

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

**GERENCIA DE PROGRAMAS
EXTERNOS DE SALUD**

**PROGRAMA DE
TRABAJO DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN**

Elaborado por los Consultores Cubanos :

**DRA. MARÍA SILVERIO RODRIGUEZ
DRA. DOLORES PUERTAS ALVAREZ
DR. ABEL HIDALGO PRIETO**

**PROGRAMA DE TRABAJO DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

ESSALUD
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS.

may 11376

af. 12.01.05

ESSALUD
Más salud para más peruanos.



1030

PROGRAMA DE TRABAJO DEL MEDICO Y
ENFERMERA DE LA FAMILIA
EN EL CONSULTORIO Y EL POLICLÍNICO.

..." Como quiera que no se puede ser universal, y saber todo lo que se puede llegar a conocer a cerca de la totalidad, es preciso limitarse a saber un poco de todo. Además, es mucho más hermoso saber algo de todo que saberlo todo de una cosa"...

Pascal.

GERENCIA DE PROGRAMAS EXTERNOS DE SALUD
CONVENIO DE COLABORACION ESSALUD - CUBA
2002

Asesores Cubanos.

Dr. Abel Hidalgo Prieto.	Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Dra. Dolores Puertas Alvarez	Especialista de Primer Grado en Higiene Escolar.
Dra. Ma. Elena Silverio Rodriguez	Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología.

INDICE

- Indice	4
- Introducción y Justificación	5
- Programa de Trabajo del médico y enfermera. Primer Nivel de Atención. Consultorio.	7
- Programa de Trabajo del médico y enfermera. Primer Nivel de Atención. Policlínico.	12
- Metodología para el control del trabajo del médico y la enfermera.	28
- Control Semántico	35

I.- Introducción y Justificación

Diversas y variadas han sido hasta hoy las numerosas definiciones de salud pública utilizadas en las diferentes publicaciones y foros científicos y dentro de ellas, probablemente la más actualizada sea la de Milton Terris, destacado salubrista norteamericano, quien afirma que: "... Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"...

Muy en consonancia con este concepto el trabajo fundamental de la salud ha estado encaminado a desempeñar el papel rector que le corresponde en las ciencias de la salud, y realizar los cambios necesarios para perfeccionar el sistema. Tiene entre sus funciones fundamentales, la promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades y otros daños; como principal escenario, el espacio de Atención Primaria de Salud (APS), con su unidad básica: el policlínico y los consultorios de medicina familiar y para ello cuenta con un equipo que actúa interdisciplinariamente dentro del cual el médico y la enfermera de la familia constituyen los elementos fundamentales.

Sin embargo, al hacer el análisis para implantar la APS, es obvio que el concepto y sus principios no han sido adecuadamente entendidos siempre, lo que se aprecia en la desarticulación entre la práctica y la teoría existente en múltiples lugares en el proceso de aplicación de esta estrategia.

El Seguro Social peruano tiene que cambiar su organización y sus métodos, ya que el país necesita de una respuesta distinta que sitúe al médico y la enfermera como el máximo responsable de la salud de los individuos, las familias aseguradas y del medio, que lo despoje de esquemas burocráticos, eliminando todo aquello que pueda alejarlo del contacto directo con sus asegurados o que le impida su consagración al trabajo en el primer nivel de atención.

Con todos estos elementos se han considerado programas que integren a un solo sistema, proceso que responda a las ideas del modelo de atención integral. Estos programas se irán enriqueciendo con la práctica

y la experiencia de sus ejecutantes de forma tal que nos permita su constante perfeccionamiento.

La estructura del programa agrupa el pensamiento médico en propósitos de promoción, prevención, diagnósticos temprano, atención médica y la rehabilitación. Se incluyen los aspectos sociales e higiénicos sanitarios, además deben estar altamente calificados mediante un proceso docente basados en las experiencias de su práctica en la comunidad.

PROGRAMA DE TRABAJO DEL MEDICO Y ENFERMERA FAMILIAR
PRIMER NIVEL DE ATENCION

CONSULTORIO

ii.- Objetivos

GENERAL.

- Elevar el estado de salud de la población asegurada mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

ESPECIFICOS.

