE SU EMISIÓN.

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE PUBLICIDAD REGISTRAL : ARTÍCULO 81 - DELIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. EL SERVIDOR RESPONSABLE QUE EXPIDE LA PUBLICIDAD FORMAL NO ASUME RESPONSABILIDAD POR LOS DEFECTOS O LAS INEXACTITUDES DE LOS ASIENTOS REGISTRALES, ÍNDICES AUTOMATIZADOS, Y TÍTULOS PENDIENTES QUE NO CONSTEN EN EL SISTEMA INFORMÁTICO.

ELECTORAL NACIONAL, JESICA ANABELA HUERTAS MOGOLLON EN CALIDAD DE SECRETARIA DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL Y KELLY JESUS RUIZ NEGREIROS EN CALIDAD DE VOCAL DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL

II. ANOTACIONES EN EL REGISTRO PERSONAL O EN EL RUBRO OTROS:
NINGUNO.

III. TITULOS PENDIENTES:
NINGUNO.

IV. DATOS ADICIONALES DE RELEVANCIA PARA CONOCIMIENTO DE TERCEROS:
REGLAMENTO DEL SERVICIO DE PUBLICIDAD REGISTRAL : ARTÍCULO 81 - DELIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. EL SERVIDOR RESPONSABLE QUE EXPIDE LA PUBLICIDAD FORMAL NO ASUME RESPONSABILIDAD POR LOS DEFECTOS O LAS INEXACTITUDES DE LOS ASIENTOS REGISTRALES, ÍNDICES AUTOMATIZADOS, Y TÍTULOS PENDIENTES QUE NO CONSTEN EN EL SISTEMA INFORMÁTICO.

V. PÁGINAS QUE ACOMPAÑAN AL CERTIFICADO:
NINGUNO.

N° de Fojas del Certificado: 2

Derechos Pagados: 2026-91001-2371465 S/ 33,00
Tasa Registral del Servicio S/ 33,00

Verificado y expedido por PUICAN SANCHEZ, CLAUDIA CECILIA, Abogado Certificador de la Oficina Registral de Callao, a las 00:59:53 horas del 15 de Septiembre del 2026.

CLAUDIA CECILIA PUICAN SANCHEZ
Abogado Certificador
Zona Registral N° IX - Sede Lima

LOS CERTIFICADOS QUE EXTIENDEN LAS OFICINAS REGISTRALES ACREDITAN LA EXISTENCIA O INEXISTENCIA DE INSCRIPCIONES O ANOTACIONES EN EL REGISTRO AL TIEMPO DE SU EXPEDICION (ART. 140° DEL T.U.O.DEL REGLAMENTO GENERAL DE LOS REGISTROS PUBLICOS APROBADO POR RESOLUCION N° 126-2012-SUNARP-SN)

LA AUTENTICIDAD DEL PRESENTE DOCUMENTO PODRÁ VERIFICARSE EN LA PÁGINA WEB HTTPS://ENLINEA.SUNARP.GOB.PE/SUNARPWEB/PAGES/PUBLICIDADCERTIFICADA/VERIFICARCERTIFICADOLITERAL.FACES EN EL PLAZO DE 90 DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE SU EMISIÓN.

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE PUBLICIDAD REGISTRAL : ARTÍCULO 81 - DELIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. EL SERVIDOR RESPONSABLE QUE EXPIDE LA PUBLICIDAD FORMAL NO ASUME RESPONSABILIDAD POR LOS DEFECTOS O LAS INEXACTITUDES DE LOS ASIENTOS REGISTRALES, ÍNDICES AUTOMATIZADOS, Y TÍTULOS PENDIENTES QUE NO CONSTEN EN EL SISTEMA INFORMÁTICO.

Reporte de Ficha RUC

Lima, 10/09/2026

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU
20139499728

Información General del Contribuyente	
Código y descripción de Tipo de Contribuyente	49 COLEGIOS PROFESIONALES
Fecha de Inscripción	03/06/1993
Fecha de Inicio de Actividades	15/07/1975
Estado del Contribuyente	ACTIVO
Dependencia SUNAT	0023 - INTENDENCIA LIMA
Condición del Domicilio Fiscal	HABIDO
Emisor electrónico desde	04/07/2016
Comprobantes electrónicos	FACTURA (desde 04/07/2016),BOLETA (desde 03/04/2019)

Datos del Contribuyente	
Nombre Comercial	-
Tipo de Representación	-
Actividad Económica Principal	9412 - ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES
Actividad Económica Secundaria 1	- - -
Actividad Económica Secundaria 2	- - -
Sistema Emisión Comprobantes de Pago	COMPUTARIZADO
Sistema de Contabilidad	COMPUTARIZADO
Código de Profesión / Oficio	-
Actividad de Comercio Exterior	SIN ACTIVIDAD
Número Fax	0
Teléfono Fijo 1	1 - 2619242
Teléfono Fijo 2	
Teléfono Móvil 1	1 - 991655432
Teléfono Móvil 2	1 - 999388973
Correo Electrónico 1	enecontadores@gmail.com
Correo Electrónico 2	tesoreria.cop2025.2028@gmail.com

Domicilio Fiscal	
Actividad Económica Principal	9412 - ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	PUEBLO LIBRE (MAGDALENA VIEJA)
Tipo y Nombre Zona	URB. SAN MARTIN
Tipo y Nombre Vía	PQ. SAN MARTIN
Nro	115
Km	-

www.sunat.gob.pe

Central de Consultas
Desde teléfonos fijos 0-801-12-100
Desde celulares (01)315-0730

Mz	-
Lote	-
Dpto	-
Interior	-
Otras Referencias	-
Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal	ALQUILADO

Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa	
Fecha Inscripción RR.PP	22/07/1997
Número de Partida Registral	12014891
Tomo/Ficha	-
Folio	-
Asiento	-
Origen de la Entidad	NACIONAL
País de Origen	-

Registro de Tributos Afectos

Tributo	Afecto desde	Exoneración		
		Marca de Exoneración	Desde	Hasta
IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA	01/06/2001	-	-	-
RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES	01/04/2008	-	-	-
RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES	15/04/2004	-	-	-
ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR	15/04/2004	-	-	-
SNP - LEY 19990	15/04/2004	-	-	-

Representantes Legales

Tipo y Número de Documento	Apellidos y Nombres	Cargo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Nro. Orden de Representación
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD 42293029	MORENO PONCE GLORIA MARLENE	DECANO	10/04/1984	01/04/2025	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**	
	CAL. MARIO URTEAGA 110	LIMA LIMA LA VICTORIA	15 989980569	dra.gloria.moreno@gmail.com	

