

# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS

Lineamientos operativos para la implementación del MAIS



Esta guía está especialmente destinada a todo personal de Salud.

Si tiene algún comentario o requiere ejemplares de la presente publicación, por favor comuníquese con:  
MSP ECUADOR: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública - Dirección Nacional de Articulación y Manejo del SNS y la Red Pública. Modelo de Atención Integral de Salud.

Av. República del Salvador y Suecia.

Quito

Teléfonos: (593) 02- 3814400 - ext. 7004

Fax: (593) 02 - 3814477

E-mail: [modelo.atencion@msp.gob.ec](mailto:modelo.atencion@msp.gob.ec)

Se reservan todos los derechos de MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor

RESPONSABLES

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE ARTICULACIÓN Y MANEJO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA RED PÚBLICA

# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS

Lineamientos operativos para  
la implementación del MAIS



Mgr. Carina Vance M  
Ministra de Salud

Dr Miguel Malo  
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud,

Dra Nilda Villacrés  
Viceministra de Atención Integral en Salud,

Dra Norma Ivone Armas Guerra  
Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud,

Dr José Francisco Javier Vallejo Flores  
Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud,

Dra Marysol Ruilova Maldonado  
Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud Pública

Dra Fadya Orozco Terán  
Subsecretaria Nacional de Prevención, Promoción de la Salud e Igualdad,

## Tabla de contenido

ANTECEDENTES	7
PROPÓSITO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	8
OBJETIVO GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	9
PRINCIPIOS DEL MODELO	9
COMPONENTES	9
LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD EN LOS DISTRITOS	9
EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR, SUBSISTEMA DISTRITAL DE SALUD:	10
1. OBJETIVO GENERAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR	11
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL	11
3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR	11
4. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL POR EL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD 24	22
INDICADORES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA CONSEGUIR LOS COMPROMISOS QUE PERMITAN OBTENER RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS) ANEXO	23
ANEXO 1	
DOCUMENTO ELABORADO POR:	27
ANEXO 2	
ORGANIZACIÓN POR PROCESOS	28
ANEXO 3	
ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y COMUNICACIÓN	30
ANEXO 4	
DISPENSARIZACIÓN	32
ANEXO 5	
ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL	32
ANEXO 6	
ARTICULACION INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL	35
ANEXO 7	
FICHA FAMILIAR	37
ANEXO 8	
ACTIVIDADES A EJECUTAR DE ACUERDO A PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA	38
GLOSARIO	60



## ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional de Ecuador está implementando cambios estructurales en el Sector Salud, los cuales se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución de la República garantiza el derecho a la salud, por sí mismo y a través del ejercicio de otros derechos interdependientes, con la finalidad de lograr el buen vivir<sup>1</sup>, la vida plena o Sumak Kawsay<sup>2</sup>. En correspondencia con el marco constitucional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

El reto actual es profundizar la Revolución en Sa-

1 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Constitución de la República 2008. "Art. 32.

2 Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida. Ariruma Kowii. El Sumak Kawsay. MEC. Ecuador 2008

lud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional;
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud;
- La reingeniería institucional pública;
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria Integral en Salud cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado; y,
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

El presente documento es una guía para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para la red pública y complementaria del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, en el cual se considera:

- La DEMANDA de servicios de salud. El Modelo de Atención Integral de Salud responde a las necesidades de cuidado, potencialización y protección de la salud de la población, considerando el enfoque de género, generacional, étnico-cultural, social, organizativo y territorial.
- La OFERTA de servicios de salud. Comprende a los actores del Sistema Nacional de Salud y los subsistemas reconocidos en la Constitución de la República Ecuatoriana, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica de la Salud. Esta oferta abarca los servicios del Sistema Médico Occidental, los servicios del Sistema de Sanación Ancestral y los servicios de las Medicinas Alternativas y/o Complementarias.

El bienestar de la población se representa en los resultados de Impacto Social, que son el fin último de la Gestión y Atención en Salud. La presente guía apoya la consecución de este reto, que es evidenciar verdaderos cambios sociales en individuos, familias y comunidades, y materializar el derecho a la salud en compromisos de gestión de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo 12 del Plan Nacional para el Buen Vivir, en su política 12.3 se plantea “consolidar el modelo de gestión estatal articulado, que profundice los procesos de descentralización y desconcentración y que promueva el desarrollo territorial equilibrado”. La importancia estratégica que tiene el Sistema de Salud Pública en el desarrollo del país requiere, por un lado, de una rectoría fuerte que permita el diseño de las políticas de salud, y por otro, de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a nivel territorial.

Como institución, el Ministerio de Salud entra en la tipología de ALTA desconcentración y BAJA descentralización, por lo que requiere el fortalecimiento de sus procesos en sus niveles desconcentrados y la mejora de la capacidad de los servicios en los territorios.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador lleva a cabo la implementación de los lineamientos operativos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud como estrategia permanente en la revolución del sector.

## PROPÓSITO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El propósito del modelo de Atención Integral en Salud se plantea en los siguientes ejes: orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir; mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada; y, transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.

## OBJETIVO GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno<sup>3</sup>, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

## PRINCIPIOS DEL MODELO

- Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura
- Integralidad
- Equidad
- Continuidad
- Participación
- Desconcentración
- Eficiencia, eficacia y calidad
- Enfoque intersectorial
- Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones
- Cambio de la expresión médico-paciente a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano
- Búsqueda no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social

## ESTRATEGIA

- Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

<sup>3</sup> La Constitución Ecuatoriana desde una visión integral de la salud, establece los principios que deben orientar la estructuración e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): igualdad, equidad, calidad; universalidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad, suficiencia, bioética, y no discriminación, con enfoque de género y generacional.

## COMPONENTES

- Provisión de Servicios
- Organización
- Gestión
- Financiamiento

En este marco, la construcción del Subsistema de Salud en los Distritos constituye una estrategia para aportar en la implementación del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención Integral de Salud y en la organización territorial de la red pública y complementaria de servicios integrales de salud, de acuerdo a la nueva normativa de división territorial para la gestión estatal en zonas, distritos y circuitos.

## LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD EN LOS DISTRITOS

La organización del Subsistema de Salud en los Distritos se sustenta en el siguiente marco normativo: Constitución de la República (2008), Derechos del Buen Vivir (Constitución, Art. 32, 35 y 66), Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (Estrategia Nacional Territorial, Objetivo 12, 1, 2, 3), Ley del Sistema Nacional de Salud (Art. 358, 359, 360 y 361) y la Agenda Social 2009-2011 (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social).

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural establece los siguientes lineamientos estratégicos que orientan la estructuración del Subsistema de Salud en los Distritos:

- **Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud.** Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno, con enfoque de derechos, inter generacional, de género e intercultural.
- **Organización territorial de la red pública y complementaria.** Se estructuran redes zonales, distritales y circuitos, conforme la nueva

división territorial para la gestión gubernamental y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.

- **Acercamiento de los servicios integrales de salud a los hogares.** Se fortalece la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema. Se garantiza que el primer nivel de atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria a la red pública de salud y una atención de calidad, oportuna y continua.
- **Fortalecimiento de la gestión y formación del talento humano.** Se desarrollan procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el segundo y primer nivel, se implementan procesos de formación de postgrado in situ, en Medicina Familiar y Comunitaria y de Técnicos de Atención Primaria de Salud dirigido a personas de la comunidad.
- **Incorporación de nuevas tipologías en los establecimiento de salud.** Se procura que las nuevas tipologías respondan a las necesidades de los territorios en cuanto a horarios de atención, homologación y licenciamiento, estructuración de la atención Pre Hospitalaria de Urgencias y estándares definidos por la ASN. Se busca el fortalecimiento de la continuidad de la atención a usuarios, a través de la metodología de referencia-contrareferencia.
- **Práctica del principio de Equidad.** Se busca garantizar o mejorar el acceso y utilización efectiva de los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades y particularidades distritales y de la población a nivel geográfico, económico y cultural.
- **Práctica del principio de Eficacia.** Se organiza la demanda en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad, para lograr resultados de impacto social de acuerdo a prioridades de la población, a nivel distrital y prioridades nacionales.
- **Práctica del principio de Eficiencia.** Se procura una mejor gestión y mayor optimización de los recursos en función de los resultados planificados.

- **Enfoque intersectorial.** Se coordina acciones con otros actores para actuar sobre los determinantes de la salud y aportar en la construcción de los Distritos del Buen Vivir
- **Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones.** Se generan mecanismos institucionales que faciliten el acceso a la información y la toma de decisiones, los procesos de veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud y que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en sujetos de la construcción y cuidado de la salud.
- **Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.** Se incorporan experiencias innovadoras y eficaces, como la epidemiología comunitaria, que contribuyen a integrar activamente a la población en la identificación, análisis y acción frente a los principales problemas de salud de la comunidad. Estas experiencias permiten además democratizar el acceso a la información.
- **Implementación del sistema Único de Información.** Se fortalecen los procesos de gestión, atención, toma de decisiones e implementación de tecnologías para la formación del talento humano.

## EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR, SUBSISTEMA DISTRITAL DE SALUD

El Distrito del Buen vivir es un subconjunto del Sistema Nacional de Salud, que a nivel territorial comprende unidades desconcentradas de planificación, gestión y provisión de servicios integrales de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Mediante la articulación de la red pública integral de salud a nivel territorial se constituye en la puerta de entrada al sistema, así como el nivel de primera referencia a las unidades de mayor capacidad resolutoria.

En el Registro Oficial No 290 año III, de 28 de mayo de 2012 (anexo) consta la conformación de 140 distritos administrativos de planificación,

así como 1.134 circuitos administrativos de planificación, a nivel nacional, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva.

El Distrito es el lugar de encuentro y concreción de 3 elementos. El primero son las políticas, estrategias y normas de la Autoridad Sanitaria Nacional. En segundo lugar están la demanda y características de la población y del territorio. En tercer lugar contiene la realidad local, oferta de servicios y experiencia de los equipos de salud a nivel territorial.

El Distrito es el espacio de articulación intersectorial, que permite una acción complementaria y potenciadora de las distintas instancias gubernamentales, ciudadanas y privadas, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la construcción de territorios saludables.

En el Subsistema Distrital de Salud se implementan las estrategias y normas de atención adaptadas a la realidad local, respetando el proceso de la experiencia de los equipos integrales de salud y el trabajo intersectorial para satisfacer las necesidades del Buen Vivir de la población.

En el componente de gestión administrativa del sector público, la gestión del Subsistema Distrital de Salud corresponde a las directrices del Modelo de Gestión y estructura de gestión del Estado, con las responsabilidades fundamentales de garantizar la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación a nivel territorial.

### **1. OBJETIVO GENERAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR**

Atender en forma integral e intersectorial a la población del Distrito, por medio de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, mediante la articulación y funcionamiento de la Red Pública y Complementaria Integral de Salud.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL**

- Establecer un proceso de planificación objetiva y gradual de las intervenciones en el territorio distrital, a partir de un diagnóstico situa-

cional participativo que permita identificar las situaciones que generan efectos adversos para la salud de ciudadanos, ciudadanas, familias y grupos poblacionales, según las necesidades diferenciadas por su pertenencia étnica, de género, laboral, generacional, así como identificar y potenciar las condiciones y prácticas saludables.

- Conseguir el mejoramiento y cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad, posibilitando el acceso a servicios integrales de salud, con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Articular de forma funcional la red pública y complementaria a nivel distrital (redes y microredes distrital y circuital), que permita a los ciudadanos ingresar por el primer nivel de atención al Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante la referencia-contrareferencia oportuna que garantice la continuidad en la atención hasta la resolución de la necesidad o problema de salud.
- Potenciar las capacidades y habilidades del talento humano, con la promoción de la salud al usuario interno del SNS; desarrollar procesos de formación y educación, que permitan obtener mayores niveles de resolutivez y eficiencia en la prestación de servicios. La capacitación debe orientarse al mejoramiento de la atención, la docencia, la gestión y la investigación en salud.
- Implementar el sistema único de información en salud, para apoyar a la eficiencia en la atención y la gestión, que contribuya a la articulación y funcionamiento de la red, la evaluación sistemática de resultados, la planificación, el seguimiento, y control de acciones, tanto del sector salud como de otros sectores relacionados con los aspectos sociales de la comunidad.
- Articular con otros sectores y fortalecer la participación ciudadana en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población para el logro del Buen Vivir.

### **3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR**

Para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, en concordancia con las defi-

niciones operativas del modelo de gestión a nivel distrital, se debe considerar los siguientes componentes:

### 3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y RED COMPLEMENTARIA

Es la organización de las redes y micro redes de salud a nivel distrital y de circuitos que permite garantizar a toda la población del territorio distrital, una atención integral, integrada, de calidad y continua a nivel individual, familiar, comunitario, así como la construcción de entornos saludables.

La estructuración de las redes y microredes territoriales debe corresponder a las necesidades o demanda de salud de la población del distrito.

Los niveles de atención y su articulación a nivel distrital se describen en el Acuerdo Ministerial No. 0159, una “Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud”, que corresponde a las unidades del primer nivel de atención. Esta norma comprende también los centros y consultorios privados. Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de Unidades Móviles de Medicina General y Odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes. Su objetivo es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

El Acuerdo Ministerial establece la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en todos los establecimientos, según las necesidades de la población. Establece también que el sector salud, representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica y su integración con la actividad asistencial y docente, en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como orientará el abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del sistema de referencia y contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

### 3.2. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD:

Para la designación de los equipos integrales de salud a nivel de distritos y circuitos se debe considerar los siguientes criterios:

- Población del Distrito
- Dispersión Poblacional (urbano y rural)
- Acceso: geográfico y cultural

Para la ejecución de las actividades que contempla el Modelo de Atención Integral de Salud a nivel distrital es indispensable tomar en cuenta la sectorización de la población a nivel de circuitos y la asignación de los Equipos de Atención Integral de Salud, según los siguientes estándares:

- A nivel urbano 1 equipo de atención integral de salud por cada 4000 habitantes
- A nivel rural 1 equipo de atención integral de salud por cada 1500 a 2500 habitantes

El equipo integral de salud está conformado por: un médico/a familiar y comunitario, una enfermera y un técnico en atención primaria de salud (TAPS). Este equipo se articula al equipo fijo de salud que existe en las unidades operativas del primer nivel de atención (profesionales de la salud, personal administrativo y logístico), de acuerdo a la normativa de tipología y nivel de complejidad.

### 3.3. FUNCIONALIDAD DE LA RED PÚBLICA EN EL TERRITORIO

La Red Pública Integral de Salud a nivel distrital está conformada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro Social Campesino, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución de la República. A esta red deben articularse las Unidades de Atención Médica de la Dirección de Rehabilitación Social. Los proveedores privados, con o sin fines de lucro, conformarán la red complementaria. La red está liderada por la Autoridad Sanitaria, en coordinación con las autoridades de las instituciones con servicios de salud del sector público.

Para lograr la articulación y funcionalidad de las redes y micredes a nivel distrital se debe considerar los siguientes aspectos:

- Implementación del sistema de adscripción poblacional a la unidad de salud más cercana y designación de la población-familias al EIS (revisar documento de adscripción).
- Implementación del sistema de referencia-contrareferencia, que garantice la oportunidad y continuidad de las prestaciones de acuerdo a la normativa nacional.
- Licenciamiento de los establecimientos de la red pública de salud (Acuerdo Ministerial de licenciamiento)
- Implementación del Sistema de atención de urgencias a nivel distrital SIS-ECU 911.
- Implementación del sistema de financiamiento por capitación, en el primer nivel de atención, y tarifario para el segundo nivel de atención.

#### 3.4. PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, que garantizan la continuidad en la atención y responden a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno.

La estructuración de la oferta de servicios debe partir de las características y necesidades de la demanda y la normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional. Se debe considerar la información del diagnóstico situacional, el perfil epidemiológico, las necesidades específicas de acuerdo al ciclo de vida, pertenencia étnica y de género, así como la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) define, bajo sus lineamientos, normas y protocolos, el conjunto de prestaciones integrales de salud que deben ser implementadas por los establecimientos y equipos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria. Las prestaciones deben considerar la diversidad y heterogeneidad del país a nivel socio territorial, el marco normativo general de prioridades nacionales y deben adecuarse a las necesidades del nivel local.

Definición de los grupos poblacionales. Toda la población del Distrito debe estar cubierta por la Red Pública y Complementaria y recibir prestaciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos a nivel individual, familiar y comunitario, así como atención de emergencias y urgencias.