1. **Promover** la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénicos sanitarios de los asegurados.
2. **Prevenir** la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población asegurada.
3. **Garantizar** el diagnóstico precoz y la atención médico integral, ambulatoria y hospitalaria oportuna y continua.
4. **Desarrollar** la rehabilitación con base comunitaria dirigida a los asegurados con incapacidad física o psíquica.
5. **Alcanzar** cambios positivos en el saneamiento ambiental de su entorno, así como de las condiciones higiénicas en que viven las familias bajo su control.
6. **Obtener** cambios positivos en la integración social de la familia asegurada y la comunidad.
7. **Lograr** la formación de un especialista en el primer nivel de atención de alta calidad científica.
8. **Desarrollar** investigaciones que respondan a las necesidades de salud de los asegurados en su comunidad.

iii.- Límites

- ♦ Geográfico: Programa Nacional del Seguro Social.
- ♦ Tiempo: Programa permanente.
- ♦ Universo de trabajo: Toda la población de asegurados atendidas por médicos del PAAMEF.

IV.- Organización.

1. El modelo de atención integral será desarrollado en todos los Policlínicos, donde toda la población de asegurados será atendida por médicos y enfermeras del PAAMEF.
2. El PAAMEF conformado por el médico y la enfermera de cada consultorio constituyen el eslabón fundamental para el desarrollo del trabajo siendo el médico el responsable del equipo.
3. El PAAMEF organizará su trabajo rectorado por el Policlínico con el fin de satisfacer las necesidades de salud de sus asegurados.
4. El médico y la enfermera recibirán el apoyo de los especialistas y del resto del personal del Policlínico para el desarrollo de las actividades del programa.
5. Todas las actividades se programarán teniendo en cuenta a las familias de los asegurados como la unidad básica, pero sin olvidar las acciones individuales a realizar con el niño, adolescente, la mujer, adulto y adulto mayor, de forma integral y de acuerdo a los problemas de salud que el médico PAAMEF atiende en su comunidad.
6. Los especialistas básicos (Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría) realizarán consultas en los consultorios con el fin de intercambiar criterios con los médicos del PAAMEF. Las consultas se programarán tanto en el consultorio como en el domicilio del asegurado.
7. Los médicos del PAAMEF realizarán guardias en el Policlínico con sistematicidad.
8. La guardia médica hospitalaria debe ser organizada para que los médicos de un mismo Policlínico coincidan con sus profesores, con el propósito de facilitar la docencia y el control de la actividad.
9. La información estadística utilizada en el programa se recogerá a partir de las Hojas de Trabajo y de la Historia Clínica Familiar, realizándose el procesamiento de los datos por el estadístico del Policlínico.
10. Los hospitales de la Red de Base proporcionarán las facilidades necesarias para el desenvolvimiento de los médicos PAAMEF en la atención del segundo nivel a sus pacientes asegurados

hospitalizados, garantizando el derecho de los médicos a la evaluación conjunta de los mismos.

11. En el primer nivel de atención (Policlínico) serán asignados los profesionales y técnicos de Higiene y Epidemiología que aseguren estos programas para la atención directa de los problemas higiénicos y epidemiológicos a nivel del consultorio y la comunidad de asegurados.
12. Es vital para el modelo de atención integrar la **INTERSECTORIALIDAD** por lo que se realizarán las coordinaciones necesarias para su funcionamiento.

V.- Actividades.

1. De la Promoción:

- 1.1- Incorporar a la población de asegurados al ejercicio físico sistemático, orientando al mismo de acuerdo a las características del individuo.
- 1.2- Desarrollar ejercicios físicos y organizar ejercicios a las embarazadas, puérperas, lactantes, niños, adulto y adulto mayor, así como estimular el uso de las instalaciones deportivas para los asegurados.
- 1.3- Realizar actividades que estimulen tempranamente al desarrollo psicomotor del niño.
- 1.4- Realizar actividades educativas con la finalidad de disminuir los factores de riesgo dañinos a la salud como el hábito de fumar, hipercolesterolemia, obesidad, HTA, Diabetes Mellitus, sedentarismo, malos hábitos alimentarios y consumo excesivo de alcohol como prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a la población de asegurados.
- 1.5- Educar a la población de asegurados en la importancia y la responsabilidad de inmunizar contra las enfermedades prevenibles por vacunas.
- 1.6- Instruir a los asegurados en la importancia y responsabilidad del diagnóstico precoz del Cáncer (Cérvico uterino, Mama, Pulmón, Bucal, de la Piel, Colon, Próstata y otros).
- 1.7- Instruir a la población de asegurados en la importancia de la higiene bucal y la atención estomatológica periódica.
- 1.8- Impartir conocimientos de cómo evitar las enfermedades transmisibles por vías respiratorias, digestivas, de la piel y mucosas.