Otras Personas Vinculadas

www.sunat.gob.pe
Central de Consultas
Desde teléfonos fijos 0-801-12-100
Desde celulares (01)315-0730

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 70427810	ARAUCANO BONIFAZ LIZBET KATERIN	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	14/05/1990	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	**Apellidos y Nombres**	**Vínculo**	**Fecha de Nacimiento**	**Fecha Desde**	**Origen**	**Porcentaje**
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 10621264	GALINDO LUDEÑA SANDRA MARIBEL	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	01/03/1977	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	**Apellidos y Nombres**	**Vínculo**	**Fecha de Nacimiento**	**Fecha Desde**	**Origen**	**Porcentaje**
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 10765174	GARCIA PORTOCARRERO GINGERS MIRIAM	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	01/05/1978	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	**Apellidos y Nombres**	**Vínculo**	**Fecha de Nacimiento**	**Fecha Desde**	**Origen**	**Porcentaje**
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 47796656	JAVIER VILCHEZ GIANINA LIZETH	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	12/04/1993	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				

www.sunat.gob.pe
Central de Consultas
Desde teléfonos fijos 0-801-12-100
Desde celulares (01)315-0730

Tipo y Nro.Doc.	Apellidos y Nombres	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Fecha Desde	Origen	Porcentaje
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 09981094	JUAREZ BALBIN YESENIA ELIZABETH	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	23/10/1974	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	**Apellidos y Nombres**	**Vínculo**	**Fecha de Nacimiento**	**Fecha Desde**	**Origen**	**Porcentaje**
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 08176284	MAGUIÑA RIOS NORIS ESMERALDA	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	13/09/1962	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				
Tipo y Nro.Doc.	**Apellidos y Nombres**	**Vínculo**	**Fecha de Nacimiento**	**Fecha Desde**	**Origen**	**Porcentaje**
DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 42293948	MARTINEZ CHAVEZ SILVIA ROCIO	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA	11/03/1984	01/04/2025	-	-
	Dirección	**Ubigeo**	**Teléfono**	**Correo**		
		- - -	- -	-		
	País de Residencia	**País de Constitución**				
	-	-				

Establecimientos Anexos

Código	Tipo	Denominación	Ubigeo	Domicilio	Otras Referencias	Condición Legal	Licencia
0001	S.PRODUCTIVA	-	PUNO PUNO PUNO	BAR. VICTORIA JR. MOQUEGUA 618	-	ALQUILADO	-

Importante:

Recuerde que es obligatorio consultar periódicamente su Buzón Electrónico SOL, para conocer de forma oportuna las notificaciones e información de interés que faciliten el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y aduaneras.

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA
Fecha: 10/09/2026
Hora: 15:47

Jefe del área de Servicios
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

  https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteec/reportecertificado/descarga?doc=DeEAam5R55aqTnbswes1WgLfMbNzzN8WQ94SAVrb3%2Fc88XpcPnLD7vdJ%2BpzswonCiApmD8K%2BrfnHXD7b2oabn8CP1dT4USTSmVwduCQ0PL0%3D

El Consejo Nacional de Decanos de los Colegios Profesionales del Perú,

Otorga la siguiente

CREDENCIAL

A LA OBSTA. GLORIA MARLENE MORENO PONCE,

Como Miembro Titular de la Institución, en su condición de Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú, con DNI N.º 42293029 y Colegiatura Obstetra C.O.P. N.º 23957, elegido para el periodo del 01 de abril de 2025 al 31 de marzo de 2028, de conformidad con el artículo 2° de la Ley 28948 y de los artículos 9° y 11º del Estatuto del CDCP.

Lima, 20 de noviembre de 2025.

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por: RIEGA LOPEZ Pedro Antonio FAU 20139589638 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/12/2025 11:00:35-0500

Dr. Pedro Antonio Riega López
Decano Presidente del CDCP

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por: RISCO MOZO JAIME ANTENOR FIR 18085558 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/12/2025 15:47:15-0500

Mg. Jaime Antenor Risco Mozo
Decano Secretario del CDCP

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Santiago de Surco, 10 de marzo de 2026

Firmado digitalmente por: MONTES BOZA Manuel Augusto FAU 20267073580 hard
Motivo: Soy Autor del Documento
Fecha: 2026/03/10 17:26:46-0500

OFICIO No 00115-2026-SUNARP/SN

Señora:
SHADIA VALDEZ TEJADA
Viceministra de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Calle Scipión Llona 350, Miraflores – Lima
svaldez@minjus.gob.pe
Presente. –

Asunto : Solicita información de los actuales representantes inscritos en la partida del Colegio de Obstetras del Perú

Referencia : Proveido_002502-2026/JUS-VMJ

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, y dar atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita que se brinde información sobre la representación vigente del Colegio de Obstetras del Perú.

Sobre el particular, la Dirección Técnica Registral, órgano de línea de la SUNARP, que cuenta entre sus competencias la de emitir opinión especializada en materia registral, ha efectuado el análisis pertinente y emitido el Informe N° 085-2026-SUNARP/DTR, cuya copia se adjunta al presente, en el que se brinda respuesta a su solicitud.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresar a usted los sentimientos de mi estima y consideración.

Atentamente,

Firmado digitalmente
MANUEL AUGUSTO MONTES BOZA
SUPERINTENDENTE NACIONAL
SUNARP

V° B°
Firmado digitalmente por: ESPINOZA RIVERA Hugo Jorge FAU 20267073580 soft
Motivo: Doy Visto Bueno del Documento
Fecha: 2026/03/10 14:36:05-0500

Esta es una copia autentica imprimible de un documento electronico archivado por la SUNARP, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del Decreto Supremo No 070-2013-PCM y la Tercera Disposicion Complementaria Final del Decreto Supremo No 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a traves de la siguiente direccion web: https://verificador.sunarp.gob.pe
CVD: 0782531713

Superintendencia Nacional de los Registros Públicos
Sede Central: Av. Primavera N° 1878
Santiago de Surco – Lima
Teléfono: 208-3100 / https://www.gob.pe/sunarp

Plataforma Digital Única de Denuncias Ciudadanas
https://denuncias.servicios.gob.pe/

Santiago de Surco, 09 de marzo de 2026

Firmado digitalmente por: ESPINOZA RIVERA Hugo Jorge FAU 20267073580 soft
Motivo: Soy Autor del Documento
Fecha: 2026/03/09 15:14:26-0500

INFORME No 00085-2026-SUNARP/DTR

A : **MANUEL AUGUSTO MONTES BOZA**
Superintendente Nacional de los Registros Públicos

ASUNTO : Solicita información de los actuales representantes inscritos en la partida del Colegio de Obstetras del Perú

REFERENCIA: Proveido_002502-2026/JUS-VMJ

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, informarle que, mediante el proveído de la referencia, el Despacho Viceministerial de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos solicita información sobre la representación vigente del Colegio de Obstetras del Perú.