Grupos prioritarios. Son la población infantil, población adolescente, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y personas sujetas a situaciones de violencia intrafamiliar y social.

Escenarios de atención. Son individual, familiar, comunitario y del entorno, según el nivel de atención del establecimiento de salud.

Modalidades de Atención en Salud. Puede ser una atención intramural, es decir dentro de un establecimiento de salud, y/o extramural, con atención directa en el domicilio, establecimiento de salud o espacio laboral o comunitario.

Estrategias Nacionales. Se implementarán las estrategias de Nutrición-Acción, de prevención y atención de problemas crónico-degenerativos, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA) y las que se definen a nivel nacional y territorial.

### 3.5. ATRIBUCIONES Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL NIVEL DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD

#### FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD PARA IMPLEMENTAR EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

FUNCIONES	ACTIVIDADES
1. Socialización del MAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes Estratégicos de la Zona/Distrito en forma intersectorial (línea de base)</li> <li>• Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS)</li> <li>• Sectorización geo-poblacional del ámbito de intervención en el marco de la red pública y complementaria</li> </ul>
2. Análisis de situación de salud del distrito e identificación de resultados de impacto social y los indicadores del Plan Nacional del Buen Vivir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyectos de salud</li> <li>• Plan Operativo Anual (POA) consolidado del ámbito de intervención</li> <li>• Sala situacional del ámbito de intervención</li> <li>• Convocatoria y Sensibilización a los representantes zonales/distritales intersectoriales</li> </ul>
3. Planificación y programación según normas del MSP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización</li> <li>• Planificación</li> <li>• Ejecución</li> <li>• Seguimiento y Evaluación</li> </ul>
4. Organizar y conducir las redes y microredes de servicios integrales de salud públicos y complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de planes de acción en coordinación con equipos integrales de salud de los tres niveles de atención, que articulen los programas de salud y estrategias nacionales bajo los lineamientos del MAIS</li> <li>• Consolidación de las necesidades planteadas en los planes operativos anuales de los distritos y circuitos para el desarrollo de actividades de la Red Pública Integral de Salud</li> </ul>
5. Administración de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de medicamentos, insumos, suministros, prendas de protección, equipamiento, logística y movilizaciones para desarrollo de actividades intramurales y extramurales de los equipos integrales de salud en los circuitos</li> <li>• Elaboración de Presupuestos Zonal y Distrital en base a las planificaciones realizadas</li> <li>• Determinación de metas y compromisos de gestión para alcanzar resultados de impacto social en zonas, distritos y circuitos según el Plan Nacional del Buen Vivir y las realidades locales:</li> </ul>
6. Administración de recursos de la Zona/ Distrito, con integración a la Red Pública Integral de Salud, según estándares del MSP y ajustados a la realidad local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar la implementación de los procesos de capacitación y formación del talento humano a nivel distrital (Técnicos de Atención Primaria en Salud, postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, carrera sanitaria).</li> </ul>
7. Supervisión, Monitoreo y evaluación de la calidad de la atención de acuerdo a la normativa del MSP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar el funcionamiento de la red de referencia-contrareferencia.</li> <li>• Recursos humanos de la Red Pública</li> <li>• Financiero</li> <li>• Medicamentos, insumos, suministros, prendas de protección, equipamiento,</li> </ul>

FUNCIONES	ACTIVIDADES
<p>9. Fortalecimiento de la Participación Intersectorial, interinstitucional y Comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de Infraestructura, equipamiento</li> <li>Planes de mantenimiento</li> <li>Logística y movilizaciones para desarrollo de actividades extramurales</li> <li>Plan de monitoreo, supervisión y seguimiento zonal y distrital                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar los procesos de investigación-acción, intercambio y sistematización de experiencias exitosas</li> </ul> </li> <li>Diagnóstico Dinámico para integración de la Red Pública Integral de Salud y Red complementaria</li> <li>Análisis de brechas.</li> <li>Planificación de intervenciones para el funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Red complementaria.</li> <li>Evaluación de la calidad del funcionamiento de la Red Pública con los equipos de las redes zonales y distritales.</li> <li>Elaboración de planes de acción conjuntos con base en los insumos entregados por las unidades operativas</li> <li>Organización de consejos sectoriales de salud y equipos de gestión, según normativa del MSP</li> </ul>

FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DISTRICTAL DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP) 2012



### 3.6. ATRIBUCIONES Y FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL NIVEL DE CIRCUITOS

#### FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD EN EL CIRCUITO

FUNCIONES	ACTIVIDADES	
<p>Organización de las unidades operativas, equipos integrales, y unidades móviles de salud, según nivel de atención, para la planificación y programación integral de las prestaciones por ciclos de vida, aplicando las normas y protocolos del MSP y articulando con los programas de salud y estrategias nacionales, bajo los lineamientos del MAIS</p>	<p>Determinación de resultados de impacto social en base a la realidad local y los indicadores del Plan Nacional del Buen Vivir</p>	<p>Estos indicadores se determinarán en base a los perfiles epidemiológicos, problemas y riesgos de la población, a partir de los cuales se establecerá el resultado de impacto social que se pretende alcanzar con el desarrollo de las actividades planificadas.</p> <p>Ejemplo : En determinado lugar existe gran cantidad de accidentes de tránsito. ¿Qué actividades ayudarían a disminuir este problema? El resultado de impacto social es la disminución de la mortalidad y lesiones por accidentes de tránsito.</p> <p>Es importante que las intervenciones se direccionen a los lugares de más riesgo o vulnerabilidad, sin descuidar los otros sitios donde no hay riesgos. En éstos se debe trabajar con planes de prevención.</p>
	<p>Planificación anual de la Unidad Operativa (POA) en función de resultados de impacto social CON PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD.</p>	<p>Diseño según normativa del MSP El POA debe permitir el desarrollo de actividades para intervenir principalmente en causas a través del fortalecimiento de actividades de promoción y prevención. También se planificará la intervención en efectos, a través de la curación y rehabilitación, fortaleciendo la referencia y contra referencia.</p>
	<p>Cronograma de la planificación mensual de la Unidad Operativa para desarrollo de actividades intramurales y extramurales, CON PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD, EN FORMA ROTATIVA, SIN CIERRE DE LAS UNIDADES OPERATIVAS Y EN FUNCIÓN DE RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL.</p>	<p>Para el desarrollo de estas actividades es importante que todas las que son planificadas en nivel operativo o direccionadas desde planta central apoyen en el logro de resultados de impacto social, bajo los compromisos de gestión.</p> <p>Participación en las actividades de educación continua y evaluación. Seguimiento de los procesos de formación y actividades de los Técnicos de Atención Primaria (TAPs)</p>
	<p>Determinación de los requerimientos para la dotación a los equipos de medicamentos, insumos, suministros, prendas de protección, equipamiento, logística y movilizaciones para desarrollo de actividades intramurales y extramurales de los equipos integrales de salud en los circuitos.</p>	<p>Para determinar el requerimiento es importante identificar que causas son las que provocan los problemas y, a partir de esto, determinar las estrategias que permitan al equipo integral de salud con movilidad social, trabajar en las causas y así disminuir el efecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejemplo: Los pacientes no acuden al servicio porque carece de medicación. Se planifica un taller con el equipo para determinar los requerimientos que permitan mejorar la oferta y, a partir de esto, se planifica el presupuesto. Los requerimientos son dirigidos a la Dirección del distrito y zonas como responsables de la dotación.</li> </ul>

LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL MAIS

FUNCIONES	ACTIVIDADES	
Etapa de Socialización en todos los niveles de atención	Convocatoria y Sensibilización Organización Planificación Ejecución Seguimiento y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad dirigida al usuario interno y externo para fortalecer la excelencia del trabajo del recurso humano. Es importante el manejo de tres consignas para brindar una atención integral: compromiso, ser respeto a los derechos de las personas y disciplina.</li> <li>• El objetivo final es lograr que la población se sume al proceso que define que todo ciudadano tiene derecho a ser bien atendido, buscando no solo calidad, sino la excelencia del servicio.</li> </ul>
Etapa Preparatoria según nivel de atención	Diagnóstico Situacional Dinámico e identificación y priorización de sectores, barrios, manzanas y viviendas, de mayor riesgo o vulnerabilidad, según el nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Análisis de la Situación Integral de Salud considerando los determinantes de la salud se realiza y actualiza siempre al inicio del año. Constituye un referente o una fotografía inicial del territorio de influencia, que ayuda en la programación de actividades de la unidad operativa. Es importante contar con un informe situacional permanente de la población, apoyado en las herramientas para el diagnóstico dinámico.</li> </ul>
	Diagnóstico Dinámico  Mapeo de actores Mapa parlante debe cumplir el objetivo de ser dinámico Sala situacional Ficha familiar Fichas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las herramientas del diagnóstico dinámico permiten a los equipos integrales de salud programar y reprogramar el trabajo que combatirá las causas y efectos de los problemas, fortaleciendo el trabajo intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria.</li> <li>• La utilización de las herramientas del diagnóstico dinámico no suplen el desarrollo de las actividades de atención de los profesionales de los equipos integrales de salud.</li> <li>• Estos diagnósticos dinámicos permiten realizar acciones de forma oportuna y requieren de la participación de la comunidad.</li> <li>• Las normativas que apoyan al desarrollo de estas actividades son: vivienda saludable y familia saludable</li> </ul>
	Fortalecimiento del trabajo intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante trabajar con los cuatro procesos agregadores de valor del MSP.</li> <li>• A estos procesos se articulan todos los programas y estrategias nacionales, para alcanzar los resultados de impacto social determinados al inicio de la planificación.</li> <li>• Se debe involucrar al actor social para fortalecer estas actividades.</li> </ul>

FUNCIONES	ACTIVIDADES																																																																			
<p>Etapa de Provisión de Servicios según nivel de atención</p>	<p>Atención integral con enfoque familiar, comunitario e intercultural y del entorno</p> <p>Asignación de tiempos A LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN para desarrollar el trabajo intramural y extramural, MENSUALMENTE, CON PARTICIPACIÓN DE TODOS, EN FORMA ROTATIVA.</p>	<table border="1" data-bbox="895 271 1315 636"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PLAZO</th> <th colspan="2">URBANO</th> <th colspan="2">RURAL</th> </tr> <tr> <th>intramural</th> <th>extramural</th> <th>intramural</th> <th>extramural</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CORTO</td> <td>75</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>MEDIANO</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>25</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>LARGO</td> <td>25</td> <td>75</td> <td>25</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="820 667 1390 1155"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Profesional</th> <th colspan="2">Unidades Urbanas</th> <th colspan="2">Unidades Rurales</th> </tr> <tr> <th>Intramural</th> <th>Extramural</th> <th>Intramural</th> <th>Extramural</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td>70%</td> <td>30%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Psicólogo</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>30%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td>50%</td> <td>50%</td> <td>40%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Odontólogo</td> <td>80%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>Obstetriz</td> <td>80%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>TAPS</td> <td>10%</td> <td>90%</td> <td>10%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="842 1189 1378 1249">El trabajo intramural y extramural actúa en las causas y los efectos</p>				PLAZO	URBANO		RURAL		intramural	extramural	intramural	extramural	CORTO	75	25	25	75	MEDIANO	50	50	25	75	LARGO	25	75	25	75	Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales		Intramural	Extramural	Intramural	Extramural	Médico	70%	30%	50%	50%	Psicólogo	50%	50%	30%	70%	Enfermera	50%	50%	40%	60%	Odontólogo	80%	20%	30%	70%	Obstetriz	80%	20%	30%	70%	TAPS	10%	90%	10%	90%
	PLAZO	URBANO		RURAL																																																																
intramural		extramural	intramural	extramural																																																																
CORTO	75	25	25	75																																																																
MEDIANO	50	50	25	75																																																																
LARGO	25	75	25	75																																																																
Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales																																																																	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural																																																																
Médico	70%	30%	50%	50%																																																																
Psicólogo	50%	50%	30%	70%																																																																
Enfermera	50%	50%	40%	60%																																																																
Odontólogo	80%	20%	30%	70%																																																																
Obstetriz	80%	20%	30%	70%																																																																
TAPS	10%	90%	10%	90%																																																																
	<p>Cronograma MENSUAL DE LOS INTEGRANTES DE SALUD para desarrollar el trabajo de acciones intramurales y extramurales CON PARTICIPACIÓN DE TODOS, EN FORMA ROTATIVA, aplicando el enfoque de dispensarización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación del desempeño se realiza en función de los indicadores de impacto social, obtenidos del trabajo intramural y extramural relacionado, y no en función de la carga horaria.</li> <li>• Se deben enviar las planificaciones mensuales del establecimiento de salud a la Dirección Distrital. En la planificación deben constar las intervenciones, acciones, estrategias integrales y requerimientos necesarios para la ejecución del plan. Estos recursos deberán ser entregados a tiempo para realizar la gestión distrital y contar con los recursos necesarios en los primeros días de cada mes.</li> </ul>																																																																		

FUNCIONES	ACTIVIDADES	
<p>Etapa de Provisión de Servicios según nivel de atención</p>	<p>Desarrollo y ejecución de actividades planificadas a través de las:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones intramurales</li> <li>• Acciones extramurales</li> <li>• Trabajo intersectorial</li> <li>• Trabajo interinstitucional</li> <li>• Participación comunitaria</li> </ul> <p>Trabajo domiciliario según lineamientos del MAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención DOMICILIARIA coordinada con líderes barriales</li> <li>• Levantamiento de fichas familiares</li> <li>• Aplicación de ficha familiar en Distrito Guamo-te, Tena, Monte Sinaí y otras.</li> <li>• Vigilancia EPIDEMIOLOGICA comunitaria</li> <li>• Conformación de concejos sectoriales de salud local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar acciones con otras instancias que manejan otros determinantes de salud.</li> <li>• Promoción de las potencialidades y de estilos de vida saludables.</li> <li>• Trabajar en la prevención de enfermedades.</li> <li>• Procurar atención y recuperación de usuarios en medicina, psicología, odontología, obstetricia, trabajo social, terapias de lenguaje, estimulación temprana.</li> <li>• Trabajar en las áreas de rehabilitación integral y los cuidados paliativos</li> <li>• Utilizar las normas del MSP y las de la AIEPI y de Gestión de Riesgos</li> <li>• Asegurar la participación social, involucrando activamente a todos los actores sociales durante las fases de implementación del modelo.</li> <li>• Participar en la formulación de planes estratégicos distritales, incorporando el enfoque familiar, intercultural, de género e intergeneracional.</li> <li>• Realizar compromisos de gestión para el cumplimiento de metas.</li> <li>• Recolectar e ingresar al sistema único de información los indicadores de producción intramural y extramural, indicadores de calidad, fichas familiares y de gestión. Enviar al distrito la información en archivo digital e impreso cada 8 días.</li> <li>• Mantener reuniones periódicas para analizar la información, identificar necesidades de mejoramiento de la calidad, planificar y ejecutar acciones y planes de intervención.</li> <li>• Analizar la metodología de implementación del modelo aplicado y proponer al nivel distrital los ajustes metodológicos pertinentes</li> </ul>
	<p>Fortalecimiento de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la referencia y contra referencia al segundo y tercer nivel</li> <li>• la derivación de pacientes a otras unidades del primer nivel</li> <li>• Funcionamiento de red pre hospitalaria</li> </ul> <p>QUE INCLUYA PLAN DE TRATAMIENTO, MANTENIMIENTO AMBULATORIO, PLAN DE SEGUIMIENTO Y MANEJO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar los tres niveles para que las acciones que realicen respondan a obtener resultados de impacto social</li> <li>• Desarrollar plan de tratamiento</li> <li>• Desarrollar plan de seguimiento</li> <li>• Manejar estándares de calidad de la atención para garantizar la continuidad</li> <li>• Determinar compromisos de gestión para cumplir los Indicadores de Gestión Institucional</li> <li>• Desarrollar actividades de entrenamiento práctico (docencia asistencial) para los funcionarios o personal que lo requiera, según las actividades planificadas</li> <li>• Desarrollar actividades de investigación operativa o participación en investigaciones científicas planificadas</li> </ul>

### 3.7. ATENCIÓN INTRAMURAL PROPORCIONADA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Se desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención, de promoción de la salud, preventivas, de morbilidad y rehabilitación, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del MSP.

Las actividades deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren los establecimientos de salud.