- 1.9- Brindar y promover acciones contra los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, guarderías, escuelas, centros laborales, lugares públicos y de tránsito.
- 1.10- Instruir a los asegurados en los conocimientos de sexualidad humana, planificación familiar, así como los riesgos de adquirir enfermedades de transmisión sexual y el embarazo en la adolescencia.
- 1.11- Orientar adecuadamente al individuo y la familia de asegurados sobre las situaciones laborales y familiares generadoras de estrés psicosociales capaces de influir en la salud.
- 1.12- Realizar actividades educativas sobre el embarazo normal, riesgo del mismo, prematuridad, importancia de la psicoprofilaxis, lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- 1.13- Realizar actividades educativas sobre la importancia del chequeo pre-empleo al trabajador asegurado y al escolar.
- 1.14- Programar actividades educativas que promuevan la higiene personal y ambiental.

2.- De la Prevención:

- 2.1- Identificar y eliminar factores de riesgo dañinos a la salud como el hábito de fumar, hipercolesterolemia, obesidad, HTA, Diabetes Mellitus, sedentarismo, malos hábitos alimentarios y consumo excesivo de alcohol como prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que más afectan a los asegurados.
- 2.2- Realizar la vigilancia nutricional de cada integrante de la familia asegurada.
- 2.3- Ejecutar actividades con las mujeres que por su condición o enfermedad constituyen riesgo de mortalidad perinatal o materna.
- 2.4- Realizar actividades de planificación familiar y proporcionar los métodos anticonceptivos necesarios.
- 2.5- Efectuar actividades con aquellas mujeres o embarazadas con factores predisponentes con el fin de disminuir el bajo peso al nacer.
- 2.6- Vacunar a toda la población bajo su atención tanto en consulta como en la visita de terreno de acuerdo al esquema de inmunización.
- 2.7- Detectar tempranamente afecciones precancerígenas, cérvico uterinas, de las mamas, bucal, de la piel y del colon.
- 2.8- Prevenir las enfermedades genéticas a través del pesquisaje de las mismas.

- 2.9- Proteger a los contactos de enfermedades transmisibles como la TB, Lepra, Sífilis, Blenorragia, Hepatitis, Parasitismo, Paludismo, Síndrome Neurológico Infeccioso, SIDA y otros.
- 2.10- Reportar de inmediato aquellas entidades o situaciones comprendidas en el sistema de información directas.
- 2.11- Participar en el control de foco de todos los casos detectados en el sector de las siguientes enfermedades transmisibles:
 - Poliomieltitis
 - Difteria
 - Tétano
 - Tosferina
 - Fiebre Tifoidea
 - Sarampión
 - Rubéola
 - Parotiditis
 - Enfermedad Meningocócica
 - Paludismo
 - Tuberculosis
 - Hepatitis
 - Lepra
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Parasitismo
- 2.12- Realizar la atención, el seguimiento y el control del asegurado con mordedura de animales, así como coordinar la observación de este.
- 2.13- Realizar examen médico pre-empleo y periódico a los asegurados que residen en su sector, así como a los escolares.
- 2.14- Detectar y modificar los riesgos de accidentes en el hogar, guarderías, escuelas, centros laborales orientando las medidas oportunas para evitar los mismos.
- 2.15- Identificar y lograr la modificación o la adaptación de situaciones laborales o familiares generadoras de estrés psicosocial capaces de influir en la salud.
- 2.16- Identificar y modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos suicidas.
- 2.17- Identificar y modificar conductas inadecuadas que propicien la aparición de afecciones bucodentales.