I. ANTECEDENTES:

1.1. Mediante Proveído N° 002502-2026/JUS-VMJ del 24 de febrero de 2026 el despacho Viceministerial de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos solicita información sobre la representación vigente del Colegio de Obstetras del Perú.

1.2. Mediante asignación del E-00-2026-012727 la Gerencia General remite dicha solicitud a la Dirección Técnica Registral para la atención en el marco de su competencia.

II. ANALISIS

2.1. Se procedió a realizar una búsqueda en el Índice Nacional de Personas Jurídicas con la denominación: “Colegio de Obstetras del Perú”, toda vez que, en los documentos que se acompaña en el proveído de la referencia, no se cuenta con el número de partida y oficina registral.

2.2. Como resultado de dicha búsqueda se identificó que el Colegio de Obstetras del Perú está inscrito en la partida registral N° 12014891 del Registro de Personas Jurídicas de Lima.

i. En el asiento **A0001** obra inscrito “El traslado de partida N° 03001079 del Libro de asociaciones a la presente partida”. En dicho asiento señala que por Decreto Ley 21210 de fecha 15.07.1975 y Decreto Supremo N° 002-77-SA de fecha 04.02.1977 se constituye una asociación sin fines de lucro, cuya finalidad es ejercer la representación de la profesión en los organismos que las leyes señalen (…)

ii. En el asiento **A0002** está inscrito “la ampliación de asiento y modificación de estatuto” En dicho asiento señala que en merito a la Ley 28686, se modifica el artículo 1 del Decreto Ley N° 21210, Ley que crea el Colegio de Obstetras del Perú, bajo los

Esta es una copia autentica imprimible de un documento electronico archivado por la SUNARP, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del Decreto Supremo No 070-2013-PCM y la Tercera Disposicion Complementaria Final del Decreto Supremo No 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a traves de la siguiente direccion web: https://verificador.sunarp.gob.pe
CVD: 5376836803

siguientes términos:

> Artículo 1.- Colegio: Crease el Colegio de Obstetras del Perú, como institución autónoma, con personería jurídica de derecho público interno. Se encuentra integrado por los Profesionales obstetras no médicos cirujanos. Su sede es la capital de la Republica y queda autorizado para establecer sedes o colegios regionales, conforme a su estatuto (…)

iii. En el asiento **G0006** está inscrito el reconocimiento del estatuto del Colegio de Obstetras del Perú modificado y adecuado a la Ley N° 28686, la siguiente imagen muestra los primeros artículos:

:: **RECONOCER** la la **aprobación del Estatuto** del Colegio de Obstetras del Perú, modificado y adecuado a la Ley N° 28686 **el 25.07.06,** quedando redactado de la siguiente forma:

Artículo 1. El Colegio de obstetras del Perú, es una institución autónoma con personería jurídica de derecho público interno y representativo de los profesionales de Obstetricia. Fue creado mediante el Decreto Ley N° 21210 y modificado por la Ley N° 28686.
Artículo 2. El Colegio de obstetras del Perú, es una institución sin fines de lucro. Destina sus ingresos a los fines de su creación, al desarrollo corporativo de sus Colegiados y de la institución.
Artículo 3. El Colegio de obstetras del Perú, está conformado por los Profesionales de Obstetricia registrados y Colegiados, residentes en el Perú o en el extranjero.
Artículo 5. La sede central del Colegio des del Perú se ubica en la capital de la República. Las sedes regionales se establecen en las diferentes jurisdicciones territoriales correspondientes a los Colegios Regionales.
Artículo 6. Son fines del Colegio des del Perú:
1. Velar porque el ejercicio de la profesión de Obstetricia se desarrolle dentro del marco de la Constitución Política, las Leyes, el Perfil Profesional, el Estatuto, el Código de Ética y Deontología Profesional y Reglamentos (...). 3. Promover, organizar e implementar acciones de protección y asistencia social en beneficio de Colegiados y familiares directos (...). 5. Contribuir en la mejora de la formación profesional, participando con las instituciones educativas, científicas, técnicas y de investigación que correspondan.
Articulo 35. Todo Colegiado, cualquiera fuera su condición o función está obligado a reconocer la autoridad, competencia y atribuciones de los Miembros Directivos del Colegio, a guardarle el trato deferente que corresponde a su cargo y darle las facilidades, a su alcance, para el

iv. En el asiento **G00020 (Título N° 2025-2855977)** obra inscrita el **Consejo Directivo Nacional** elegido para el periodo 01.04.2025 – 31.03.2028, en la siguiente imagen muestra los nombres de los personas elegidas y documentos que dieron merito a la inscripción registral.

NOMBRAMIENTO DE CONSEJO DIRECTIVO:
POR COPIA CERTIFICADA DEL 18/08/2025 OTORGADA ANTE NOTARIO PUBLICO PAUL JHON HINOJOSA CARRILLO, EN LA CIUDAD DE LIMA Y POR RESOLUCIÓN N°017-2025-CEN/COP DEL 07/03/2025 EXPEDIDA POR NEHEMIAS SAMUEL CRISTOBAL DE LA CRUZ EN CALIDAD DE PRESIDENTE DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL, JESICA ANABELA HUERTAS MOGOLLON EN CALIDAD DE SECRETARIA DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL Y KELLY JESUS RUIZ NEGREIROS EN CALIDAD DE VOCAL DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL, SE PROCLAMA COMO NUEVO CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL PARA EL PERIODO 01/04/2025 - 31/03/2028 A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

DECANA NACIONAL: MORENO PONCE GLORIA MARLENE CON DNI N°42293029
VIDECANA NACIONAL: GARCIA PORTOCARRERO GINGERS MIRIAM CON DNI N°10765174
SECRETARIA NACIONAL ADMINISTRATIVO: ARAUCANO BONIFAZ LIZBET KATERIN CON DNI N°70427810
SECRETARIA NACIONAL DE ASUNTOS INTERNOS: MARTINEZ CHAVEZ SILVIA ROCIO CON DNI N° 42293948
SECRETARIO NACIONAL DE ASUNTOS EXTERNOS: MAGUIÑA RIOS NORIS ESMERALDA CON DNI N°08176284
TESORERA NACIONAL: GALINDO LUDEÑA SANDRA MARIBEL CON DNI N°10621264
PRIMERA VOCAL NACIONAL: JUAREZ BALBIN YESENIA ELIZBETH CON DNI N°09981094
SEGUNDA VOCAL NACIONAL: JAVIER VILCHEZ GIANINA LIZETH CON DNI N°47796656

v. Como se puede apreciar, de la información de la partida electrónica, el Consejo Directivo Nacional vigente del Colegio profesional para el periodo 2025-2028, se encuentra inscrito en el asiento G00020 y está presidido por la Decana Nacional