### 3.8. ATENCIÓN EXTRAMURAL PROPORCIONADA POR LOS EAIS Y OTROS ACTORES DE LA RED EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El equipo integral de salud deberá planificar anualmente las actividades, estimar el volumen de atenciones y determinar la cantidad de insumos y medicamentos que se requieren para cumplir las acciones planificadas y brindar atención según su capacidad resolutoria.

Entre las principales actividades que se planifican están:

- Implementación de programas de Atención de Salud Integral en instituciones educativas y centros de cuidado infantil, de acuerdo a la normativa del MSP.
- Diseño de campañas informativas y educativas adaptadas a la realidad local y que dinamicen los recursos de la comunidad (fechas simbólicas para la comunidad, medios formales y alternativos de comunicación local, entre otros).
- Implementación de estrategias y actividades de promoción de la salud planificadas en función del perfil epidemiológico y las prioridades identificadas a nivel local, así como la implementación de las estrategias nacionales (Nutrición Acción, Problemas de Salud priorizados de acuerdo al modelo de evitabilidad, Promoción de estilos de vida saludables y prevención de problemas crónico-degenerativos, Estrategia Nacional de Planificación Familiar (ENIPLA), Diagnóstico temprano de deficiencias sensoriales, Salud mental, Atención a personas con discapacidad, Estrategia de atención integral a menores de 5 años, entre otras).
- Implementación de estrategias y acciones de promoción de la salud enfocadas en la promoción de espacios saludables, difusión de derechos y responsabilidades en salud y participación en los procesos de desarrollo integral del territorio.
- Diseño participativo de campañas de promoción de la salud con otros actores locales.
  - Brigadas de promoción de estilos de vida saludables de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial (actividad física, nutrición, derechos y buen trato)
  - Colonias vacacionales de promoción del buen trato en niños, niñas y adolescentes y adultos mayores.
  - Gestión de apoyo para materiales y logística con instituciones públicas y privadas, así como organizaciones formales e informales.
- Organización de encuentros de culturas juveniles y urbanas, en los cuales se deben considerar las dinámicas internas de cada grupo, organización o movimiento social.
- Organización de iniciativas de Colegios garantes de Derechos, proyectos en los que se integran todos los actores de la comunidad educativa y otras instituciones del sector público, como el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Este proyecto se enfoca en la exigencia y restitución de derechos de los y las adolescentes.
- Coordinación con actividades de clubes de apoyo de pares y autocuidado en personas con enfermedades crónicas. En estas iniciativas se deben incluir consideraciones de tipo cultural, funcional y psicológicas para la conformación y acceso a estos clubes.
- Organización de Ferias de la Salud y el Buen Vivir, en coordinación con los actores institucionales y comunitarios. En las ferias se desarrollan actividades de atención, prevención y fundamentalmente de promoción de la salud.
- Organización de festivales de integración generacional, en los que intervienen institucio-

nes y sectores presentes en la comunidad y se pueden realizar mingas de limpieza, manejo adecuado de desechos, campañas de reciclaje de productos.

- Coordinación y participación en actividades de desarrollo comunitario y generación de ambientes saludables.
- Adscripción de usuarios y usuarias, mediante visitas domiciliarias programadas, en las que participa el equipo designado, para diagnóstico y seguimiento de familias en riesgo.
- Adscripción de ficha familiar y el plan de intervención. Este programa permite la detección precoz y atención integral de problemas de salud: mentales, biológicos, deficiencias y discapacidades como físico motora, intelectual, auditiva y visual. Se desarrollan registros y evaluación de cada intervención.
- Dispensarización: seguimiento a usuarios y familias, conforme a la norma respectiva y a criterios de dispensarización para atender a toda la población.
- Implementación de visita domiciliaria y consulta médica familiar. Se prevé la prestación de cuidados médicos y/o de enfermería a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal de alguna enfermedad, requieran de atención y no puedan movilizarse a la unidad. Además el equipo integral de salud estará obligado a realizar seguimiento y evaluación de estas personas, a través de su identificación, atención y apoyo de cuidados paliativos.

Ejemplo: Cuando se identifica un usuario con diabetes, se deben cumplir todas las acciones necesarias para prevenir complicaciones derivadas de la enfermedad. Si ese paciente llega al hospital y se le debe amputar un pie o presenta retinopatía diabética, se puede concluir que existió alguna falla en el primer nivel de atención.

- Organización de actividades de rehabilitación y cuidados paliativos en la familia.
- Recepción de datos para el Diagnóstico Situacional de Salud y actualización de mapa parlante.

### 3.9. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD Y GRUPOS DE RIESGO PROPORCIONADA POR LOS EAIS Y ESTABLECIMIENTOS DE LA RPIS Y COMPLEMENTARIA

#### ATENCIÓN EN COMUNIDAD, CENTROS PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, FÁBRICAS, EMPRESAS Y OTROS

Para responder a las necesidades de atención de instituciones y centros laborales se debe aplicar el Modelo de Atención Integral, según la normativa del MSP.

Las principales actividades que deben desarrollarse son:

- Organización de actividades de organización comunitaria que involucran a los actores sociales de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población.
- Elaboración del diagnóstico situacional de la condición de salud integral, incluyendo salud mental y laboral, mapeo de actores de las instituciones y/o centros laborales, planificación participativa de planes de intervención y suscripción de compromisos de acción.
- Formación y fortalecimiento de las organizaciones locales de salud (comités locales de salud, comités de usuarios/as, grupos de autoayuda, entre otros)
- Participación en actividades intersectoriales de desarrollo comunitario.
- Identificación de centros centinelas para la aplicación de medidas epidemiológicas oportunas con la participación de la comunidad. Se implementarán herramientas de Epidemiología Comunitaria, como son asambleas comunitarias para la identificación y priorización de eventos centinela, recolección y análisis de historias de vida, mapas de riesgo y planes de intervención, seguimiento y monitoreo.
- Organización de brigadas de atención de salud integral en las comunidades alejadas, de difícil acceso y que no cuentan con servicios de salud cercanos, así como a grupos de población cautiva (instituciones educativas y de cuidado in-

fantil), a los que se entregarán las prestaciones definidas por el Ministerio de Salud Pública para unidades del primer nivel. Estas brigadas pueden ser:

**1. Brigadas de Salud Integral.** El Equipo de Atención Integral de Salud se movilizará, de acuerdo a una programación, a poblaciones de difícil acceso, llevando insumos, medicamentos, vacunas, equipamiento móvil entre otros. Se realizarán actividades de atención integral (curativa, prevención, promoción de la salud, educativas, salud mental), identificación y seguimiento de familias en riesgo.

La Dirección de Distrito realizará, en coordinación con el equipo de la unidad operativa, la gestión para el apoyo logístico. Además el equipo de salud coordinará con la comunidad la intervención.

**2. Brigadas de atención médica/psicológico/odontológica de especialidad.** De acuerdo a las necesidades identificadas en el territorio se realizará brigadas de atención con especialistas en coordinación con la dirección distrital.

### **3.10. OTRAS ACCIONES QUE PUEDEN SER ARTICULADAS POR EL EQUIPO DE SALUD Y OTROS MINISTERIOS**

En forma conjunta con los otros ministerios e instituciones de desarrollo.

Las acciones que se deben realizar son:

- Trabajo organizado con grupos de apoyo para víctimas de violencia intrafamiliar y de género.
- Gestión de apoyo para familias en condición de pobreza, para acogerse al bono de desarrollo humano y bono de discapacidad.
- Coordinación de actividades conjuntas con los funcionarios del Ministerio de Cultura.
- Coordinación de actividades conjuntas con los funcionarios de otros Ministerios, según las necesidades de abordaje que plantea el Modelo de Atención Integral en Salud.
- Intercambio de conocimientos y actitudes con el personal técnico de otros Ministerios que se

considere oportuno. Ejemplo: capacitación al personal de salud en prácticas de pedagogía y andragogía para fortalecimiento de planes educativos en salud.

- Elaboración de planes educativos para los padres de familia sobre los principales riesgos biológicos detectados, en coordinación con el Ministerio de Educación.
- Desarrollo de actividades y espacios de intercambio de conocimientos y capacitación a los docentes sobre temas de salud de importancia en el nivel local, para que difundan la información entre los estudiantes, con base de la realidad local.
- Participación en las actividades de Escuelas del Buen Vivir.
- Planificación y ejecución de acciones de mantenimiento de infraestructura y equipamiento, en coordinación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL POR EL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD**

El equipo integral de salud organizará su planificación para apoyar en la consecución de los indicadores del Plan Nacional del Buen Vivir. Desde su espacio y acorde al perfil epidemiológico monitoreará y evaluará los siguientes indicadores del Modelo de Atención Integral en Salud:

## INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR PARA CONSEGUIR LOS COMPROMISOS QUE PERMITAN OBTENER RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS)

COMPROMISOS DE GESTIÓN PARA CONSEGUIR EL PLAN DEL BUEN VIVIR						
ATRIBUTOS Y PRODUCTOS DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA						
	CIRCUITOS			DISTRITOS	ZONAS	PLANTA CENTRAL
	ACCIONES OPERATIVAS SOBRE CAUSAS Y EFECTOS					
<b>RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL (RIS)</b>	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>CURACIÓN</b>			
<b>INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR</b>	<p>Establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir en un 35% la mortalidad materna al 2013.</li> <li>• Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013.</li> <li>• Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza al 2013.</li> <li>• Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA al 2013</li> <li>• Reducir al 2% la tasa de mortalidad por tuberculosis al 2013</li> <li>• Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al 2013.</li> <li>• Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico al 2013.</li> <li>• Reducir la incidencia de paludismo en un 40% al 2013</li> <li>• Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013</li> <li>• Reducir al 5% la obesidad en escolares al 2013</li> <li>• Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013.</li> </ul> <p>• Indicadores de Impacto social de acuerdo a la realidad local (Basándose en su perfil epidemiológico).</p>					
<b>INDICADORES DE GESTIÓN INSTITUCIONAL PROPIOS DE LA REALIDAD LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud</li> <li>• Problemas de servicios de salud</li> </ul>					

PARA GENERAR UN RESULTADO DE IMPACTO SOCIAL (RIS) ES IMPORTANTE IDENTIFICAR

- LOS RIS DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR Y LOS DE LA REALIDAD LOCAL
- QUE SEAN RESULTADOS APLICABLES EN LA RED INTEGRAL DE SALUD PARA OBTENER UN FIN COMUN

1. IDENTIFICAR SU ESPACIO - POBLACIÓN

2. IDENTIFICAR EL TIEMPO DEFINIDO

3. IDENTIFICAR EL PROBLEMA O RIESGO

4. IDENTIFICAR EL GRUPO DE RIESGO Y DE INTERVENCIÓN AFECTADO POR EL PROBLEMA O RIESGO

5. IDENTIFICAR LAS NORMATIVAS PARA LA GENERACIÓN DE PLANES DE INTERVENCIÓN POR CICLOS DE VIDA EN BASE A RIESGOS

6. GENERAR PLANES DE SEGUIMIENTO PARA CONTROL, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE:

a. PLANES DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LAS FICHAS SEGUIMIENTO – FICHA FAMILIAR

b. INDICADORES DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

c. COMPROMISOS DE GESTIÓN

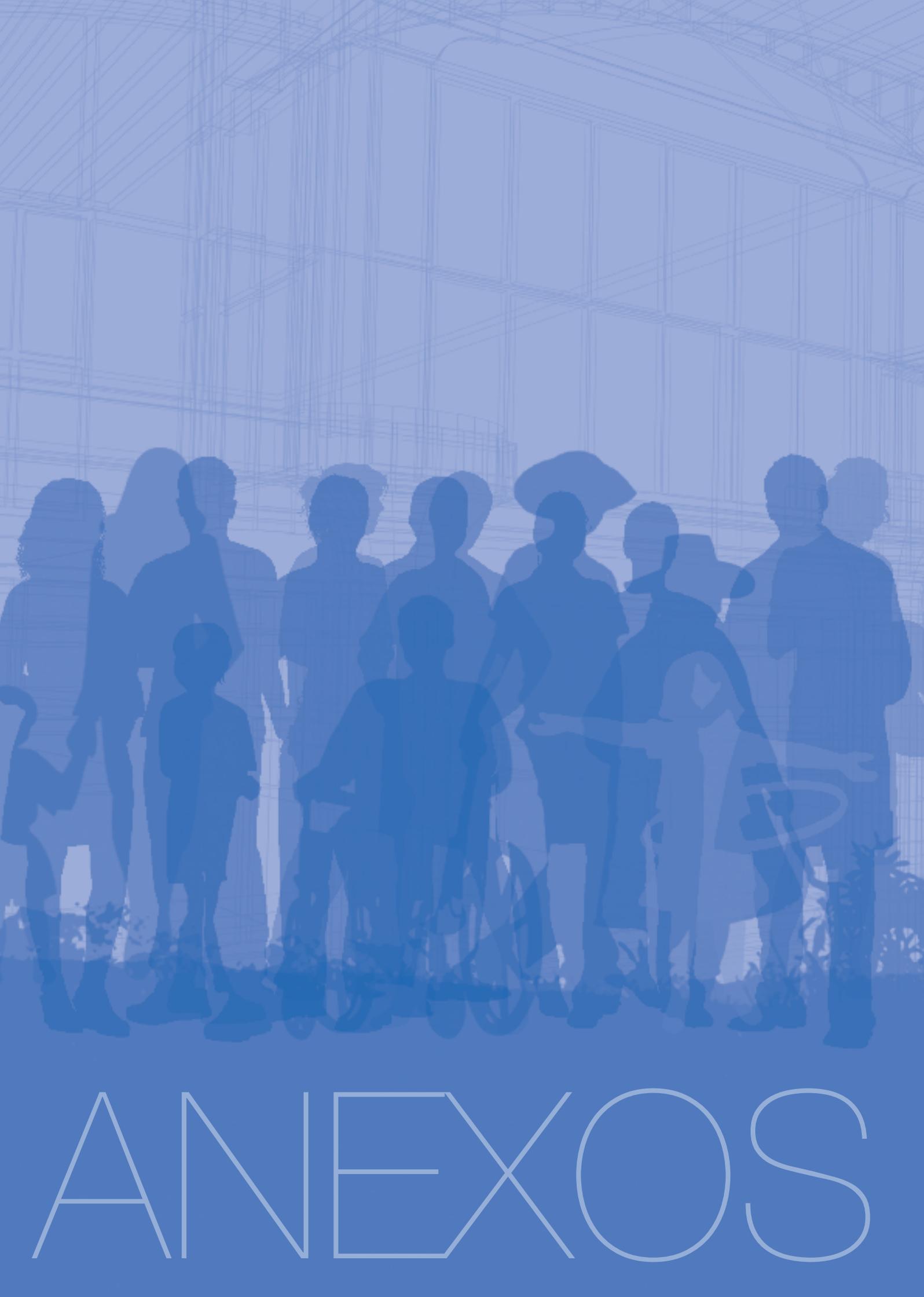
TRABAJAR PARA CONSEGUIR LOS RIS PERMITE DAR CONTINUIDAD Y PERMANENCIA AL

ACCIONAR DEL EQUIPO INTEGRAL DE SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