3.- De la atención médica:

- 3.1- Garantizar la atención periódica y sistemática en el consultorio y en el hogar:
 - Realizar la dispensarización de toda la población.

- Realizar la atención sistemática de las gestantes y la púerperas.
- Realizar las consultas de puericultura a recién nacidos, lactantes, pre-escolares y escolares.
- Realizar la atención sistemática a toda la población de adultos y adulto mayor asegurados.
- Brindar asistencia médica a solicitud de los asegurados.
- Brindar consulta de las especialidades en el consultorio, en el hogar y en el Policlínico.
- 3.2- Realizar pesquisaje que permita el diagnóstico temprano del cáncer cérvico uterino, de mama, bucal, piel, colon y próstata.
- 3.3- Realizar pesquisaje de afecciones crónicas y agudas transmisibles y no transmisibles.
- 3.4- Garantizar ingreso domiciliario para aquellos asegurados en que las condiciones de su afección, evolución, su familia y vivienda lo permitan.
- 3.5- Realizar la atención y el seguimiento de la embarazada, así como lograr la institucionalización del parto y su participación en el mismo.
- 3.6- Brindar asistencia de urgencia en el consultorio, domicilio y en cualquier lugar que se produzca acompañando al asegurado al Policlínico o al Hospital siempre que sea necesario.
- 3.7- Participar en la atención hospitalaria de sus asegurados a través de visitas e intercambios con los médicos del hospital y recibir información para su seguimiento en el hogar.
- 3.8- Solicitar juntas médicas para aquellos asegurados hospitalizados que a su juicio así lo requieran.
- 3.9- Realizar las encuestas y el análisis de las defunciones que se produzcan en sus asegurados.
- 3.10- Detectar las afecciones bucodentales y propiciar su atención estomatológica.

4.- De la rehabilitación:

- 4.1- Identificar a los integrantes de las familias aseguradas que presenten invalidez o minusvalía.
- 4.2- Ejecutar acciones de rehabilitación basado en la comunidad con la orientación de los especialistas cuando sea necesario.
- 4.3- Incorporar a las áreas terapéuticas, de cultura física a los asegurados que de acuerdo a su dolencia requieran la práctica de ejercicios físicos y adiestrar a estos y a sus familias de cómo realizarlos en el hogar y en la comunidad.

- 4.4- Incorporar a la rehabilitación física y psíquica a los niños, jóvenes y adultos retrasados mentales en coordinación con psiquiatría y psicología.
- 4.5- Incorporar a los ancianos a las diferentes actividades recreativas, creativas, ejercicios físicos, socioculturales y socialmente útiles a través de los Centros del Adulto Mayor (CAM).
- 4.6- Desarrollar actividades de recuperación puerperal.
- 4.7- Seguimiento y control de los asegurados que reciben tratamiento en el segundo nivel de atención.

5.- De lo higiénico:

- 5.1- Ejercer vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones higiénicas de la vivienda y sus alrededores, así como sobre los hábitos higiénicos de la familia contribuyendo a la modificación de las mismas mediante la educación y la persuasión.
- 5.2- Identificar factores higiénicos adversos que influyen en la salud de la comunidad promoviendo su modificación.
- 5.3- Recibir asesoría del departamento de Higiene y Epidemiología de su Policlínico para la solución de los problemas que al respecto se detecten.

6.- De lo social:

- 6.1- Identificar los problemas sociales que afectan a los asegurados, a sus familias y la comunidad.
- 6.2- Establecer relaciones con los líderes de la comunidad para la participación en la identificación de los principales problemas de salud, así como la solución de los mismos.
- 6.3- Trabajar conjuntamente con los líderes de la comunidad con el propósito de modificar los problemas sociales identificados.
- 6.4- Estimular actividades sociales que tienden a la integración de la familia y la comunidad del asegurado.
- 6.5- Capacitar a promotores voluntarios para proporcionar los conocimientos necesarios y transmitirlos a la comunidad para ayudar a identificar sus propios problemas de salud.
- 6.6- Identificar y modificar problemas sociales que puedan contribuir al intento suicida.
- 6.7- Brindar información sistemática a los líderes de la comunidad sobre los problemas de salud identificados y los logros alcanzados.