Esta es una copia autentica imprimible de un documento electronico archivado por la SUNARP, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del Decreto Supremo No 070-2013-PCM y la Tercera Disposicion Complementaria Final del Decreto Supremo No 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a traves de la siguiente direccion web: https://verificador.sunarp.gob.pe
CVD: 5376836803

Gloria Marlene Moreno Ponce.

vi. Adicional a ello, se evidencia que los títulos N° 2025-2902770[1] del 29.09.2025 y 2025-3849854[2] del 23.12.2025 se encuentran asociados a la partida electrónica del Colegio de Obstetras del Perú, en estado “tachado” y “observado”, respectivamente. Sobre el primer título, este ha sido impugnado ante la segunda instancia registral y se encuentra pendiente de pronunciamiento y el segundo no ha sido impugnado a la fecha.

vii. La información consignada en el presente documento ha sido extraída de la partida registral del Colegio de Obstetras del Perú. Asimismo, se indica que la Zona Registral N° IX ha emitido un certificado de vigencia de poder del Colegio de Obstetras del Perú, en el cual se señala que el Consejo Directivo Nacional se encuentra inscrito en el asiento G00020, detallándose a sus integrantes. Dicho documento se adjunta al presente, conjuntamente con la copia informativa de la partida registral, para los fines pertinentes.

III. CONCLUSIONES

2.1. En el asiento G00020 de la partida registral Nº 12014891 del Registro de Personas Jurídicas de Lima se encuentra inscrito el último Consejo Directivo Nacional del Colegio de Obstetras del Perú, elegido para el período 2025–2028, el cual es presidido por la Decana Nacional, señora Gloria Marlene Moreno Ponce.

2.2. Obra en trámite dos títulos asociados a la partida electrónica del Colegio de Obstetras del Perú. El Título Nº 2025-2902770 ha sido tachado y posteriormente impugnado ante la segunda instancia registral, encontrándose actualmente pendiente de pronunciamiento. Por su parte, el Título Nº 2025-3849854 se encuentra observado por la primera instancia registral y, a la fecha, no ha sido apelado.

2.3. Se acompaña al presente informe: (i) La copia informativa de la partida electrónica del Colegio de Obstetras del Perú; y, (ii) EL certificado de vigencia de poder correspondiente al Colegio de Obstetras del Perú, para los fines correspondientes.

Atentamente,

Firmado digitalmente
HUGO JORGE ESPINOZA RIVERA
DIRECTOR(e) TÉCNICO REGISTRAL
SEDE CENTRAL – SUNARP

HER/frs

sunarp
V° B°
Firmado digitalmente por:
ROJAS ALVAREZ Jorge Armando Enrique FAU 20267073580 hard
Motivo: Doy Visto Bueno del Documento
Fecha: 2026/03/09 14:59:55-0500

[1] Se solicita la inscripción de Consejo Directivo Nacional periodo 2025-2028
[2] Se solicita la inscripción de la elección de los cargos vacantes del consejo directivo regional del Colegio Regional de obstetras del Perú.

Esta es una copia autentica imprimible de un documento electronico archivado por la SUNARP, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del Decreto Supremo No 070-2013-PCM y la Tercera Disposicion Complementaria Final del Decreto Supremo No 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a traves de la siguiente direccion web: https://verificador.sunarp.gob.pe
CVD: 5376836803

OFICIO N°006 – 2026/SENAE/COP 05/03/2026

sunarp
Superintendencia Nacional
de los Registros Públicos

ZONA REGISTRAL N° IX
OFICINA LIMA

REGISTRO DE PERSONAS JURIDICAS
LIBRO DE PERSONAS JURIDICAS CREADAS POR LEY
CERTIFICADO DE VIGENCIA

EL que suscribe CERTIFICA que:
EN EL **ASIENTO G00020** DE LA PARTIDA N° 12014891, CORRESPONDIENTE A LA PERSONA JURIDICA DENOMINADA **"COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU"**, CONSTA REGISTRADO Y VIGENTE POR COPIA CERTIFICADA DEL 18/08/2025 OTORGADA ANTE NOTARIO PUBLICO PAUL JHON HINOJOSA CARRILLO, EN LA CIUDAD DE LIMA Y POR RESOLUCIÓN N°017-2025-CEN/COP DEL 07/03/2025 EXPEDIDA POR NEHEMIAS SAMUEL CRISTOBAL DE LA CRUZ EN CALIDAD DE PRESIDENTE DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL, JESICA ANABELA HUERTAS MOGOLLON EN CALIDAD DE SECRETARIA DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL Y KELLY JESUS RUIZ NEGREIROS EN CALIDAD DE VOCAL DEL COMITÉ ELECTORAL NACIONAL, **SE PROCLAMA COMO NUEVO CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL PARA EL PERIODO 01/04/2025 - 31/03/2028** A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

DECANA NACIONAL: MORENO PONCE GLORIA MARLENE CON DNI N°42293029
VIDECANA NACIONAL: GARCIA PORTOCARRERO GINGERS MIRIAM CON DNI N°10765174
SECRETARIA NACIONAL ADMINISTRATIVO: ARAUCANO BONIFAZ LIZBET KATERIN CON DNI N°70427810
SECRETARIA NACIONAL DE ASUNTOS INTERNOS: MARTINEZ CHAVEZ SILVIA ROCIO CON DNI N° 42293948
SECRETARIO NACIONAL DE ASUNTOS EXTERNOS: MAGUIÑA RIOS NORIS ESMERALDA CON DNI N°08176284
TESORERA NACIONAL: GALINDO LUDEÑA SANDRA MARIBEL CON DNI N°10621264
PRIMERA VOCAL NACIONAL: JUAREZ BALBIN YESENIA ELIZBETH CON DNI N°09981094
SEGUNDA VOCAL NACIONAL: JAVIER VILCHEZ GIANINA LIZETH CON DNI N°47796656
N° de fojas del Certificado: 01
Se expide el presente en la ciudad de Lima a las 8.00 HORAS del 06/03/2026

LUIS ALBERTO RAMOS SANES
Abogado - Certificador
Zona Registral Nº IX - Sede Lima

LOS CERTIFICADOS QUE EXTIENDEN LAS OFICINAS REGISTRALES ACREDITAN LA EXISTENCIA O INEXISTENCIA DE INSCRIPCIONES O ANOTACIONES PREVENTIVAS VIGENTES EN EL REGISTRO AL TIEMPO DE SU EXPEDICIÓN. (ART. 140° DEL T.U.O. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LOS REGISTROS PUBLICOS APROBADO POR RESOLUCION N°.126-2012-SUNARP-SN DEL 18.05.2012).