POR TANTO, TODOS LOS PRODUCTOS DETALLADOS EN EL ESTATUTO DEL MSP DEBEN SER

REALIZADOS EN FUNCIÓN DE LOS RIS QUE SE DEBEN ALCANZAR





# ANEXOS

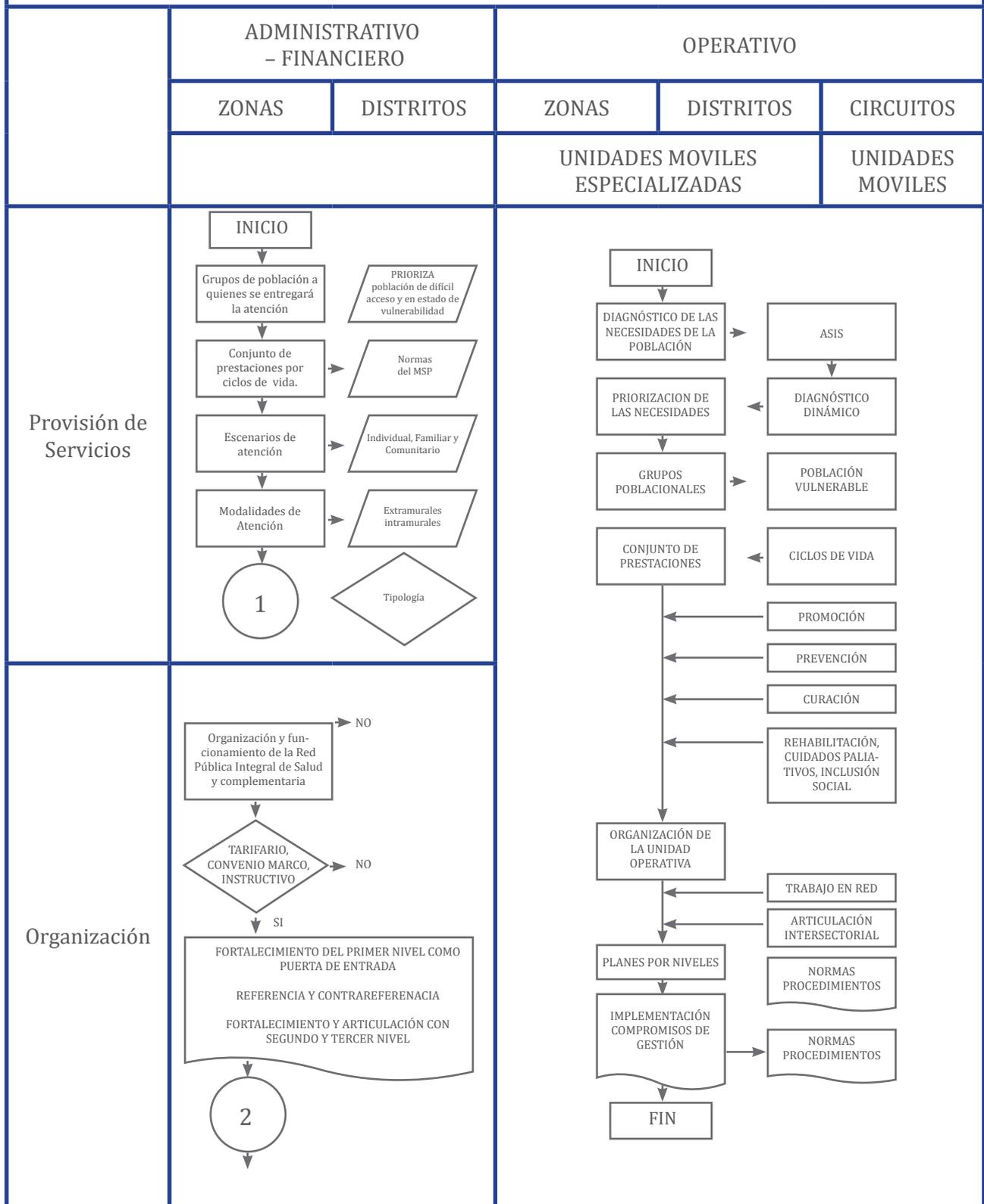
**ANEXO 1**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>PROVINCIA</b>
DRA. CARMEN CARRASCO MERO	ANALISTA NACIONAL DE GOBERNANZA	NACIONAL
DRA. DIANA MOLINA	ANALISTA NACIONAL DE GOBERNANZA	NACIONAL
DRA. PATRICIA COSTALES	ASESORA	NACIONAL
DR. NÉSTOR CHICAIZA	DIRECTOR NACIONAL DE ARTICULACIÓN DEL SNS	NACIONAL
APOYO		
DR. MARIO GALLO	COORDINADOR ZONAL 2	NAPO, PICHINCHA RURAL, ORELLANA
ETZON ROMO	ASESOR	GIZ
PARTICIPACIÓN DE		
Dr. Harvi Reazcos	COORDINADOR PROVINCIAL DEL MAIS	IMBABURA
Dra. Ana Arichabala	COORDINADORA DEL ÁREA N° 1 EL ORO	EL ORO
Obs. Lorgia Agila	OBSTETRIZ DEL CENTRO DE SALUD BRISAS DEL MAR	EL ORO
Dr. Geovanny Silva	MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD CEBADAS	CHIMBORAZO
Dr. Pablo Álvarez	COORDINADOR PROVINCIAL DEL DEPARTAMENTO DE CALIFICACIÓN DE LA OFERTA Y LA DEMANDA	CHIMBORAZO
Dra. Paula Cisneros	DIRECTORA DEL ÁREA DE SALUD N°8 SIGSIG	AZUAY
Dra. Lucrecia Raimundo	MÉDICO FAMILIAR DEL ÁREA DE SALUD N°16	PICHINCHA
Lcda. Gloria Caisaluiza	COORDINADORA DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD N°16	PICHINCHA

## ANEXO 2

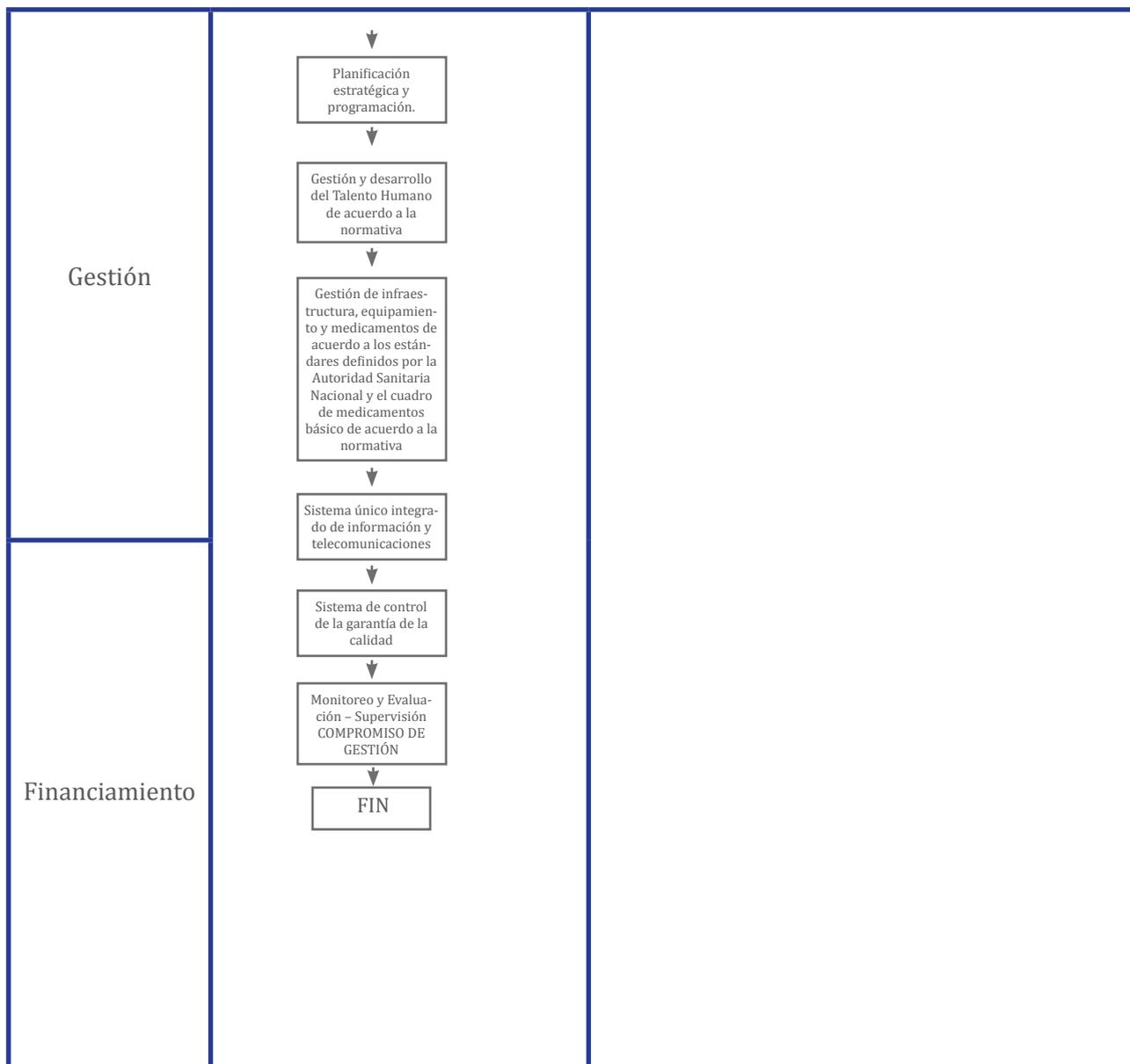
### ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

Fortalecer y estimular las estrategias de Participación Social Control Ciudadano en Salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades en los determinantes del proceso salud enfermedad.



## ANEXO 2

### ORGANIZACIÓN POR PROCESOS



## ANEXO 3

### ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y COMUNICACIÓN

Las estrategias de comunicación y sensibilización deben ser dirigidas tanto al usuario interno como al externo, basándose en el enfoque integral, familiar, comunitario e intercultural del Modelo de Atención de Salud. Para el desarrollo de las estrategias de sensibilización y comunicación, debe tenerse en cuenta los conceptos y metodologías de la integralidad dada a través de la medicina familiar y de la cosmovisión andina, de la medicina ancestral y la alternativa.

El desarrollo de esta estrategia busca demostrar claramente las responsabilidades del usuario interno y externo en el seguimiento de los pacientes identificados de riesgo, al señalar las funciones que deben realizar en forma conjunta el paciente, la familia y la comunidad.

Este proceso permitirá comprender las opiniones y paradigmas de los usuarios internos y externos, a partir de los cuales se puede realizar una planificación adecuada, adaptada a la realidad local y cultural, implementando el MAIS FC IC.

#### CON EL USUARIO INTERNO

Se realiza reuniones técnicas entre los integrantes de los equipos de salud en los distintos niveles de atención. Las reuniones se realizan una vez a la semana, por 30 minutos, con el fin de coordinar acciones técnicas y análisis de información de las actividades intramurales y extramurales en unidades de primer nivel, y actividades intramurales y de especialidad, en segundo y tercer nivel.

El punto de partida son los diagnósticos realizados. Se establecen compromisos y estrategias que permiten hacer una programación y reprogramación de actividades, incorporando las opiniones de los usuarios de los servicios de salud.

Por otro lado, se toma en cuenta también la información derivada del monitoreo permanente del clima organizacional interno.

Lo anteriormente detallado permite desarrollar las estrategias de atención primaria de salud que se plantean como base. Éstas deben ser desarrolladas en los tres niveles de atención y tienen como punto de partida la identificación de un problema en un tiempo y en un territorio. A partir de esto se desarrollan planes por ciclos de vida que incluyen estrategias interinstitucionales de apoyo a la comunidad y otros sectores como ONGs y OSGs, que complementan las acciones de salud según sea el caso del nivel de atención que se desarrolle por ciclos de vida:

#### ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR CICLOS DE VIDA

Para trabajar en estrategias por ciclos de vida es importante analizar la cosmovisión de todos los pueblos y nacionalidades.

En esta tabla se observa como la cosmovisión de los kichwas de la Sierra tiene su equivalente con los ciclos de vida, por lo cual al diseñar la planificación de una estrategia es importante incorporar los equivalentes de la cosmovisión de otras nacionalidades y pueblos.

<p><b>ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR CICLOS DE VIDA</b> según la cosmovisión kichwa de la Sierra "ACHIK ÑAN (camino claro)" RAYMIS</p>
<p>EMBARAZADA <b>KUYAY RAYMI</b> (SIEMBRA)</p>
<p>RECIEN NACIDOS <b>KAPAK RAYMI</b> (CAPULLOS AGRONÓMICOS)</p>
<p>PREESCOLAR, ESCOLAR, ADOLESCENCIA <b>PAWKAR RAYMI</b> (NUEVO FUEGO, AÑO NUEVO, FLORECIMIENTO DE LOS GRANOS TIERNOS)</p>
<p>ADULTO ADULTO MAYOR <b>INTI RAYMI</b> (COSECHA, FIESTA DEL SOL)</p>

La socialización al usuario externo parte de un Plan Educativo a la Comunidad, que debe contar con la articulación de todos los actores para desarrollar estrategias de apoyo, que permitan el seguimiento de los pacientes en riesgo identificados. Este plan debe además fomentar el trabajo en red, tanto intersectorial, como interinstitucional y de participación comunitaria de todos los actores. Estos últimos constituyen la primera alerta para identificar cambios en las personas consideradas en riesgo.

Para la coordinación de actividades con la comunidad se elaboran planes de seguimiento, los cuales son entregados a los representantes de la comunidad y monitoreados en reuniones periódicas. La información difundida a los representantes se refuerza por diferentes vías de comunicación, como radios locales.

Para lograr el compromiso y empoderamiento del usuario externo comunitario es importante conocer su filosofía. En general, está relacionada a valores como la solidaridad, la honestidad, el trabajo conjunto, que pueden ser resumidos en frases como "Un solo corazón", "Un solo puño", "Un solo pensamiento", "No mentir, no ser ocioso, no robar". Estos conceptos deben ser adaptados según las características locales, de cada nacionalidad y pueblo.

Con la implementación de estas estrategias basadas en estos pilares guías cualitativos y con la entrega de herramientas técnicas para mejorar la vida comunitaria, la población indígena integra las actividades de salud, a sus actividades rutinarias de organización y supervivencia.

Como seguimiento se planifican reuniones intersectoriales e intracomunitarias, con la participación del Ministerio de Salud. En ellas se socializa, discute y toma decisiones constructivas para cada ambiente comunitario.

Las guías sociales para realizar estas actividades siempre son socializadas con la autoridad que lidera el territorio.

Los Planes por Ciclos de Vida como por ejemplo el Plan de Parto, deben tener la siguiente característica e identificación de variables importantes, a partir de la cual se estructura el Plan de Seguimiento con participación del mismo paciente, de la familia y de la comunidad.

## ANEXO 4

### DISPENSARIZACIÓN

Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de los individuos y familias. Es un proceso coordinado y liderado por el equipo básico de salud.

## ANEXO 5

### ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

#### Antecedentes

El Gobierno Nacional del Ecuador, por intermedio de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), implementa el proceso de Reforma Democrática del Estado, que tiene como uno de sus principios el diseño y aplicación de un nuevo modelo de gestión estatal descentralizado, desconcentrado y participativo.

Para acelerar y profundizar este proceso, se ha determinado la necesidad de una profunda transformación de la estructura territorial del país, mediante la conformación de zonas de planificación y administración, de similares características. Asimismo, al interior de cada región se conforman los Distritos Administrativos, como órganos técnicos desconcentrados, cuya jurisdicción territorial coincide con el área geográfica del cantón o unión de cantones. Todo esto se complementa con la desconcentración de los Ministerios y entidades del Ejecutivo a los territorios a nivel zonal, como una estrategia administrativa para llevar la política pública a las localidades de manera organizada, coordinada y con una misma base territorial para organizar sus intervenciones.

En este contexto corresponde a los Distritos, entre otras, las siguientes funciones: articular las políticas de desarrollo, garantizar el acceso de toda la población a servicios de calidad, promover e implementar la planificación con enfoque territorial, coordinar la gestión intra e intersectorial, articular las acciones con actores sociales y otros ministerios, generando compromisos de trabajo de las partes involucradas, y al vez supervisar y monitorear la provisión de servicios para el ejercicio pleno de derechos y garantías ciudadanas.

Como un componente importante de esta propuesta de trabajo intersectorial, debe mencionarse el paradigma del Desarrollo Humano, que “comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Las personas son la verdadera riqueza de las naciones y, por lo tanto, el desarrollo implica ampliar las oportunidades para que cada persona pueda vivir una vida que valore. Para que existan más oportunidades lo fundamental es desarrollar las capacidades humanas: la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida. Las capacidades más esenciales para el desarrollo humano son disfrutar de una vida larga y saludable, haber sido educado, acceder a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno y poder participar en la vida de la comunidad.” (Informe sobre Desarrollo Humano – PNUD 2010).

Los pilares fundamentales del desarrollo humano son educación y salud. Se miden a través de indicadores como la esperanza de vida al nacer, la tasa de fecundidad, la tasa de matriculación, la tasa de permanencia en el sistema educativo, el grado de acceso a los servicios de salud, entre otros.

En el Informe para el Desarrollo Humano del año 2010, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Ecuador ocupa el puesto 77, que lo clasifica como país de desarrollo alto. Este enfoque del desarrollo humano es alcanzable y se encuentra implícito y explícito en la Constitución de la República, el Plan del Buen Vivir, la Agenda 21 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se sustentan las políticas, objetivos, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Una vez que se elaboró el Plan Nacional del Desarrollo, se actualizó el mismo con los datos recogidos en los Gabinetes Provinciales que expresan las necesidades de cada una de las regiones del país, dando como resultado el Plan Nacional del Buen Vivir. Este plan ha permitido optimizar el uso de los recursos en las zonas más necesitadas para mejorar los niveles de desarrollo actuales y fomentar la participación comunitaria organizada y encaminada hacia un mismo fin común para todos los ecuatorianos y ecuatorianas, lo que demuestra la fortaleza que radica en la participación comunitaria organizada.