7.- De la Docencia:

- 7.1- Desarrollar el programa docente con énfasis en la participación activa del médico en:
 - Interconsulta (Intercambio científico y técnico).
 - Actividades de terreno.
 - Guardias médicas.
 - Reuniones docentes.
- 7.2- Realizar actividades de capacitación para que promuevan su superación científica y profesional.

8.- De la investigación:

- 8.1- Desarrollar investigaciones con el rigor científico requerido que responde a las necesidades identificadas en su comunidad y a las líneas investigativas aprobadas por el Policlínico.
- 8.2- Vincular los trabajos de terminación de la residencia a los temas de investigación que se desarrollan.

I. Evaluación.

La evaluación está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados, dados por los cambios favorables en la salud de la población, siendo los

profesores de las especialidades básicas el elemento fundamental de la ejecución de dicha evaluación.

La información estadística, que recoge el PAAMEF en su hoja de trabajo diario, será tomada como base para la evaluación del mismo, retroalimentando mensualmente por el policlínico al médico y enfermera (PAAMEF) de sus resultados.

Con igual frecuencia (todos los meses) se analizará en reunión que efectuarán como grupo de trabajo todos los PAAMEF, los procesos que se van alcanzando en el desarrollo del mismo, para ello se utilizará la siguiente información que será suministrada por el estadístico del policlínico:

1. Mujeres en edad fértil (MEF) con planificación familiar y método utilizado.
2. Mujeres pendiente a realizar Papanicolao (PAP) según cobertura.
3. Embarazadas no captadas (precoz, intermedia y tardía).
4. Embarazada menor de 18 y mayor de 35 años.
5. Estado nutricional de la Embarazada.

6. Puérpera no captada antes de los siete días de su llegada a la comunidad.
7. Recién nacido no captado antes de los siete días de su llegada a la comunidad.
8. Niños con bajo peso al nacer.
9. Estado nutricional del niño.
10. Recien nacidos con lactancia materna (seis meses).
11. Numero de ingresos en el domicilio.
12. Numero de personas pendientes a inmunizar según cobertura.
13. Numero de casos diagnosticados con enfermedades transmisibles prevenibles y no prevenibles por vacunas, protección de contactos y control de focos.
14. Accidentes ocurridos en el domicilio.
15. Análisis de la mortalidad materno infantil.
16. Análisis de las tendencias de los intentos suicidas y de los suicidios.
17. Análisis de la morbilidad de las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.
18. Análisis de los problemas higiénicos y epidemiológicos detectados.
19. Evaluación del grado de satisfacción de la población de asegurados de su comunidad.

Anualmente se analizarán los resultados del trabajo de cada médico y enfermera a través del **Diagnóstico de la Situación de Salud** de su comunidad; el cual se define de la siguiente forma:

Es el proceso continuo de identificación de problemas de salud, priorización y elaboración de un plan de acción que permita mejorar la situación de salud comunitaria.

Propósitos:

- Consolidar la realización del análisis de la situación de salud a todos los niveles del sistema y trabajar por lograr un nivel de uniformidad en su estructura que permita entender u observar la modificación de la situación de salud a cada nivel.
- Realizar acciones de concertación y negociación, involucrar a la comunidad en este análisis para que participe realmente en la identificación y priorización de sus problemas de salud y en la elaboración de un plan de acción que de respuesta a las necesidades sentidas de la comunidad.

Principios:

1. Participación activa de la comunidad desde el propio proceso de identificación de los problemas, como sujeto de las acciones que se desarrollan.
2. Lograr la participación de los diferentes sectores relacionados con el proceso de producción social de salud (intersectorialidad).
3. Liderazgo técnico del sector salud.
4. Negociación de las acciones y los recursos necesarios para la solución de los problemas.
5. Evaluación. La realización del análisis de la situación de salud tendrá una frecuencia anual; pero la identificación de los problemas y las modificaciones del plan de acción serán sistemáticas.