José Enrique Jerí Oré
Presidente de la República del Perú

Me complace expresar mi más sincero agradecimiento por su cordial y atento saludo de felicitación recibida, y ratifico mi compromiso para continuar trabajando por el pueblo peruano.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Lima, 22 de octubre de 2025

A la Señora
Gloria Marlene Moreno Ponce
Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú
Presente.-

FIRMA DIGITAL PCM PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS
Firmado digitalmente por FALCONI GALVEZ Juan Teodoro FAU 20168999926 hard
Cargo: Secretario General
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.10.2025 09:59:33 -05:00

Lima, 17 de Octubre del 2025

OFICIO N° D002486-2025-PCM-SG

Señora
GLORIA MARLENE MORENO PONCE
Decana Nacional
Colegio de Obstetras del Perú
Presente.-

Asunto : Agradecimiento a saludo y solicitud de reunión.

Referencia : OFICIO N° 396-2025-CDN-COP/2025-2028

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente por especial encargo del señor Presidente del Consejo de Ministros y, a la vez hacer de su conocimiento que hemos recibido el documento de la referencia, a través del cual hace llegar su saludo por el reciente nombramiento como Presidente del Consejo de Ministros.

Sobre el particular, se le hace llegar de manera especial el agradecimiento por el gesto de su deferencia, así como también señalar que, por motivos de agenda del Presidente del Consejo de Ministros, por el momento no es posible atender la solicitud de reunión de trabajo debido a la actual coyuntura. En mérito a lo requerido se precisa que se estará programando en fechas posteriores, lo que se hace de su conocimiento y fines.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

JUAN TEODORO FALCONI GALVEZ
SECRETARIO GENERAL
PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

FIRMA DIGITAL PCM PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS
Firmado digitalmente por ROSALES HUERTA Joe Luis Alejo FAU 20168999926 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.10.2025 09:55:59 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en la Presidencia del Consejo de *Ministros*, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web:
Url: **https://sgdciudadano.pcm.gob.pe/register/verifica**
Código de Verificación: **0151 2527 9220 5375**

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por ESPINOZA BARRETO Carlos Alberto FAU 20131373237 hard
Cargo: Director General
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06.04.2026 07:55:21 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Jesus Maria, 06 de Abril del 2026

OFICIO N° D000896-2026-DIGEP-MINSA

Señora
GLORIA MARLENE MORENO PONCE
DECANA NACIONAL
COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ
decana.nacional.cop@gmail.com
Presente. -

Asunto : Solicitud de acuerdos adoptados en reunión presencial y confirmación de representación Institucional

Referencia : Oficio Nº 208-2026-DN-COP
Memorándum Nº D000382-2026-OGAJ-MINSA
Memorándum Nº D000268-2026-OGGRH-MINSA
Memorándum Nº D000085-2026-OGAJ-MINSA
Oficio Múltiple Nº _-2026-DIGEP/MINSA
Expediente Nº 2026-0056664
Expediente N° 2026-0056650

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita la remisión de un informe final que detalle los acuerdos adoptados en la reunión presencial sostenida el 23 de febrero del presente año.

Al respecto, se informa que esta Dirección General ha emitido el **Oficio Múltiple Nº D00050-2026-DIGEP/MINSA,** mediante el cual se ha comunicado a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) y Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) lo concerniente a la representatividad del Colegio de Obstetras del Perú, conforme a lo señalado en el Memorándum Nº D000382-2026-OGAJ-MINSA y el Memorándum Nº D000268-2026-OGGRH-MINSA, emitidos por la Oficina General de Asesoría Jurídica y la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, respectivamente.

Asimismo, la Oficina General de Asesoría Jurídica (OGAJ) del Ministerio de Salud, mediante **Memorándum Nº D000085-2026-OGAJ-MINSA**, respecto de la consulta formulada por esta Dirección General sobre la legitimidad de la Decana del Colegio de Obstetras del Perú y el reconocimiento de las colegiaturas de las profesionales obstetras, ha concluido, entre otros aspectos, que para efectos de atender cualquier requerimiento ante el Ministerio de Salud por parte de los representantes de dicho Colegio Profesional, y en observancia de los principios de legalidad y presunción de veracidad establecidos en el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, así como del principio de legitimación previsto en el Código Civil, se debe considerar la vigencia de poderes inscrita en los Registros Públicos o, en su defecto, una sentencia judicial firme que acredite su representatividad.

En concordancia con lo señalado, y respecto a la acreditación de colegiaturas para el proceso SERUMS 2026-I, se precisa que esta Dirección General actuará conforme a lo dispuesto en el **Oficio Nº D000249-2026-DIGEP/MINSA**. En ese sentido, oportunamente se remitirá al Colegio Profesional la relación de profesionales Obstetras inscritos en el referido proceso, a efectos de que se realice la validación correspondiente.

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por GONZALES GUZMÁN Alberto FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 01.04.2026 17:06:20 -05:00

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por LOYOLA BALAREZO Winston Valdemar FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 01.04.2026 16:49:49 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Ministerio en Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.minsa.gob.pe/validadorDocumental/inicio/detalle.jsf** e ingresando el siguiente Código de Verificación: **BNEWIDB**

De identificarse que alguna colegiatura no haya sido expedida por su representada o presente observaciones, corresponderá al Colegio de Obstetras del Perú, a través de su despacho, comunicar dicha situación a la profesional involucrada, a fin de que adopte las acciones necesarias para la regularización de su condición.

Finalmente, se precisa que, en el marco del proceso SERUMS, las observaciones respecto a la validez de las colegiaturas se efectuarán sobre la base de la información que sea formalmente comunicada por el Colegio Profesional que cuente con representación debidamente acreditada, conforme a lo señalado por la Oficina General de Asesoría Jurídica.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

CARLOS ALBERTO ESPINOZA BARRETO
DIRECTOR GENERAL
DIRECCION GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD

CEB/AGG/WVLB/RRH

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Ministerio en Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.minsa.gob.pe/validadorDocumental/inicio/detalle.jsf** e ingresando el siguiente Código de Verificación: **BNEWIDB**