Al reconocer la cultura de las comunidades, pueblos y nacionalidades se fortalecen las estrategias para consensuar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, sin perder su identidad. Al mismo tiempo se amplían las capacidades ciudadanas, en especial de los grupos anteriormente excluidos y discriminados, que actualmente pueden aportar en forma activa en la construcción de políticas públicas que contribuyan al logro de los objetivos del desarrollo. Es importante considerar a las necesidades no solo como carencias sino como potencias, que permiten la organización y compromiso de la población en la búsqueda de soluciones para aliviar sus problemas en el nivel local.

En este sentido, la salud de las personas, como un derecho, no sólo depende de las acciones que realiza el personal de salud, sino también de la influencia que los determinantes ejercen sobre la vida de las personas y que son abordados por parte de otros ministerios. En estas condiciones, el Nuevo Modelo de Gestión constituye la oportunidad de aunar esfuerzos entre los ministerios del sector social con y para la población, lo que daría lugar a un cambio trascendental que contribuya en forma significativa a alcanzar el Buen Vivir.

Una gestión interdisciplinaria e intersectorial tiene como punto de partida la delimitación de funciones que cada uno de los actores debe asumir. El Ministerio de Salud, por intermedio de sus unidades operativas, trabajará en mejorar los indicadores de salud y buscará apoyo de otros ministerios para accionar en un cambio sobre los determinantes, mediante trabajo intersectorial coordinado.

Corresponde a las unidades operativas de los diferentes distritos de salud, buscar mecanismos de articulación con los Ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social para poder brindar atención integral e integrada a los usuarios que a diario atienden, en forma tal que la intervención que realiza el personal de salud a través de las fichas familiares, en las cuales se identifican riesgos biológicos, sanitario y socioeconómicos, no sea limitada a un modelo biológico, sino que abarque la esfera mental y social de las personas.

### **Estrategias de Articulación Interinstitucional e Intersectorial**

Para llevar a cabo una planificación adecuada que genere resultados esperados de impacto social, es importante contemplar la realización de acciones interinstitucionales que puedan apoyar el alcance de los productos y servicios dados por las unidades de salud.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza.

A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general. Este proceso garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes actores y sectores para velar por el cumplimiento y alineación de las políticas públicas y lograr maximizar la potencial contribución a la salud y al desarrollo humano.

## ANEXO 6

## ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD	MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	GOBIERNOS AUTÓNOMOS DESCENTRALIZADOS	IESS (SEGURO CAMPE-SINO)	OTROS
ATENCIÓN A LA INFANCIA 0 a 9 años					
PROMOCIÓN DE LA SALUD	APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN SU COMPONENTE COMUNITARIO				INSTITUTOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD					
EDUCACIÓN PARA LA SALUD					
CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PRÁCTICAS CLAVE PRIORIZADAS				GRUPOS DE MUJERES ORGANIZADAS: PARTERAS, COMADRONAS, LIDERESAS. COMITÉS DE SALUD
VACUNACIÓN INFANTIL SEGÚN ESQUEMA	TRABAJO COORDINADO CON LOS CENTROS DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS		CONVOCATORIA PARA LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES EN CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN, ENTRE OTRAS	PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD	GRUPOS DE MUJERES ORGANIZADAS: PARTERAS, COMADRONAS, LIDERESAS. COMITÉS DE SALUD GRUPOS ESTUDIANTES
PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	TRABAJO COORDINADO CON LOS CENTROS DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SOCIALIZADAS EN ESCUELA PARA PADRES	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SOCIALIZADAS EN ESCUELA PARA PADRES	ACCIONES DE CAPACITACIÓN A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD	
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE					
PROMOCIÓN DE LA SALUD	ACTIVIDADES CON LOS CENTROS DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN JUVENIL		ACTIVIDADES CON LOS CENTROS DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN JUVENIL		ACTIVIDADES PARA FORTALECER LA RED DE SERVICIOS
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD					
EDUCACIÓN PARA LA SALUD					
ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA	CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA EMBARAZADA EN LAS COMUNIDADES	REFERENCIA DE EMBARAZADAS, INCLUIDAS EN EL SISTEMA EDUCATIVO, A LAS UNIDADES DE SALUD PARA ATENCIÓN PRENATAL			
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ENIPLA)				MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL. COORDINACIÓN DE ACCIONES DE ARTICULACIÓN CON OTROS MINISTERIOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD	MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	GOBIERNOS AUTÓNOMOS DESCENTRALIZADOS	IESS (SEGURO CAMPE-SINO)	OTROS
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO	ACCIONES DE CAPACITACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON GRUPOS DE MUJERES ORGANIZADAS	APLICACIÓN DE ESTRATEGIA ENIPLA, CLUB DE ADOLESCENTES, CAPACITACIÓN A DOCENTES	ACCIONES DE CAPACITACIÓN PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA PARTICIPACIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS		COMITÉS DE SALUD, ORGANIZACIONES DE MUJERES, GRUPOS DE APOYO
ATENCIÓN A LA MUJER					
PROMOCIÓN DE LA SALUD	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA, CERVICOUTERINO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR		ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA, CERVICOUTERINO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA, CERVICOUTERINO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
PREVENCIÓN					
EDUCACIÓN PARA LA SALUD					
ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA Y DE MORBILIDAD	ARTICULACIÓN SEGÚN REALIDAD DE CADA ZONA				
ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO	ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS	ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS DE RESTITUCIÓN DE DERECHOS	TALLERES PARA PADRES Y MADRES DE FAMILIA, PARA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	ACCIONES DE DIFUSIÓN MASIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	LÍDERES COMUNITARIOS
ATENCIÓN AL ADULTO					
PROMOCIÓN DE LA SALUD	ACTIVIDADES PARA PREVENIR Y DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO				
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DEGENERATIVAS				
CONTROL DEL ADULTO SANO			BRIGADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA		
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR					
EDUCACIÓN (PROMOCIÓN) PARA LA SALUD	ACTIVIDADES PARA FOMENTAR LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE				
AUTOCUIDADOS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CON ADULTOS MAYORES DE CENTROS GERONTOLÓGICOS APOYADOS POR EL MIES				
EDUCACIÓN SOBRE DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES			ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CON LÍDERES		

# ANEXO 7

## FICHA FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR FICHA FAMILIAR									
<b>BLOQUE 1: DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA RESPONSABLE</b>									
Fecha de Visita (dd/mm/aaa) <input type="text"/>					Responsable de diagnóstico de salud individual y familiar				
Institución del Sistema Código <input type="text"/>					Nombre: _____				
Nombre de la Unidad Operativa _____					Firma: _____				
<b>BLOQUE 2: IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR</b>									
<b>Ubicación Geográfica</b>		<b>Identificación Censal</b>			<b>Unidades</b>		<b>Dirección</b>		
1. Provincia <input type="text"/>		4. Zona <input type="text"/>			7. Manzana <input type="text"/>		11. Calle 1 _____		
2. Cantón <input type="text"/>		5. Sector <input type="text"/>			8. Edificio <input type="text"/>		12. Calle 2 _____		
3. Parroquia <input type="text"/>		6. Localidad, Comunidad, Recinto/ Barrio _____			9. Vivienda <input type="text"/>		13. Nombre, N° casa, bloque, edificio _____		
Tiempo que vive en esta casa					10. Hogar <input type="text"/> de <input type="text"/>		14. Lote <input type="text"/>		
16. Meses <input type="text"/>							15. N° Telefónico		
17. Años <input type="text"/>							Fijo <input type="text"/>		
							Celular <input type="text"/>		
							Referencia <input type="text"/>		
							Fijo <input type="text"/>		
							Celular <input type="text"/>		
<b>BLOQUE 3: DATOS DE LA VIVIENDA (Encierre en un círculo el código de la respuesta)</b>									
<b>1. Tipo de la Vivienda</b>					<b>2. Vía de Acceso Principal a la Vivienda</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Casa/Villa 1 1 1					Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto 1 1 1				
Departamento en casa o edificio 2 2 2					Calle o carretera empedrada 2 2 2				
Cuarto(s) en casa de inquilinato 3 3 3					Calle o carretera lastrado o de tierra 3 3 3				
Mediagua 4 4 4					Camino, sendero, chachián 4 4 4				
Piancho 5 5 5					Río / mar / lago 5 5 5				
Covacha 6 6 6					Otro 6 6 6				
Chozra 7 7 7									
Otra vivienda particular 8 8 8									
<b>3. Tiempo de desplazamiento</b>									
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Tipo de Desplazamiento					Tiempo (min)				
Motor 1 1 1					Motor 1 1 1				
Pie/Trocha 2 2 2					Pie/Trocha 2 2 2				
Canoa 3 3 3					Canoa 3 3 3				
Aéreo 4 4 4					Aéreo 4 4 4				
Otro 5 5 5					Otro 5 5 5				
<b>4. Condiciones de la Vivienda</b>									
<b>a. ¿El material predominante del techo de la vivienda es:</b>					<b>b. ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Hormigón (losa, cemento)? 1 1 1					Bueño, parquet, tablón o piso flotante? 1 1 1				
Asbesto (eternit, eurolit)? 2 2 2					Tablas sin tratar? 2 2 2				
Zinc? 3 3 3					Cerámica, baldosa, Vinil o mármol? 3 3 3				
Teja? 4 4 4					Ladrillo o cemento? 4 4 4				
Palma, paja u hoja? 5 5 5					Caña? 5 5 5				
Otros Materiales 6 6 6					Tierra? 6 6 6				
					Otros materiales? 7 7 7				
<b>c. ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>					<b>d. El estado del techo de la Vivienda es:</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Hormigón? 1 1 1					Bueno 1 1 1				
Ladrillo o bloque? 2 2 2					Regular 2 2 2				
Adobe o tapia? 3 3 3					Malo 3 3 3				
Madera? 4 4 4									
Caña revestida o bahareque? 5 5 5									
Caña no revestida? 6 6 6									
Otros materiales? 7 7 7									
<b>e. ¿El estado de las paredes exteriores de la vivienda es:</b>					<b>f. ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar:</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Bueno 1 1 1					Gas (tanque o cilindro)? 1 1 1				
Regular 2 2 2					Gas centralizado? 2 2 2				
Malo 3 3 3					Electricidad? 3 3 3				
					Leña, carbón? 4 4 4				
					Residuos vegetales y/o de animales? 5 5 5				
					Otro (Ej. Gasolina, kerex o diesel etc.)? 6 6 6				
					No cocina 7 7 7				
<b>BLOQUE 4: DATOS DEL HOGAR (Encierre en un círculo el código de la respuesta)</b>									
<b>1. Del total de cuartos de este hogar ¿Cuántos son exclusivos para dormir?</b>					<b>4. Principalmente, ¿cómo elimina la basura de la vivienda</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
Número de dormitorios <input type="text"/>					Por carro recolector? 1 1 1				
					La arrojan en terreno baldío o quebrada? 2 2 2				
					La queman? 3 3 3				
					La entierran? 4 4 4				
					La arrojan al río, acequia o canal? 5 5 5				
					De otra forma? 6 6 6				
<b>2. ¿De dónde proviene principalmente el agua que recibe la vivienda:</b>					<b>5. ¿El servicio higiénico o escusado de la vivienda es:</b>				
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
De red pública? 1 1 1					Conectado a red pública de alcantarillado? 1 1 1				
De pozo? 2 2 2					Conectado a pozo séptico? 2 2 2				
De río, vertiente, acequia o canal? 3 3 3					Conectado a pozo ciego? 3 3 3				
De carro repartidor? 4 4 4					Con descarga directa al mar, río, lago, o quebrada 4 4 4				
Otro (Agua lluvia/albarrada)? 5 5 5					Uetrina? 5 5 5				
					No tiene 6 6 6				
<b>3. Principalmente, ¿el agua que toman los miembros del hogar:</b>									
201... 201... 201...					201... 201... 201...				
La beben tal como llega al hogar? 1 1 1									
La hierven? 2 2 2									
Le ponen cloro? 3 3 3									
La filtran? 4 4 4									
Compran agua purificada? 5 5 5									
<b>BLOQUE 5: DIAGNÓSTICOS DE LA FAMILIA - EVALUACION DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA FAMILIA</b>									
<b>1. Contaminación</b>					<b>2. Animales</b>				
Describe					201... 201... 201... (respuesta 1= SI, 2= NO)				
Contaminación del Suelo _____					Intradomiciliarios que representan riesgo sanitario <input type="text"/>				
Contaminación del Aire _____					Presencia de vectores transmisores de enfermedad (zancudos, moscas, etc.) <input type="text"/>				
Contaminación del Agua _____					Convivencia inadecuada con animales si observa que los animales andan por todos lados en vivienda sin tener un lugar propio <input type="text"/>				
<b>Riesgos Sociodemográficos</b>					<b>Riesgos Sanitarios</b>				
201... 201... 201... (respuesta 1= SI, 2= NO)					201... 201... 201...				
Violencia intrafamiliar <input type="text"/>					Cocina está dentro del dormitorio <input type="text"/>				
Desestructuración familiar <input type="text"/>					No hay sedazo en las ventanas (área endémica de malaria) <input type="text"/>				
Problema graves en la familia <input type="text"/>					No usan mosquitero (área endémica de malaria) <input type="text"/>				
Problemas psico-sociales en la familia pero familia con riesgo de auto-atención o aislamiento <input type="text"/>					Uso de plaguicidas <input type="text"/>				
Número de miembros de la familia sin escolarización <input type="text"/>					Reconocen signos de peligro en AEPI <input type="text"/>				
Número de niños en edad escolar no inscritos <input type="text"/>					Personas de tercera edad y niños en estado de abandono <input type="text"/>				
Número de miembros con alcoholismo <input type="text"/>					Familia que rechaza acudir a unidades de salud <input type="text"/>				
Número de miembros con drogodependencias <input type="text"/>									
					Croquis de Ubicación de la Vivienda				