El **Diagnostico de la Situación de Salud** cuenta con los siguientes aspectos:

- I.- Estructura de la población de asegurados.
- II.- Análisis de la mortalidad en el año.
- III.- Análisis de la situación de salud.
 - Por ciento de la población dispensarizada.
 - Clasificación de la población.
 - Población sana
 - Población con riesgo
 - Población enferma
 - Población con secuelas
 - Análisis de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
 - Análisis de la salud bucal
 - Evaluación ambiental
 - Factores socioeconómicos
 - Cultura sanitaria
 - Integración social
 - Funcionamiento familiar
 - Escolaridad, ocupación.
 - Situación de la salud de las familias
- IV.- Identificación de los principales problemas de salud a partir de la información anteriormente analizada.
- V.- Grado de satisfacción de la comunidad.
- VI.- Conclusiones: Proyecto de intervención con plan de acción.

PROGRAMA DE TRABAJO DEL MEDICO Y ENFERMERA FAMILIAR
PRIMER NIVEL DE ATENCION

POLICLINICO

I.- Objetivos

General:

Garantizar el apoyo científico y técnico, docente y de abastecimiento al trabajo que desarrollan los médicos de familia con el fin de mejorar el estado de salud de la población asegurada.

Específicos:

1. **PROMOVER** la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico, sanitarias de los asegurados.
2. **PREVENIR** la aparición de enfermedades y daños a la salud de los asegurados.
3. **GARANTIZAR** el diagnóstico precoz y la atención médica, estomatológica, ambulatoria y hospitalaria oportuna y continua a la comunidad.
4. **DESARROLLAR** la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población con incapacidad física o psíquica.
5. **ALCANZAR** cambios positivos en el saneamiento ambiental de su radio de acción, así como las condiciones higiénicas de las viviendas y otros locales de la comunidad.
6. **LOGRAR** cambios positivos en la integración social de las familias y la comunidad.
7. **LOGRAR** la formación y perfeccionamiento del especialista de Medicina Familiar con alta calidad científica y ética.
8. **DESARROLLAR** investigaciones que respondan a las necesidades de salud de la población.
9. **GARANTIZAR** la continuidad en el suministro de medicamentos e insumos necesarios para el trabajo del médico y la enfermera.

ii.- Límites.

- ◆ Geográficos: Programa Nacional del Seguro Social.
- ◆ Tiempo: Programa permanente.
- ◆ Universo: Toda la población de asegurados atendidos en el policlínico.

iii.- Organización.

1. El programa será desarrollado en el policlínico en que toda la población de asegurados de sus áreas es atendida por médicos y enfermeras, y el mismo sustituirá en estas instituciones, a los programas básicos que actualmente se ejecutan.
2. El programa del policlínico estará en función de apoyar el desarrollo del modelo de atención integral, garantizando la continuidad de la atención de los asegurados y los medios materiales necesarios para el trabajo del médico y la enfermera.
3. El policlínico garantizará la capacitación y docencia de sus médicos, promoviendo un aprendizaje activo por los residentes y garantizando por los profesores la integración de la asistencia, docencia y la investigación como un todo.
4. El policlínico tendrá como célula básica de su trabajo el consultorio del médico y la enfermera, los que serán encargados de ejecutar sus programas en la comunidad. La dirección del policlínico garantizará el desarrollo del programa en toda el área de salud.
5. Se constituirá un Grupo Básico de Trabajo (GBT) conformado por 10 o 15 médico y enfermeras, los profesores de las especialidades básicas (Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría), Psicólogo, supervisora de enfermería, trabajadora social constituyen la unidad organizativa fundamental la cual dirigirá desde el punto de vista asistencial, docente e investigativo el trabajo, subordinándose todo el personal al jefe del grupo.
Contará el policlínico con todos los recursos necesarios de laboratorio, electrocardiograma, Rx, estomatología, estadísticas, Higiene y Epidemiología, consultas de especialidades no básicas y cuerpo de guardia para urgencias las 24 horas; estos estarán básicamente en función de auxiliar el trabajo del médico y la enfermera.
6. El policlínico organizará su trabajo para satisfacer las necesidades de la población de asegurados y para facilitar la labor de los médicos y enfermeras en este sentido por lo que

la misma no puede ser enmarcada en horarios rígidos ni esquemas inflexibles asegurando los servicios en forma permanente y con alta calidad ética y científica.