Jesus Maria, 27 de Marzo del 2026

OFICIO MULTIPLE N° D000050-2026-DIGEP-MINSA

Señor
Director/Gerente General DIRESA/GERESA/DIRIS

1. Dirección Regional de Salud Amazonas
2. Dirección Regional de Salud Ancash
3. Dirección Regional de Salud Apurímac
4. Dirección Regional de Salud Ayacucho
5. Dirección Regional de Salud Cajamarca
6. Dirección Regional de Salud Callao
7. Dirección Regional de Salud Huancavelica
8. Dirección Regional de Salud Huánuco
9. Dirección Regional de Salud Ica
10. Dirección Regional de Salud Junín
11. Dirección Regional de Salud Lima
12. Dirección Regional de Salud Madre De Dios
13. Dirección Regional de Salud Moquegua
14. Dirección Regional de Salud Pasco
15. Dirección Regional de Salud Piura
16. Dirección Regional de Salud Puno
17. Dirección Regional de Salud San Martín
18. Dirección Regional de Salud Tacna
19. Dirección Regional de Salud Tumbes
20. Dirección Regional de Salud Ucayali
21. Gerencia Regional de Salud La Libertad
22. Gerencia Regional de Salud Arequipa
23. Gerencia Regional de Salud Lambayeque
24. Gerencia Regional de Salud Cusco
25. Gerencia Regional de Salud Loreto
26. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
27. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este
28. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte
29. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

Presente.-

Asunto : REPRESENTATIVIDAD DEL COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ..

Referencia : Memorándum Nº D000382-2026-OGAJ-MINSA
Memorándum Nº D000268-2026-OGGRH-MINSA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, comunicarle que, en atención a las consultas relacionadas con la representatividad del Colegio de Obstetras del Perú, la Oficina General de Asesoría Jurídica y la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud han emitido los documentos señalados en la referencia.

En ese sentido, se remiten el ***Memorándum Nº D000382-2026-OGAJ-MINSA y el Memorándum Nº D000268-2026-OGGRH-MINSA***, para su conocimiento y para las acciones que estimen pertinentes en el marco de sus competencias.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

PERÚ MINSA

Documento firmado digitalmente
CARLOS ALBERTO ESPINOZA BARRETO
DIRECTOR GENERAL
DIRECCION GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Firmado digitalmente por GONZALES GUZMÁN Alberto FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 27.03.2026 16:24:13 -05:00

JEDCS/JGG/WVLB/RRH

PERÚ MINSA

Firmado digitalmente por LOYOLA BALAREZO Winston Valdemar FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 27.03.2026 15:15:50 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Ministerio de Salud. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.minsa.gob.pe/validadorDocumental/inicio/detalle.jsf** e ingresando la siguiente clave: **NNZ5MBB**

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por OCHOA SOTOMAYOR Juan Francisco FAU 20131373237 hard
Cargo: Director General
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.03.2026 12:48:58 -05:00

Jesus Maria, 23 de Marzo del 2026

MEMORANDUM N° D000382-2026-OGAJ-MINSA

Para : **JAVIER EDWIN DEL CAMPO SANCHEZ**
DIRECTOR GENERAL
DIRECCION GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD

De : **JUAN FRANCISCO OCHOA SOTOMAYOR**
DIRECTOR GENERAL
OFICINA GENERAL DE ASESORIA JURIDICA

Asunto : Junta Directiva en el Colegio de Obstetras del Perú.

Referencia : a) Oficio N° 002566-2026-DP/SSG
b) Oficio N° 589-2025 DN-CDN/COP
c) Oficio N° 0206-2026-CDN/COP
d) Oficio N° 001-2026-CDN/COP
e) Oficio Múltiple N° 008-2026-COP-CN-SVN
f) Oficio N° 02566-2026-DP/SSG
g) Oficio Múltiple N° 009-2026-COP-CN-SVN
h) Oficio N° 287-2026-DN-COP
Expedientes N° s. 2026-0053147, 2026-0057883, 2026-0062534, 2026- 0050996, 2026-070615, 2026-0053147, 2026-0072018 y 2026-0078657

Fecha : Jesús Maria, 23 de marzo de 2026

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención a los documentos de la referencia, relacionados con la controversia generada respecto a la legitimidad del Consejo Directivo Nacional del Colegio de Obstetras del Perú presidido por la señora Lizeth Alminda Regalado Nación y por la señora Gloria Marlene Moreno Ponce, quienes se presentan como Decanas Nacionales del referido colegio profesional, solicitando al Ministerio de Salud emitir opinión sobre el particular.

I. POSICIÓN DE LA SEÑORA GLORIA MARLENE MORENO PONCE

- El Consejo Directivo Nacional al que representa la señora Gloria Marlene Moreno Ponce se encuentra inscrito en el Asiento G00020 de la Partida Registral N° 12014891 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, por lo que, según refiere, tiene efectos frente a terceros, incluyendo al Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados.

- Señala que cualquier documento emitido con posterioridad al 1 de abril de 2025 por personas sin mandato vigente o sin vigencia de poder inscrita carece de validez formal y compromete la legalidad de los actos administrativos emanados.

- Adjunta el Oficio N° 219-2026-JUS/VMJ emitido por el Despacho Viceministerial de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en el que se acompaña el Informe N° 00085-2026-SUNARP/DTR de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos – SUNARP, en el cual se indica que, en el Asiento G00020 de la Partida Registral N° 12014891 se encuentra inscrito el último Consejo Directivo Nacional del Colegio de Obstetras del Perú, elegido para el periodo 2025-2028, el cual es presidido por la Decana Nacional, señora Gloria Marlene Moreno Ponce. Asimismo, se señala que obra en trámite dos títulos asociados a la Partida Electrónica del Colegio de Obstetras del Perú: El

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por RIVERA OBANDO Marco Antonio FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 23.03.2026 12:38:36 -05:00

Título N° 2025-2902770 el cual ha sido tachado y posteriormente impugnado ante la segunda instancia registral, encontrándose pendiente de pronunciamiento, y el Título N° 2025-3849854, el cual se encuentra observado por primera instancia registral y no ha sido apelado.

II. POSICIÓN DE LA SEÑORA LIZETH ALMINDA REGALADO NACIÓN

- Según refiere, debido a presuntas irregularidades halladas en el proceso electoral del Colegio de Obstetras del Perú del 2 de febrero de 2025, para elegir a sus autoridades por el periodo 2025-2028, mediante la Resolución N° 006-2025-CN/COP se declaró la nulidad de este. Asimismo, a través de la Resolución N° 014-2025-CDN/COP se dictó medida de No Innovar, a fin de que terceros no realicen cambios en la representación institucional.

- Con Resolución N° 007-2025-CN/COP se aprobó la continuidad administrativa y de gestión y la prórroga excepcional del mandato de la obstetra Mimy Lily Rojas Silva (ex decana nacional), con la finalidad de efectuar un nuevo proceso electoral.