## ANEXO 8

### ACTIVIDADES A EJECUTAR DE ACUERDO A PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
<p>Recién Nacido (0 a 28 días)</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de Atención a la Niñez</li> <li>• Norma y Protocolo Neonatal</li> <li>• Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI)</li> <li>• Normas PAI</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación psicomotriz.</li> <li>• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa.</li> <li>• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de R.N. según normas AIEPI para menores de dos meses.</li> <li>• Atención Integral del Niño Sano: Evaluar nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, de acuerdo a normas del MSP.</li> <li>• Inmunización según la edad: vacunación BCG y Hepatitis B</li> <li>• Evaluación de salud mental: detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo en padres.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la patología más frecuente en recién nacidos (normal complicado y prematuros)</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de la dificultad respiratoria, retardo de crecimiento.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita.</li> <li>• Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de discapacidades</li> <li>• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas.</li> <li>• Otras.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades.</li> </ul>
	<p><b>VISITA DOMICILIARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna. Los riesgos pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (código CIAP).</li> <li>• Identificación de RN nacidos en domicilio (captación dentro de las primeras 48 horas y monitoreo telefónico).</li> <li>• Identificación de RN hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo.</li> <li>• Identificación de RN hijos de madres con sífilis, VIH, tuberculosis, con discapacidad.</li> <li>• Identificación de problemas en la lactancia.</li> <li>• Identificación de violencia intrafamiliar.</li> <li>• Identificación de consumo de sustancias, tabaquismo.</li> <li>• Identificación de otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bajo peso al nacer (menor a 2.500 g.).</li> <li>b) Parto pre término (edad gestacional menor a 37 semanas).</li> <li>c) Gemelar o más.</li> <li>d) Desnutrición.</li> <li>e) Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N.</li> <li>f) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre.</li> <li>g) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.</li> <li>h) Dificultades o rechazo a la lactancia.</li> </ol> <p>Riesgos Socio- económicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Madre adolescente.</li> <li>d) Madre soltera.</li> <li>e) Embarazo no deseado.</li> <li>f) Baja escolaridad de padres o cuidadores.</li> <li>g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil.</li> <li>h) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>i) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>j) Riesgo de accidentes.</li> <li>k) Desempleo.</li> <li>l) Hacinamiento.</li> <li>m) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ol> <p>Riesgos Ambiental</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura.</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ol>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información Educación a padres o cuidadores</li> <li>• Promover de la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, lactancia mixta a partir de los seis meses, alimentación complementaria y ablactación según esquema.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños</li> <li>• Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas.</li> <li>• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa.</li> <li>• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a.</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de Salud: evaluación del desarrollo físico (valoración nutricional) y neuromuscular y psicomotriz del lactante en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente.</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: OPV, Pentavalente (DPT+H-B+Hib), Influenza pediátrica (a los 6 meses y solo en campaña).</li> <li>• Administración de micronutrientes, sulfato ferroso y vitamina A, hasta 36 meses de edad</li> <li>• Detección de una deficiencia y/o discapacidad.</li> <li>• Evaluación del bienestar del lactante e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.</li> <li>• Prevención de la caries.</li> <li>• Evaluación de salud mental: detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), violencia, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</b></p> <p>Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia.</li> <li>• Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita.</li> <li>• Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: manejo de maltrato físico, psicológico, sexual; del desarrollo; tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas.</li> <li>• Otras.</li> </ul> <p>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades.</li> </ul> <p>VISITA DOMICILIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).</li> <li>• Identificación de niños con esquemas incompleto de vacunas.</li> <li>• Identificación de niños que no acuden a control de salud.</li> <li>• Identificación de niños de familias en riesgo.</li> <li>• Seguimiento de niños con enfermedades diarreicas agudas (EDAS) con deshidratación, neumonías, desnutrición, discapacidades, tuberculosis (TB), cuidados paliativos, entre otras.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Desnutrición.</li> <li>b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.</li> <li>c) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre o en el lactante.</li> <li>d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el lactante.</li> <li>e) Dificultades o rechazo a la lactancia o alimentación.</li> <li>f) Niños con esquemas incompletos de vacunas.</li> <li>g) Niños que no acuden a control de salud</li> </ol> <p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Madre adolescente.</li> <li>d) Madre soltera.</li> <li>e) Embarazo no deseado.</li> <li>f) Baja escolaridad de padres o cuidadores.</li> <li>g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil.</li> <li>h) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>i) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>j) Riesgo de accidentes.</li> <li>k) Desempleo.</li> <li>l) Hacinaamiento.</li> <li>m) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ol> <p>Riesgos Ambientales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ol>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Niños/as de 1 a 4 años</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de Atención a la niñez</li> <li>• Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI)</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Guía para la Atención Oftalmológica Infantil</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños</li> <li>• Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas.</li> <li>• Promover la alimentación saludable.</li> <li>• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales en la unidad operativa.</li> <li>• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del lactante, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de Salud: evaluar el desarrollo físico (valoración nutricional), neuromuscular y psicomotriz del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente.</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: DPT, OPV, SRP, varicela, fiebre amarilla, influenza pediátrica (solo en campaña).</li> <li>• Administración de micronutrientes, vitamina A hasta 36 meses de edad</li> <li>• Detección de una deficiencia y/o discapacidad</li> <li>• Evaluación del bienestar del lactante e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.</li> <li>• Prevención de la caries.</li> <li>• Detección de problemas en el desarrollo (lenguaje, motricidad, social), aptitud intelectual, violencia, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia.</li> <li>• Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita.</li> <li>• Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: manejo de maltrato físico, psicológico, sexual; del desarrollo; tratamiento de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo en padre/madre.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.</li> <li>• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas.</li> <li>• Otras.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades.</li> </ul>
	<p>VISITA DOMICILIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)</li> <li>• Identificación de niños con esquemas incompleto de vacunas.</li> <li>• Identificación de niños que no acuden a control de salud.</li> <li>• Identificación de niños de familias en riesgo.</li> <li>• Seguimiento de niños con enfermedades diarreicas agudas (EDAS), con deshidratación, neumonías, desnutrición, discapacidades, tuberculosis (TB), cuidados paliativos, entre otras.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Desnutrición.</li> <li>b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.</li> <li>c) Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a.</li> <li>d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a.</li> <li>e) Alimentación no saludable.</li> <li>f) Niños con esquemas incompletos de vacunas.</li> <li>g) Niños que no acuden a control de salud</li> </ol> <p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Madre adolescente.</li> <li>d) Embarazo no deseado.</li> <li>e) Baja escolaridad de padres o cuidadores.</li> <li>f) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil</li> <li>g) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>h) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>i) Riesgo de accidentes.</li> <li>j) Desempleo.</li> <li>k) Hacinamiento.</li> <li>l) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>m) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ol> <p>Riesgos Ambientales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos</li> </ol>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Niños/as de 5 a 9 años (escolares):</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de Atención a la Niñez</li> <li>• Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI)</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Guía para la Atención Oftalmológica Infantil</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <p>Información Educación a padres o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación y una buena alimentación.</li> <li>• Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños.</li> <li>• Promover la estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades, ayudas técnicas, conocimiento de los derechos de los niños y sexualidad saludable.</li> <li>• Promover la alimentación saludable.</li> <li>• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa.</li> <li>• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del niño/a.</li> <li>• Promover escuelas saludables.</li> <li>• Promover la salud bucal.</li> <li>• Promover los derechos de los niños.</li> <li>• Fomentar espacios saludables.</li> </ul> <hr/> <p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de Salud: evaluación del desarrollo físico (valoración nutricional), neuromuscular, psicomotriz y emocional del niño en relación con su edad, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y tamizaje de patologías prevalente.</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: DT, SRP segunda dosis y Varicela, hasta terminar las cohortes de edad (solo en campaña).</li> <li>• Detección de una deficiencia y/o discapacidad</li> <li>• Evaluación del bienestar del niño e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.</li> <li>• Prevención de la caries.</li> <li>• Evaluación de Salud Mental: detección precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.</li> <li>• Prevención de riesgos de accidentes en el hogar y escuela.</li> <li>• Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas.</li> </ul>

## CICLO DE VIDA

## CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES

## PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN

Atención de la patología más frecuente en niños (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas.

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia.
- Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles.
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento.
- Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita.
- Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños (estrabismo y catarata).
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, problemas de habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales y maltrato infantil.
- Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.
- Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).
- Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.
- Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas.
- Otras.

## PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

- Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.
- Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.
- Discapacidades y ayudas técnicas.

## VISITA DOMICILIARIA

- Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.
- Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).
- Identificación de niños con esquemas incompleto de vacunas.
- Identificación de niños que no acuden a control de salud.
- Identificación de niños de familias en riesgo.
- Seguimiento de niños con problemas de salud según la edad, cuidados paliativos, entre otras.
- Otros determinados por el equipo de salud.

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar

Riesgos Biológicos:

- a) Malnutrición, por defecto o por exceso.
- b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.
- c) Antecedentes de enfermedad crónica en el niño/a.
- d) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el niño/a.
- e) Alimentación no saludable.
- f) Niños con esquemas incompletos de vacunas.
- g) Niños que no acuden a control de salud.

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Madre adolescente.</li> <li>d) Madre soltera.</li> <li>e) Embarazo no deseado.</li> <li>f) Baja escolaridad de padres o cuidadores.</li> <li>g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil</li> <li>h) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>i) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>j) Riesgo de accidentes.</li> <li>k) Desempleo.</li> <li>l) Hacinamiento.</li> <li>m) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>n) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ul> <p>Riesgos Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adolescentes 10 a 19 años:</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y Procedimientos de Atención para la atención integral de Salud de Adolescentes</li> <li>• Protocolo de Atención Integral a Adolescentes.</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <p>Información Educación a padres, adolescentes o cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>• Entregar información y educación sobre nutrición, higiene, sedentarismo, salud bucal, riesgos de accidentes en el escuela, comunidad, violencia, derechos, salud sexual y reproductiva, alcoholismo, drogas, tabaquismo, culturas urbanas y juveniles.</li> <li>• Promover crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Promover la salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal.</li> <li>• Promover procesos identitarios en adolescentes y jóvenes, así como de identificación social.</li> <li>• Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones.</li> <li>• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa.</li> <li>• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del/la adolescente, así como en el comportamiento del/la adolescente, y, cuando corresponda, confirmar la salud satisfactoria del/la adolescente.</li> </ul> <hr/> <p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de Salud: evaluación del desarrollo físico (valoración nutricional), psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: Hepatitis B y Varicela, hasta terminar las cohortes de edad.</li> <li>• Atención a crecimiento y desarrollo, atención en salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal.</li> <li>• Atención preventiva de adolescentes en riesgo.</li> <li>• Detección de malnutrición u obesidad.</li> <li>• Detección de afecciones sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa), intento de suicidio, violencia.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo adolescente.</li> <li>• Detección de tuberculosis (TB), tos por más de 15 días.</li> <li>• Detección de inactividad física.</li> <li>• Detección de una deficiencia y/o discapacidad.</li> <li>• Evaluación del bienestar del adolescente e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.</li> <li>• Prevención de la caries</li> <li>• Evaluación de salud mental: detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad.</li> <li>• Prevención de riesgos de accidentes en el hogar.</li> <li>• Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</b> Atención de la patología más frecuente en adolescentes (normal o complicado) incluyendo la entrega de ayudas técnicas y cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la adolescencia.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia.</li> <li>• Diagnóstico de deficiencias para evitar que se transforme en discapacidad.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de retardo de crecimiento.</li> <li>• Diagnóstico, tratamiento y manejo de malformación congénita.</li> <li>• Recuperación de trastornos de la agudeza visual en adolescentes (estrabismo y catarata).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación, violencia y problemas de aprendizaje.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.</li> <li>• Diagnóstico y manejo de lesiones traumáticas y de tejidos blandos (curación y suturas).</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento y/o estabilización de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas.</li> <li>• Otras.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades y ayudas técnicas</li> </ul>
	<p><b>VISITA DOMICILIARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).</li> <li>• Seguimiento de problemas de salud o discapacidad.</li> <li>• Identificación de adolescentes con esquemas incompletos de vacuna.</li> <li>• Prestación de cuidados paliativos a adolescentes en etapa terminal de la vida.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Malnutrición, por defecto o por exceso.</li> <li>b) Antecedentes de enfermedad prevalentes de la infancia.</li> <li>c) Antecedentes de enfermedad crónica en el/la adolescente.</li> <li>d) Alimentación no saludable.</li> <li>e) Inicio precoz de relaciones sexuales.</li> <li>f) Tuberculosis (TB), tos más de 14 días.</li> </ol>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Discapacidad</li> <li>d) Embarazo en adolescente.</li> <li>e) Embarazo no deseado.</li> <li>f) Deserción escolar.</li> <li>g) Madre soltera.</li> <li>h) Baja escolaridad de padres o cuidadores.</li> <li>i) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil.</li> <li>j) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>k) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>l) Riesgo de accidentes.</li> <li>m) Desempleo.</li> <li>n) Hacinamiento.</li> <li>o) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>p) Trastornos de depresión, de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.</li> <li>q) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ul> <p>Riesgos Ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura.</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adulto/a joven 20 a 64 años:</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64 años</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <p>Información Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y reproductiva, salud mental.</li> <li>• Informar y promover prácticas de buen trato, culturas urbanas, juveniles, participación social y exigencia de derechos.</li> <li>• Informar sobre discapacidades y ayudas técnicas.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</b>                      Atención de salud preventiva en adulto: riesgos cardiovasculares, riesgos metabólicos, detección oportuna de cáncer (cervicouterino, mama), malnutrición y obesidad,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de riesgo de tuberculosis (TBS), tos por más de 15 días.</li> <li>• Prevención de salud bucal, prevención de la caries.</li> <li>• Planificación Familiar.</li> <li>• Diagnóstico de deficiencias y discapacidades.</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: DT embarazadas y MEF en áreas de alto riesgo.</li> <li>• Atención preventiva del adulto en riesgo.</li> <li>• Evaluación de salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.</li> <li>• Detección de inactividad física y discapacidad.</li> <li>• Detección de una deficiencia y/o discapacidad.</li> <li>• Evaluación del bienestar del adulto e identificación de anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.</li> <li>• Detección de la agudeza visual y ceguera.</li> <li>• Detección, prevención y consejería de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.</li> <li>• Detección de desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad</li> <li>• Prevención de riesgos de accidentes en el hogar.</li> <li>• Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</b>                      Atención de las patologías más frecuentes: diabetes, hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad renal, cerebro-vascular, neoplasias, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, metaxémicas, depresión, ansiedad, problemas cognitivos, discapacidades y cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida.</p>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades y ayudas técnicas</li> </ul>
	<p><b>VISITA DOMICILIARIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).</li> <li>• Identificación y seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Malnutrición, por defecto o por exceso.</li> <li>b) Antecedentes patológicos familiares de enfermedad crónica.</li> <li>c) Alimentación no saludable.</li> <li>d) Relaciones sexuales no seguras.</li> <li>e) Tuberculosis (TB), tos más de 14 días.</li> <li>f) Riesgos cardiovascular.</li> <li>g) Riesgos metabólicos.</li> <li>h) Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama.</li> <li>i) Detección oportuna de cáncer de próstata.</li> <li>j) Salud Bucal.</li> <li>k) Planificación Familiar.</li> </ul> <p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Discapacidad</li> <li>d) Madre soltera.</li> <li>e) Baja escolaridad.</li> <li>f) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil</li> <li>g) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>h) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>i) Riesgo de accidentes.</li> <li>j) Desempleo.</li> <li>k) Hacinamiento.</li> <li>l) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>m) Trastornos psicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia; trastornos emocionales y afectivos; deterioro mental y cognitivo.</li> <li>n) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ul> <p>Riesgos Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Adulto mayor menor de 65 años:</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor mayores de 65 años</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información Educación a miembros de la familia ( cuidadores)</li> <li>• Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud mental.</li> <li>• Informar y promover prácticas de buen trato, participación social y exigencia de derechos.</li> <li>• Informar sobre discapacidades y ayudas técnicas.</li> <li>• Promover condiciones para envejecimiento activo.</li> <li>• Fomentar espacios saludables y recreativos, con otras instituciones</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Geriátrica Integral</li> <li>• Identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.</li> <li>• Valoración precoz y diagnóstico de fragilidad.</li> <li>• Valoración de dependencia funcional.</li> <li>• Trabajo en salud bucal.</li> <li>• Evaluación de salud mental: violencia, consumo de alcohol, tabaquismo</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: neumococo polisacárido e influenza estacional (solo en campañas anuales).</li> <li>• Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</p> <p>Atención de la patologías más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento de síndromes geriátricos</li> <li>• Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía diabética), motrices, y otras discapacidades.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de depresión y ansiedad.</li> <li>• Prestación de Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades y ayudas técnicas</li> </ul> <p>VISITA DOMICILIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).</li> <li>• Identificación y seguimiento de problemas de salud, discapacidad grave salud mental y cuidados paliativos.</li> <li>• Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Malnutrición, por defecto o por exceso.</li> <li>b) Enfermedades crónicas, degenerativas.</li> <li>c) Alimentación no saludable.</li> <li>d) Accidentes propios de la edad.</li> <li>e) Tuberculosis (TB), tos más de 14 días.</li> <li>f) Demencia senil.</li> </ul> <p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Discapacidad</li> <li>d) Desempleo.</li> <li>e) Violencia intrafamiliar.</li> <li>f) Soledad y/o abandono</li> <li>g) Consumo de alcohol o drogas.</li> <li>h) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>i) Riesgo de accidentes.</li> <li>j) Hacinamiento.</li> <li>k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>l) Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia.</li> <li>m) Deterioro mental y cognitivo</li> <li>n) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ul> <p>Riesgos Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>g) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>h) Agua insegura.</li> <li>i) Contaminación.</li> <li>j) Mal manejo de desechos.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Mujeres Embarazadas</p> <p>Referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y Protocolos Materno</li> <li>• Normas PAI</li> <li>• Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal</li> </ul>	<p>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información Educación a embarazada y su pareja</li> <li>• Brindar información sobre: preparación del parto, lactancia materna , cuidado del recién nacido y fortalecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido.</li> <li>• Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal y salud mental.</li> <li>• Informar y promover prácticas de buen trato, culturas urbanas, juveniles, participación social y exigencia de derechos.</li> <li>• Promover el parto institucional.</li> <li>• Promover preparación para el parto.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control prenatal: evaluación estado nutricional, salud bucal y tamizaje de patologías prevalente, consejería genética</li> <li>• Cumplimiento del esquema de vacunación: DT embarazadas.</li> <li>• Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia, trastornos afectivos, emocionales.</li> <li>• Prevención de embarazadas que no acuden a control (visitas domiciliarias).</li> <li>• Atención de postparto (visitas domiciliarias).</li> <li>• Seguimiento de problemas de salud (visitas domiciliarias).</li> <li>• Captación de embarazadas en puerperio.</li> <li>• Parto domiciliario.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la patología más frecuente en embarazadas</li> <li>• En el parto.</li> <li>• En el postparto.</li> <li>• Enfermedades perinatales.</li> <li>• Ansiedad, depresión leve.</li> <li>• Atención de parto.</li> </ul>
	<p>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li>• Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li>• Discapacidades y ayudas técnicas.</li> </ul>
	<p>VISITA DOMICILIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.</li> <li>• Búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP).</li> <li>• Identificación de embarazadas que no acuden a control.</li> <li>• Seguimiento de problemas de salud.</li> <li>• Captación de embarazadas en puerperio.</li> <li>• Identificación de parto domiciliario.</li> <li>• Otros determinados por el equipo de salud.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<p>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</p> <p>Riesgos Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Riesgos en el primer trimestre de embarazo.</li> <li>b) Riesgos en el segundo trimestre de embarazo.</li> <li>c) Riesgos en el tercer trimestre de embarazo.</li> </ul> <p>Riesgos Socio-económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Muerte evitable.</li> <li>b) Pobreza.</li> <li>c) Discapacidad</li> <li>d) Desempleo.</li> <li>e) Violencia intrafamiliar.</li> <li>f) Soledad y/o abandono</li> <li>g) Consumo de alcohol y otras drogas.</li> <li>h) Hábito de fumar o fumador pasivo.</li> <li>i) Riesgo de accidentes.</li> <li>j) Hacinamiento.</li> <li>k) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>l) Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia.</li> <li>m) Deterioro mental y cognitivo</li> <li>n) Otros que el equipo de salud considere.</li> </ul> <p>Riesgos Ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.</li> <li>b) Animales dentro de la vivienda.</li> <li>c) Agua insegura.</li> <li>d) Contaminación.</li> <li>e) Mal manejo de desechos.</li> </ul>