7. El policlínico organizará el trabajo de manera que pueda proporcionar servicios de cuerpo de guardia de urgencia las 24 horas del día y garantizará la participación de los médicos de familia en las mismas.
8. Las especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría y gineco-obstetricia) realizarán consultas en los PAAMEF, con el fin de facilitar el intercambio de criterios con dichos especialistas. Las consultas se organizarán de acuerdo a las necesidades de los pacientes previa programación y cita de los mismos por su médico pudiendo realizarse estas en el domicilio a solicitud del médico de familia.
Debe asegurarse la disponibilidad de profesores de las especialidades básicas para consulta de los médicos fuera de los días programados.
9. Se garantizará la contrarreferencia con el segundo nivel de atención con las especialidades necesarias. El médico de familia podrá asistir a estas consultas para intercambiar criterios con dichos especialistas o enviar pacientes asegurando la coordinación y la información adecuada a los especialistas, recabando de estos los resultados para su seguimiento.
10. El policlínico es responsable de la atención de los centros escolares y de trabajos con asegurados que pertenezcan a su área.
11. La dirección del policlínico coordinará que la guardia de los médicos y los profesores en los hospitales sea organizada de forma tal que las mismas coincidan, con el fin de facilitar la docencia y el control, sin que se afecten las actividades docentes asistenciales.
12. La dirección del policlínico realizará las coordinaciones necesarias con los hospitales bases para garantizar el envío de los especialistas necesarios para las consultas que se realizan en el policlínico y la realización de las pruebas diagnósticas especializadas que se ejecuten en el hospital.
13. La dirección del policlínico garantizará que el departamento de Higiene y Epidemiología asegure el personal y los medios necesarios para el cumplimiento de las actividades del programa, asignando técnicos de esta especialidad para la atención a cada Grupo Básico de Trabajo (GBT).

14. La evaluación del programa se realizará por medio de los resultados del trabajo desarrollado por los médicos y enfermeras en su comunidad.

IV.- Actividades.

1. De la promoción:

- 1.1- Incorporar a los asegurados al ejercicio físico sistemático, orientando el mismo de acuerdo a las características del individuo.
- 1.2- Desarrollar ejercicios físicos y organizar dicha actividad en las embarazadas, puérperas, lactantes, niños, adultos y adulto mayor, así como estimular el uso de las instalaciones deportivas para los asegurados.
- 1.3- Realizar actividades que estimulen el desarrollo psicomotor en el niño.
- 1.4- Ejecutar actividades educativas con la finalidad de disminuir los factores de riesgo dañinos a la salud.
- 1.5- Educar a los asegurados en la importancia y responsabilidad de estar inmunizados contra las enfermedades prevenibles por vacunas.
- 1.6- Instruir a los asegurados en la importancia y la responsabilidad del diagnóstico precoz del cáncer (cérvico uterino, mama, pulmón, bucal, colon, próstata y otros).
- 1.7- Educar a los asegurados en la higiene bucal y la atención odontológica periódica.
- 1.8- Proporcionar información sobre la importancia de la prevención de las enfermedades genéticas a través del pesquijaje de las mismas.
- 1.9- Impartir conocimientos sobre como evitar las enfermedades transmisibles por vías respiratorias, digestiva, por piel y mucosas.
- 1.10- Brindar y promover acciones contra los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, guarderías, escuelas, centros de trabajo y del tránsito.
- 1.11- Instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como en los riesgos de la promiscuidad sexual y el embarazo en la adolescencia.
- 1.12- Orientar adecuadamente al asegurado y a la familia sobre situaciones laborales y familiares generadoras de estrés psicosociales capaces de influir en la salud.
- 1.13- Realizar actividades educativas sobre embarazo normal y sus riesgos, prematuridad. Importancia de la psicoprofilaxis y de la lactancia natural.

- 1.14- Ejecutar actividades educativas sobre la importancia del chequeo pre-empleo al trabajador asegurado y al escolar.
- 1.15- Realizar actividades educativas que promuevan la higiene ambiental y personal.