- Se tiene conocimiento que la señora Gloria Marlene Moreno Ponce, quien resultó elegida como Decana Nacional en el proceso electoral declarado nulo, ha tramitado la inscripción de su Consejo Directivo ante la SUNARP; sin embargo, este fue tachado, con decisión confirmada por el Tribunal Registral mediante Resolución N° 2108-2025-SUNARP-TR, debido a incumplimiento de requisitos esenciales para la inscripción de consejos directivos.

- Sin embargo, el trámite planteado por la señora Moreno Ponce culminó con la inscripción del Consejo Directivo que representa, en el Asiento G00020 en la Partida Registral N° 12014891, motivo por el cual, con fecha 06 de febrero de 2026, se ha presentado ante el Poder Judicial una demanda de nulidad de acto jurídico (nulidad de inscripción de asiento registral), la cual se tramita ante el 29° Juzgado Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima – Expediente 01317-2026-0-18A5-JR-CI-29; así como un proceso contencioso administrativo contra la SUNARP, teniendo como litis consorte a la señora Moreno Ponce, la misma que se tramita ante el Décimo Segundo Juzgado Permanente de la Corte Superior de Justicia de Lima en el Expediente 21308-2025-0-1801-JR-CA-12 desde el 04 de noviembre de 2025, y fue iniciado por la señora Mimy Rojas Silva cuando ostentaba el cargo de Decana Nacional. Ambos procesos judiciales se encuentran en trámite a la fecha.

- Con fecha 14 de setiembre de 2025 se realizó el proceso electoral donde resultó elegida la señora Lizeth Arminda Regalado Nación, por lo que la decana saliente (Mimy Lily Rojas Silva) le hizo la transferencia del cargo y acervo documentario, ejerciendo las funciones inherentes al cargo en la sede institucional del Colegio de Obstetras del Perú.

III. EN RELACIÓN A LA DUPLICIDAD DE NÚMEROS DE COLEGIATURA Y SU IMPLICANCIA EN EL PROCESO SERUMS

- La problemática de representación señalada en los párrafos anteriores, ha ocasionado la aparición de registros duplicados de números de colegiatura de sus miembros. Sobre el particular, Dirección General de Personal de la Salud – DIGEP, mediante el Informe N° D000033-2025-DIGEP-DIPLAN-MCS-MINSA, refiere que corresponde al Colegio de Obstetras del Perú declarar la validez de las colegiaturas de sus agremiados, respetando las garantías del debido proceso y considerando lo establecido en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

- De otro lado, en relación a su implicancia en el proceso SERUMS, cabe señalar que el artículo 25 del Reglamento de la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal - SERUMS, aprobado por Decreto Supremo N° 005-97-SA, establece que el postulante al servicio, al momento de registrar su inscripción, debe contar con título profesional registrado en la Superintendencia Nacional de Educación Superior (SUNEDU) y **encontrarse colegiado por su Colegio Profesional correspondiente**.

- En virtud de lo anterior, se advierte que la exigencia de la colegiatura es un requisito exigible para participar en el proceso SERUMS.

IV. SOBRE EL PEDIDO DE PRONUNCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

- Al respecto, las partes en conflicto han solicitado al Ministerio de Salud fijar posición sobre la situación glosada. Sobre el particular, a través del Memorándum N° D000085-2026-OGAJ-MINSA cuyo contenido nos ratificamos, esta Oficina General de Asesoría Jurídica ha indicado que **el Ministerio de Salud carece de competencia para poder intervenir en las decisiones o acuerdos adoptados por el Colegio Profesional de Obstetras, así como para resolver asuntos vinculados al reconocimiento o vigencia o validez de las autoridades de dicho colegio profesional**, siendo de competencia exclusiva de la autoridad jurisdiccional correspondiente.

- Asimismo, se precisó en el referido documento, en relación a la inscripción registral del Consejo Directivo Nacional que, el artículo 27 del "Reglamento de inscripciones del Registro de Personas Jurídicas", aprobado por Resolución del Superintendente Nacional de los Registros Públicos N° 038-2013-SUNARP/SN y el artículo 3 del Decreto Supremo N° 012-2018-JUS, Lineamientos para la inscripción de los Colegios Profesionales, de las Juntas de Decanos de los Colegio Profesionales y de sus Juntas Directivas o Consejos Directivos en el Registro de Personas Jurídicas de la SUNARP, establecen que la inscripción de las Juntas de Decanos y de sus Juntas Directivas en el Registro de Personas Jurídicas de la SUNARP es facultativa y de carácter declarativo, sin embargo, en las normas legales citadas no se ha comprendido al directivo que ejerce la representación legal del Colegio Profesional, por lo que, para efectos de garantizar la seguridad jurídica, corresponde atender a lo inscrito en los Registros Públicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 2013 del Código Civil y el artículo 64 del TUO de la LPAJ[1], y en tanto no exista rectificación por la instancia registral o se declare su invalidez por el órgano judicial correspondiente.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

JUAN FRANCISCO OCHOA SOTOMAYOR
DIRECTOR GENERAL
OFICINA GENERAL DE ASESORIA JURIDICA

(JOS/mro/vrs)

[1] El artículo 2013 del Código Civil establece que el contenido del asiento registral se presume cierto y produce todos sus efectos, mientras no se rectifique por las instancias registrales o se declare su invalidez por el órgano judicial o arbitral mediante resolución o laudo firme; asimismo, el artículo 64 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que las personas jurídicas pueden intervenir en el procedimiento a través de sus representantes legales, quienes actúan premunidos de los respectivos poderes.

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por CHAVEZ ABANTO Wendy Karim FAU 20131373237 hard
Cargo: Directora General
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 26.01.2026 12:48:16 -05:00

Jesus Maria, 26 de Enero del 2026

MEMORANDUM N° D000268-2026-OGGRH-MINSA

A : **JAVIER EDWIN DEL CAMPO SÁNCHEZ**
Director General
Dirección General de Personal de la Salud

De : **WENDY KARIM CHÁVEZ ABANTO**
Directora General
Oficina General de Gestión y Recursos Humanos

Asunto : SOBRE SOLICITUD DE PRONUNCIAMIENTO EN RELACIÓN A LAS COLEGIATURAS DE LOS PROFESIONALES OBSTETRAS

Referencia : a) Memorándum N° D002339-2025-DIGEP-MINSA
b) Informe N° D000033-2025-DIGEP-DIPLAN-MCS-MINSA
c) Oficio N° 589-2025-DN-CDN/COP
Expediente N° 2025-0350147

Tengo a bien dirigirme a usted, en atención al documento de la referencia a), mediante el cual corre traslado del informe de la referencia b), con el cual atiende el requerimiento presentado a través del Oficio N° 589-2025-DN-CDN/COP, en donde se solicita, entre otros, lo siguiente:

> *(…)*
> *"2. Ordenar la depuración de los registros y sistemas informativos de DIGEP y las unidades que administran procesos SERUMS, concursos, nombramientos, CAS y otros, a fin de eliminar o dejar sin efecto toda colegiatura duplicada o irregular emitida por personal sin representación legitima en el Colegio de Obstetras del Perú".*

Al respecto, es preciso señalar que, la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos es un órgano de apoyo, encargado de gestionar los procesos de los Subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos dirigidos al personal que labora en los órganos de administración interna y de línea del Ministerio de Salud, asimismo, de las funciones establecidas en el artículo 48 del Reglamento de Organización y Funciones[1] (ROF) del Ministerio de Salud, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y sus modificatorias, se puede establecer que esta Oficina General carece de competencias para realizar la acciones requeridas en el punto 2 del documento remitido por la interesada.