## Atención Familiar

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Atención básica a las personas por ciclos de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita domiciliaria.</li> <li>• Utilización de la ficha familiar: llenado, análisis y toma de decisiones.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del medio físico y ambiente humano.</li> <li>• Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socio-económicos y determinación de factores protectores.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y captación temprana del recién nacido.</li> <li>• Detección y captación temprana de mujeres en edad fértil para anticoncepción, embarazadas y madre post-parto.</li> <li>• Identificación de adolescentes en riesgo.</li> <li>• Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo: valoración antropométrica en adultos y adultos mayores.</li> <li>• Detección y captación de personas con discapacidad.</li> <li>• Detección temprana de deficiencias congénitas y adquiridas.</li> <li>• Estimulación temprana de las deficiencias.</li> <li>• Atención y referencia para rehabilitación dependiendo del tipo de discapacidad.</li> <li>• Atención, valoración y referencia en salud oral.</li> <li>• Atención, valoración y referencia en salud mental.</li> <li>• Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección, atención básica y captación de morbilidad prevalente.</li> <li>• Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos y enfermedades.</li> <li>• Promoción, información y educación para la salud.</li> <li>• Promoción de la participación social y comunitaria en salud.</li> <li>• Promoción, organización y capacitación de grupos específicos.</li> <li>• Vigilancia de muertes infantiles y maternas.</li> <li>• Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.</li> <li>• Detección y seguimiento de familias en riesgo.</li> <li>• Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.</li> <li>• Registro de actividades.</li> </ul>

## Atención Comunidad

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p>Referirse a:</p> <p>Sistemas de Vigilancia Epidemiológica                      Guía de Elaboración de Proyectos                      Manual de Capacitación del Subproceso de Epidemiología</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación Redes Sociales Locales de Salud</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Salud</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y Ejecución de Proyectos</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción.</li> <li>• Incorporación progresiva y sistemática de la población al ejercicio físico. Se iniciará con la conformación de clubes de adultos mayores, de hipertensos, diabéticos, embarazadas y puérperas. Posteriormente se intervendrá en lugares de trabajo, escuelas y otras instituciones.</li> <li>• Desarrollo de actividades educativas que contribuyan a disminuir los factores de riesgo identificados en la comunidad: obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico, cáncer, sedentarismo, malos hábitos alimentarios, hábito de fumar, violencia, maltrato infantil, consumo excesivo de alcohol.</li> <li>• Promoción de acciones para controlar los riesgos de accidentes en domicilios, escuelas, lugares de trabajo, lugares públicos y de tránsito.</li> <li>• Educación a la población en la importancia y la responsabilidad sobre la vacunación, diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino y mama e higiene bucal; la atención estomatológica periódica, control de los niños y la vigilancia de su desarrollo, de su proceso de aprendizaje, del lenguaje; control de las madres embarazadas y riesgos, cuidado del recién nacido, atención preventiva del adulto y lactancia materna.</li> <li>• Identificación y entrega de información y educación sobre prevención de enfermedades: enfermedades transmisibles, respiratorias, digestivas, entre otras. Enfatizar en infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, tuberculosis (TB), infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, paludismo y dengue.</li> <li>• Identificación y entrega de información y educación sobre otros temas de interés: sexualidad humana, planificación familiar, embarazo en adolescentes, higiene personal y cuidado ambiental, alcoholismo y otras drogas y sus efectos. Difusión de información sobre discapacidad y cuidados paliativos.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y manejo de problemas y riesgos: vigilancia de calidad de agua, vigilancia de eliminación de desechos sólidos, vigilancia de excretas, vigilancia de plaguicidas, vigilancia y control de vectores, vigilancia comunitaria de violencia, maltrato, drogas, alcohol.</li> </ul>
<p>Entornos Saludables</p>	<p>Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud es necesario construir lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables, a través de guías metodológicas que contienen mecanismos de abogacía, negociación, movilidad social y herramientas de participación comunitaria.</p> <p>Las estrategias a trabajar en esta dimensión son las siguientes:</p> <p>Distritos Saludables:                      Ejecución a cargo de los Distritos de Salud.</p>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
Entornos Saludables	<p>Comunidades Saludables: Ejecución a cargo de las Unidades Operativas y los Equipos Integrales de Salud.</p> <p>Desarrollo Comunitario: Concertación Local para la Salud. Construcción de espacios de diálogo sobre los determinantes de salud y las estrategias a desarrollar. Educación para la Salud y Participación Social. Trabajo con Agentes Comunitarios. Escuelas Promotoras de Salud. Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud. Salud Ambiental. Vigilancia y Control de Riesgos.</p>
Distritos Saludables	<p>Es una estrategia que implica el esfuerzo de coordinación entre el sistema de salud y los Gobiernos locales para promover entornos saludables, a través de la generación de políticas públicas, que propicien la participación ciudadana, el bienestar y desarrollo de sus comunidades, de manera que influyan sobre los determinantes de la salud.</p> <p>Los procesos identificados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria y Sensibilización.</li> <li>• Identificación de problemas y necesidades locales.</li> <li>• Desarrollo de capacidades locales: talleres de capacitación, análisis de resultados.</li> <li>• Compromiso de Gobiernos locales: firma de actas compromiso.</li> <li>• Capacitación a Gobiernos locales: análisis de resultados.</li> <li>• Organización: establecimiento de un comité intersectorial (su conformación se obtiene del mapeo de actores).</li> <li>• Planificación: desarrollo del portafolio de intervención.</li> <li>• Ejecución: trabajo coordinado, promoción de políticas públicas.</li> <li>• Seguimiento y Evaluación: cronograma de reuniones que permita revisar información en forma periódica, consolidar estrategias, analizar experiencias demostrativas más relevantes.</li> </ul>
Comunidades Saludables	<p>Es el desarrollo local de actividades dirigidas a fomentar el cuidado de la comunidad.</p> <p>Los Procesos identificados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo Comunitario.</li> </ul> <p>Fomenta localmente la participación de los ciudadanos, en corresponsabilidad de acciones para los cuidados de la salud. A través de esta estrategia se desarrolla el Plan Local de Salud.</p> <p>Las actividades principales de este plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de equipos de los Consejos Parroquiales de Salud, con participación de las autoridades e instituciones locales de la comunidad, autoridades del establecimiento de salud y representaciones de la sociedad civil.</li> <li>• Elaboración de Análisis Comunitario de Salud (utiliza el ASIS).</li> <li>• Elaboración anual del Plan Local de Salud periódica del Riesgo Comunal.</li> <li>• Elaboración, negociación y ejecución de proyectos.</li> <li>• Calificación periódica de comunidades saludables.</li> </ul>

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertación Local para la Salud:</li> </ul> <p>Es el espacio de alianzas interinstitucionales e intersectoriales, con la participación activa y organizada de la comunidad, para formular y ejecutar políticas locales para el desarrollo comunitario, el control social, el ejercicio de la ciudadanía y sus derechos.</p> <p>Las actividades principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertación Local e Interinstitucional para la Salud.</li> <li>• Plan de Trabajo.</li> <li>• Trabajo con Recursos de la Comunidad.</li> <li>• Está basado en el trabajo colaborativo de miembros de la comunidad. Requiere que el personal de salud promocióne su organización, los capacite e incorpore a las acciones de salud.</li> </ul> <p>La integración de los recursos de la comunidad implica seguimiento y evaluación de los resultados. El trabajo de los recursos de la comunidad puede expresarse de diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación y aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de las comunidades.</li> <li>• Acompañamiento y participación en la elaboración de los diagnósticos y en la planificación de las acciones de salud a desarrollarse.</li> <li>• Colaboración en acciones específicas de las Estrategias Sanitarias (inmunizaciones, seguimiento de casos de tuberculosis, control vectorial, detección de casos de malaria, veedurías).</li> <li>• El Sistema de Vigilancia Comunal está basado en el trabajo de los recursos de la comunidad. Sin embargo, para fines metodológicos su concepto y procesos se desarrollarán en las estrategias de Vigilancia Epidemiológica. Para mayor información, revisar el documento de Epidemiología y Diplasede del MSP Ecuador.</li> </ul> <p>Las actividades a realizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección, capacitación, educación continua, seguimiento de recursos de la comunidad.</li> <li>• Implementación con materiales, equipos e insumos.</li> </ul>
	Trabajo Comunitario: Sensibiliza a actores sociales (Sociedad Civil y Gobierno Local) y socializa El Modelo de Atención.
	Análisis de la situación de salud.
	Participación social y comunitaria en la localidad: para la elaboración de la programación local y participativa, con la participación activa de todos los actores sociales de la comunidad.
	Evaluación del medio físico y ambientes humanos.
	Detección y seguimiento de personas en ambientes de riesgo.
	Atención básica de adultos mayores enfermos y deficientes.
	Detección, captación, referencia y seguimiento grupos de riesgo (niños y jóvenes en situación de riesgo, adolescentes embarazadas, personas con conductas de riesgo , adultos mayores en riesgo).
	Detección de niños/niñas, jóvenes y adultos con deficiencias o discapacidades.
	Detección seguimiento y/o referencia de casos de maltrato y violencia intrafamiliar.
	Promoción y organización de la salud para grupos específicos, como el caso de las personas con discapacidades, comisiones de alimentación e higiene.
	Inventario de medios de comunicación locales.
	Promoción de la creación de áreas y ambientes saludables para adolescentes y adultos mayores.
	Promoción de la creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica y orientación de la familia y la persona con discapacidad.
	Investigación sobre la morbilidad y mortalidad, morbideficiencia y las situaciones sociales de riesgo de la población.

Promoción y educación para la salud y para las actividades de rehabilitación con tecnología simplificada.
Vigilancia de la morbilidad a través de la detección temprana de deficiencias.
Vigilancia de muertes infantiles y maternas.
Promoción de la participación social y comunitaria: movilización de la comunidad en torno a temas de salud.

## GLOSARIO

**ACCESIBILIDAD.** Característica de la organización para garantizar el principio de equidad. Se manifiesta con ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, estructurales, culturales, para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades.

**ACTIVIDAD.** Conjunto de tareas involucradas en un proceso, necesarias para asegurar el alcance de los objetivos y metas previstas en los planes.

**SUJETO SOCIAL.** Sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores. Poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad, con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

**APGAR FAMILIAR.** Instrumento para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia.

**ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA.** Características de la atención de salud en una doble dimensión. Por un lado, el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir, el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicas; y, por otro, la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).** Atención de salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados que está al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. La APS es reconocida como una estrategia eficaz para mejorar la accesibilidad y la equidad en la utilización de los servicios y en los resultados en salud, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, a responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación

y la intersectorialidad. Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer énfasis en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Incluye la organización de los servicios en los tres niveles de complejidad.

**CICLO DE VIDA.** Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo.

**COMPLICADO.** Se llama a un problema de salud como complicado en su evolución cuando se han sumado a este, uno o más problemas, teniendo siempre el mismo origen.

**COMUNIDAD.** Concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades y naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico.

**CONSEJOS CANTONALES O PARROQUIALES DE SALUD.** Instancia organizacional conformada por representantes de instituciones y/o organizaciones de la sociedad civil para la definición de lineamientos y planes de intervención, en base a las políticas nacionales establecidas por la autoridad sanitaria y necesidades locales. Se encargan del control social en salud por medio de las veedurías ciudadanas; además de la recepción de quejas y denuncias, y de la complementación y canalización de recursos nacionales e internacionales.

**COMITÉS LOCALES DE SALUD.** Organizaciones de usuarios/os de servicios que tienen como funciones emitir informes de satisfacción de la calidad de los servicios, promover la coparticipación ciudadana y de la familia en el cuidado de la salud y coordinar con las Unidades de Salud para el mejoramiento de la calidad de la atención.

**COMITÉ LOCAL DE DESARROLLO.** Constituido por representantes de los sectores e instituciones de su cir-

cunscripción territorial (barrio, comunidad, escuelas, colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de desarrollo, entre otros). La organización tendrá una directiva y deberá contar con un reglamento para su funcionamiento. Pág 141.

**CONTROLADO.** Cualquier problema de salud que por sus características no pueda ser solucionado, pero sí mantenido dentro de los límites establecidos como adecuados. Por ejemplo, un paciente con hipertensión arterial (HTA), si bien no puede curarse de su enfermedad, se puede mantener controlado, a través de la práctica de las normativas y comparación con estándares existentes como referentes.

**DETERMINANTES DE LA SALUD.** Factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, así como factores protectores que influyen en el estado de salud de los individuos o poblaciones.

**ZONA Y DISTRITO.** Subdivisión territorial con fines administrativos.

**EFICACIA.** Es la capacidad científicamente comprobada y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema y de producir un resultado específico

**EFICIENCIA.** Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada, según las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo.

**ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL.** Práctica de intervenciones sanitarias centradas en las necesidades de la ciudadanía, identificadas mediante información comunitaria de su entorno familiar, social, cultural y laboral.

**EQUIDAD.** Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

**EQUIPO INTEGRAL DE SALUD.** Grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realizan actividades de atención al usuario. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades de impacto (crónicas degenerativas y de vigilancia epidemiológica), así como de rehabilitación y cuidados paliativos, con el apoyo y utilización de todos los recursos de la comunidad, lo cual permite la conducción de las acciones para preservar la salud. Pág 142.

**ESPACIOS DE ENCUENTRO COMUNITARIO PARA LA SALUD.** Pueden ser la casa comunal, la escuela, la posta de salud, el botiquín comunitario. Son espacios para realizar actividades como salas situacionales en salud, ferias de la salud, atención médica programada entre

otras actividades extramurales. Pág 142

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.** Factores medioambientales y de comportamiento humano que tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables. Pág 147.

**EVITABILIDAD.** Mortalidad que pudo evitarse mediante sistemas adecuados de prevención, tratamiento y control en el primer nivel de atención.

**FAMILIOGRAMA.** Instrumento que permite valorar la dinámica, composición, estructura, tipo, relaciones, roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando una familia en un momento determinado.

**GESTIÓN.** Todos los procesos de planificación, administración, aplicación de la epidemiología, gerencia, monitoreo, supervisión y evaluación que son enlazados en su aplicación en cada una de las unidades operativas, dándoles sentido, direccionalidad y coherencia.

**GESTORES DE SALUD.** Personal que conforma los equipos integrales de salud, Técnicos de Atención Primaria de la Salud (TAPS), y gestores comunitarios. Son los actores que detectan los problemas que influyen directa o indirectamente sobre la salud de la población y se encargan de mejorar la calidad de vida de la comunidad. Pág 142

**GESTORES COMUNITARIOS.** Personas de las comunidades que tienen experiencia en atención de partos, en tecnologías ambientales limpias y energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. Cuentan con legitimidad social de su trabajo y sus actividades se desarrollan en el ámbito de la salud. Son autoridades locales o sus representantes, líderes comunitarios, promotores de salud, voluntarios de salud, agentes comunitarios de salud tradicional, Yachak, agentes y terapeutas de las medicinas ancestrales, entre otros.

**IMPACTO.** En el ámbito evaluativo, es evidencia confiable del efecto o efectos plausibles de una intervención específica.

**INSUMOS/RECURSOS:** Materias primas o productos intermedios que se transforman durante el proceso. Son necesarios para poder conseguir las tareas.

**INTERCULTURALIDAD EN SALUD.** Enfoque necesario de las intervenciones sanitarias, caracterizado por el respeto social y la promoción científica de las prácticas de salud ancestral.

**INTERVENCIÓN.** Acción o conjunto de acciones ejecutadas con un objetivo explícito definido a priori para obtener un cambio expresable en resultados o impactos. En el ámbito social, por lo general, son políticas, normas, planes, programas o proyectos, de una o múl-

tiples estrategias, implementadas secuencial o simultáneamente.

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.** Involucrar a la comunidad en una estrategia de cambio social; además de involucrarla en la estrategia de cambio de comportamiento individual.

**PARTICIPACIÓN SOCIAL.** La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva, activa y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. Es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, la equidad y el control social. En el ámbito de la salud, se considera tres ejes de participación: intersectorial, interinstitucional y la participación comunitaria.

**PLANIFICAR.** Es una de las funciones principales de todo proceso. En su sentido más amplio, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo, es decir, decidir anticipadamente lo que se desea hacer. El objetivo de la planificación es lograr un conjunto de acciones coherentes para alcanzar ciertas metas.

**PREVENCIÓN.** En relación a la salud, se concibe tradicionalmente en tres niveles. La prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez que la enfermedad ya apareció; y, la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso.

**PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.** Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población.

**PRIORIZACIÓN.** Técnica mediante la cual se ordena los problemas identificados en una situación de salud.

**PROBLEMA.** Discrepancia entre la realidad observada y la situación ideal.

**PRODUCTO O RESULTADO.** Manifestación o concreción de un esfuerzo o actividad realizada en un proyecto.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD.** Combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud.

**PROYECTO.** Conjunto de actividades relacionadas y coordinadas, ejecutado por un equipo humano defini-

do, para alcanzar unos objetivos específicos y resolver un problema identificado, en un tiempo y con un financiamiento determinados.

**RED.** Conjunto articulado de unidades prestadoras de servicios de salud, ubicadas en un espacio geográfico, interrelacionadas funcionalmente, con distinta complejidad y, por lo tanto, capacidad de resolución. Se apoya en normas, reglamentos, sistemas de información y recursos que ofrecen una respuesta a las necesidades de la población.

**RED SOCIAL COMUNITARIA PARA LA SALUD.** Organización que asume la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad, comunidad y/o sector. Por ejemplo:

- los miembros del consejo cantonal, parroquial o distrital de salud (alcalde, jefe de área, director de unidad operativa, personeros municipales o parroquiales, gestores comunitarios de salud, sector educativo, líderes comunitarios y comunidad),
- autoridades de las Juntas Parroquiales,
- líderes locales (que forman parte de los consejos cantonales de salud),
- grupos organizados existentes (comités de la comunidad, juntas de agua potable, grupos religiosos y ONG's, entre otros). Pág 142

**RESULTADO DE IMPACTO INSTITUCIONAL.** Efecto producido sobre una institución que genera cambios en la gestión de los recursos y/o re direccionamiento de actividades planificadas o a planificar. Está relacionado con los procesos de calidad.

**RESULTADO DE IMPACTO SOCIAL.** Cambio efectuado en la sociedad, debido al producto de las acciones realizadas y que implican un mejoramiento significativo. En algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al proyecto. Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida

**RIESGO.** Medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud o sus determinantes, es decir, representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños.

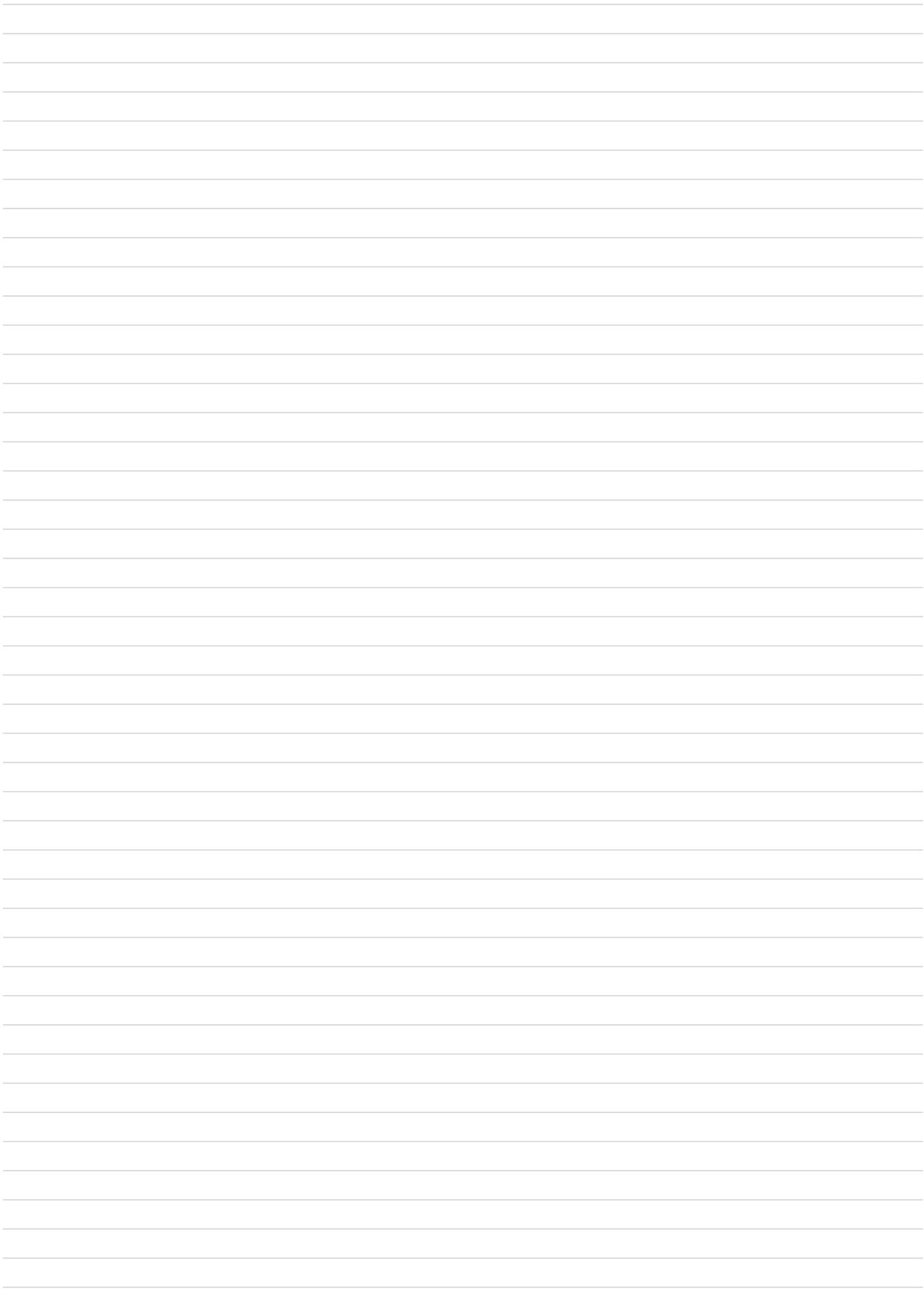
**SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.** Organización de los servicios en que se agregan y agrupan más recursos, con un mayor nivel de complejidad. Atiende los eventos menos frecuentes pero más complejos y que requieren habilidades y tecnologías de tipo medio.

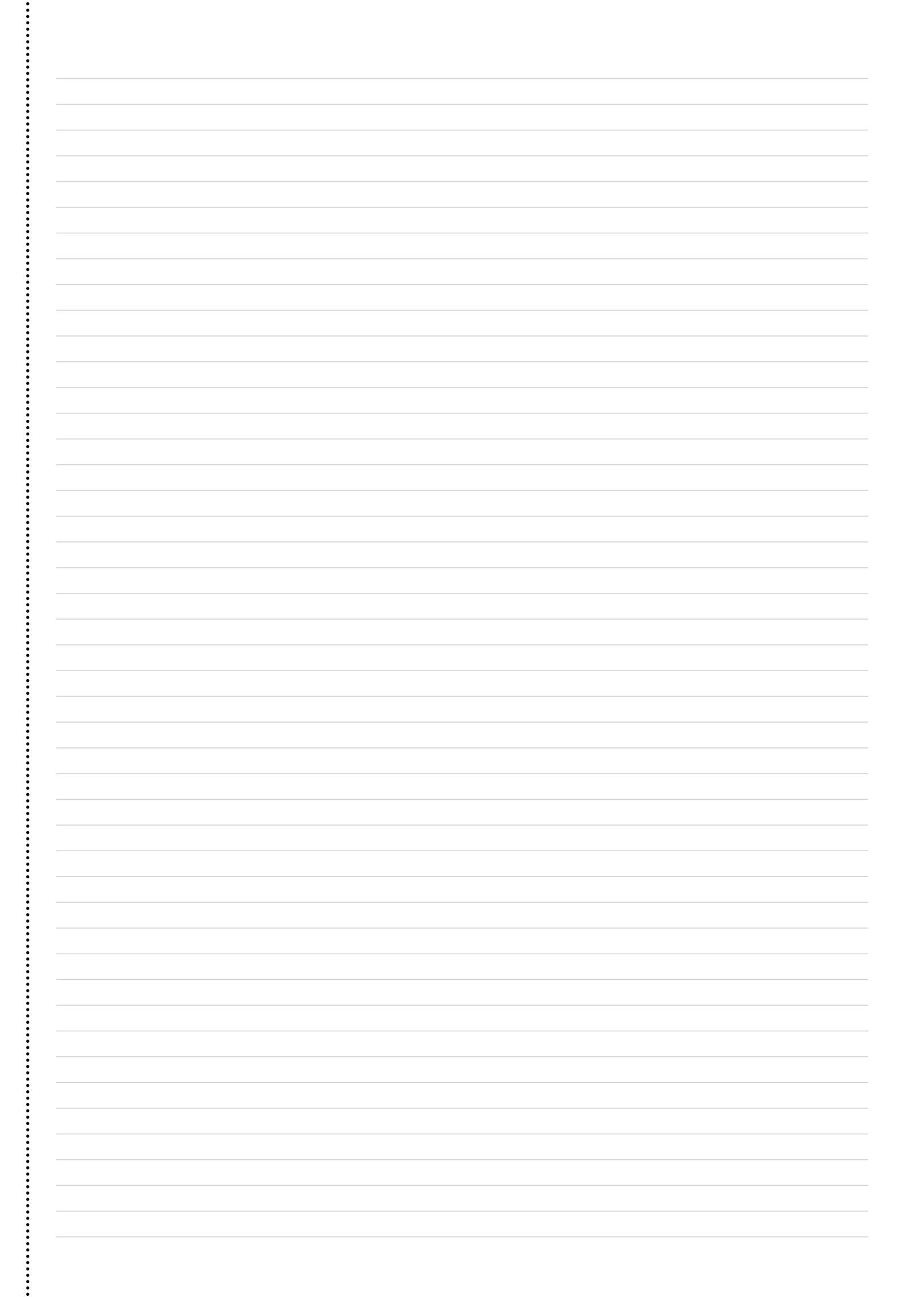
**TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.** Organización de los servicios en que se agrupan más recursos, con un nivel de complejidad mayor, para atender eventos altamente complejos, de menor ocurrencia y para cuya atención se precisa habilidades especializadas y tecnología avanzada.

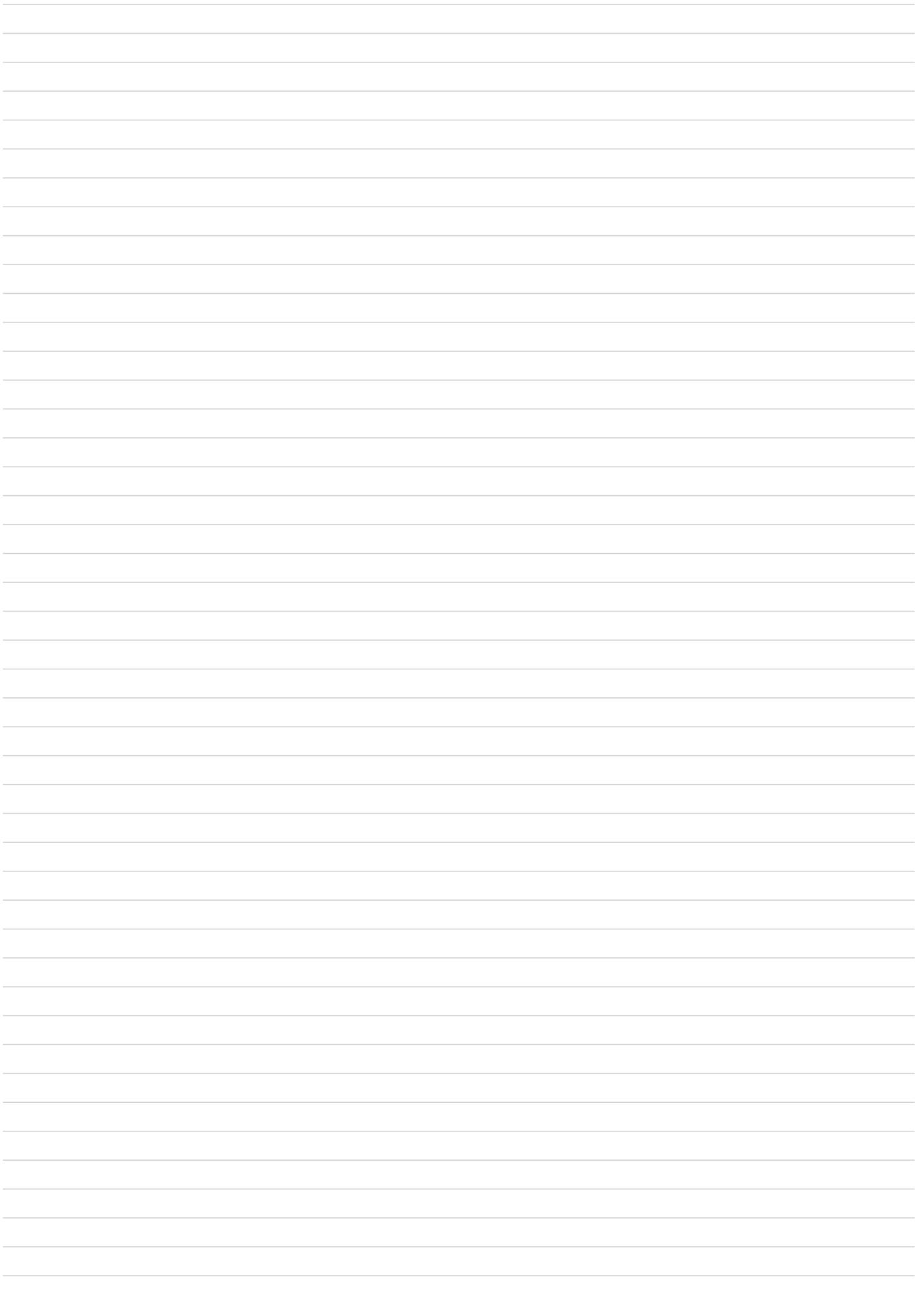
**SISTEMA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO.** Conjunto de instrumentos que facilitan el registro de la información sobre la persona, las familias y las comunidades, según sus riesgos. Las atenciones y servicios entregados en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

**TIPO DE FAMILIA.** Forma de organización del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), con vínculos consanguíneos o no. Comparten un modo de existencia económica y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. (IINFA) Instituto Interamericano del Niño y la Familia.

**UNIVERSALIDAD.** Inclusión de todos los miembros de la sociedad llámese individuo, familia y comunidad en los servicios de salud tanto en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, con el objeto de lograr una prestación integral.











# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS

Lineamientos operativos para  
la implementación del MAIS

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública



Cooperación alemana al desarrollo - GIZ