Sin embargo, del análisis realizado al Informe emitido por la DIGEP, se ha podido observar que lo resuelto en el punto 2.3.5 del citado documento se encuentra relacionado con lo solicitado; por lo que, concordamos con lo expuesto por la Dirección de Planificación del Personal de la Salud de la DIGEP, en cuanto a que: *"(…) la emisión de una colegiatura profesional se encuentra enmarcada en un procedimiento establecido, regulado por la normativa legal y vigente y los estatutos propios de cada colegio profesional. Asimismo, la validez o eficacia de dichos actos, son competencia exclusiva de los colegios profesionales y en última instancia, del Poder Judicial o el Tribunal Constitucional, en el marco de un proceso contencioso administrativo o*

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por PICOAGA VARGAS Miguel Angel FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 26.01.2026 09:50:30 -05:00

[1] Decreto Supremo N° 008-2017-SA, "Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"

Artículo 114.- Dirección General de Personal de la Salud
La Dirección General de Personal de la Salud es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud responsable de formular la política sectorial en materia de personal de la salud, en el marco de la normatividad vigente; así como realizar su seguimiento y evaluación. Competente para proponer y monitorear la planificación, gestión y desarrollo de personal de la salud a nivel sectorial.

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por LOAYZA BARRIENTOS Eva Lucy FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 26.01.2026 09:19:56 -05:00

constitucional respectivamente, conforme lo establecido en la Constitución Política del Perú y la Ley de Procedimiento Administrativo General".

En ese sentido, se corre traslado del presente expediente, a fin de dar atención a lo requerido por la administrada, por corresponder.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

WENDY KARIM CHÁVEZ ABANTO
DIRECTORA GENERAL
OFICINA GENERAL DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS
MINISTERIO DE SALUD

WKCA/ELLB/MAPV/gpza.

CONTRALORÍA
Firmado digitalmente por CARRION LEON Silver Anthony FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30-03-2026 17:26:24 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

San Isidro, 30 de Marzo de 2026

Señora:
Gloria Marlene Moreno Ponce
Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú
Colegio de Obstetras del Perú
Av. Parque San Martín 115
Pueblo Libre/Lima/Perú

Asunto : Requerimiento de información.

Referencia : a) Literal m) del artículo 9° de la Ley n.° 27785 "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República" aprobada el 13 de julio de 2002 y modificatorias.
b) Artículo 76.1 de la Ley n.° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y modificatorias.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarla y solicitar su colaboración en el marco de la normativa de la referencia a) y b), la que se hace necesaria para el cumplimiento de las funciones de control gubernamental en el marco de la normativa del Sistema Nacional de Control.

Al respecto, agradeceré se sirva disponer a quien corresponda nos proporcione la información relacionada con la colegiatura de las personas detalladas en el Anexo adjunto; incluyendo su estado actual (habilitado o inhabilitado), número de colegiatura y el colegio profesional regional al que pertenecen.

Sobre el particular, estimaré que dicha información sea remitida en el plazo de cinco (5) días hábiles de recibido el presente, a la dirección siguiente: Av. Arequipa n.° 2637 piso 2 Oficina del Órgano de Control Institucional del PNCM, San Isidro, Lima, en horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. o a los correos electrónicos scarrion@contraloria.gob.pe y mfernandezv@contraloria.gob.pe; asimismo, de requerir alguna consulta sírvase comunicarse al teléfono (01) 748-2000 Anexo 280.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente
Silver Anthony Carrion Leon
Jefe del Órgano de Control Institucional del
Programa Nacional Cuna Más
Contraloría General de la República

(SCL/mfv)

Nro. Emisión: 00088 (5954 - 2026) Elab:(U20406 - 5954)

96 AÑOS 1930 - 2026
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Contraloría General de la República, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://verificadoc.contraloria.gob.pe/verificadoc/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **YKMAJWF**

Firma Digital
Firmado digitalmente por VELARDE ROA Ana Maria FAU 20131370301 soft
Secretaria General De La Fiscalía De La Nación
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20.12.2025 01:22:48 -05:00

Lima, 20 de Diciembre del 2025

OFICIO N° 007564-2025-MP-FN-SEGFIN

Señora
GLORIA MARLENE MORENO PONCE
Decana nacional
Colegio de Obstetras del Perú
Presente. -

Referencia: Oficio n.° 561-2025-DN-CDN/COP

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente, en relación con el documento de la referencia, a través del cual comunicó que hay personas que estarían presentando documentos a distintas entidades públicas sin tener representación legal ni registral del Colegio de Obstetras del Perú, motivo por el cual solicitó que se adopten acciones las acciones correspondientes, a fin de evitar que se configuren delitos como el de usurpación de funciones, falsedad genérica, entre otros.

Al respecto, se hace de su conocimiento que su escrito ha sido remitido a todas las Presidencias de las Juntas de Fiscales Superiores a nivel nacional, así como al fiscal superior coordinador de las Fiscalías en Prevención del Delito para que procedan en el marco de sus competencias.

Es propicia la oportunidad para reiterarle la muestra de mi consideración.

Atentamente,

ANA MARÍA VELARDE ROA
Secretaria general
Fiscalía de la Nación

AVR/pchc
MUP-SG20250025954

Documento Electrónico firmado digitalmente en el marco de la Ley N° 27269, Ley de firmas y Certificados Digitales, su Reglamento y modificatorias.
La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) puden ser verificadas en: **https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml**

Esta es una representacion impresa cuya autencidad puede ser contrastada con la representación imprimible localizada en la sede digital del Ministerio Público - República del Perú. La representanción imprimible ha sido generada atendiendo lo dispuesto en la Directiva N° 003-2021-PCM/SGTD. La verificación del documento puede ser afectuada a partir desde su fecha de emisión. Base Legal: Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Supremo N° 029-2021-PCM y la Directiva N° 002-2021-PCM/SGTD. URL: **https://cea.mpfn.gob.pe/verifica/doc** CVD: **01563 63188384187**