2.- De la prevención:

- 2.1- Identificar y eliminar factores de riesgo dañinos a la salud de los asegurados.
- 2.2- Realizar vigilancia nutricional de cada integrante de la familia.
- 2.3- Realizar actividades con las mujeres que por su condición o enfermedad constituyen riesgo de mortalidad perinatal o materna.
- 2.4- Realizar actividades de planificación familiar y proporcionar los métodos anticonceptivos necesarios.
- 2.5- Ejecutar actividades con aquellas mujeres o embarazadas con factores predisponentes con el fin de disminuir el bajo peso al nacer.
- 2.6- Vacunar a todos los asegurados bajo su atención tanto en la consulta como en visitas de terreno por el médico y la enfermera.
- 2.7- Detectar tempranamente lesiones pre-cancerígenas cérvico uterina, de las mamas, piel, colon y otras.
- 2.8- Prevenir las enfermedades genéticas a través del pesquijaje temprano de las mismas.
- 2.9- Proteger a los contactos de enfermedades transmisibles y reportar de inmediato aquellas situaciones comprendidas en el sistema estadístico.
- 2.10- Participar en el control de foco de todos los casos detectados de enfermedades transmisibles en sus asegurados.
- 2.11- Realizar atención, seguimiento y control del asegurado con mordedura de animal así como coordinar la observación de este.
- 2.12- Realizar examen médico pre-empleo y periódico a los asegurados trabajadores que residen en su área y a los escolares.
- 2.13- Detectar y modificar los riesgos de accidentes, estrés psicosocial capaces de influir en la salud de los asegurados.
- 2.14- Identificar y modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos suicidas.
- 2.15- Garantizar atención estomatológica de los asegurados.

3. De la atención médica:

- 3.1- Garantizar la atención al asegurado periódica y sistemática en el consultorio, el domicilio y el policlínico.
 - ♦ Realizar la dispensarización de todos los asegurados a través del médico y la enfermera.

- ◆ Realizar la atención sistemática de la embarazada y la puerpera en los consultorios y en el policlínico, así como la coordinación para su atención en los servicios de obstetricia de los hospitales (II nivel de atención).
 - ◆ Realizar las consultas de puericultura a los recién nacidos, lactantes, pre-escolares y escolares.
 - ◆ Brindar consultas de las especialidades en el consultorio, domicilio y en el policlínico.
 - ◆ Ofrecer atención odontológica a los asegurados.
- 3.3- Realizar pesquisaje que permita el diagnóstico temprano de afecciones oncológicas.
 - 3.4- Realizar pesquisaje de afecciones agudas y crónicas no transmisibles y transmisibles.
 - 3.5- Ingresar en el domicilio, bajo la atención del médico y la enfermera, aquellos asegurados en que las condiciones de su afección, su familia, vivienda y comunidad así lo permitan.
 - 3.6- Garantizar que el médico participe en la atención, seguimiento y participación en el parto de sus embarazadas y puérperas.
 - 3.7- Brindar asistencia en el policlínico las 24 horas del día, asegurando una atención de alto nivel científico y humano, garantizando que se acompañe y se transporte al asegurado que sea necesaria su derivación al segundo nivel (hospital).
 - 3.8- El policlínico garantizará que se realicen a los asegurados los exámenes diagnósticos necesarios a través de sus propios servicios o en coordinación con otras instituciones (segundo nivel).
 - 3.9- El policlínico garantizará que los servicios de tratamiento (fisioterapia, cirugía ambulatoria, podología) y de diagnóstico (laboratorio clínico, Rx y electrocardiografía) adecuen su trabajo a las necesidades de los asegurados.
 - 3.10- Garantizar que los médicos participen en la atención hospitalaria (segundo nivel) de sus asegurados a través de visitas e intercambios con los facultativos del hospital y recibir información para su seguimiento en el policlínico o en el consultorio.
 - 3.11- Realizar a través del médico las encuestas y el análisis de las defunciones que se produzcan en sus asegurados.

4. De la Rehabilitación:

- 4.1- Identificar por los médicos y enfermeras los asegurados que presentan invalidez o minusvalía.
- 4.2- Ejecutar acciones de rehabilitación basado en la comunidad (RBC).

- 4.3- Incorporar a las áreas terapéuticas y de cultura física a los asegurados que de acuerdo a su dolencia requiera de la práctica de ejercicios físicos y adiestrar a estos y sus familias, de cómo realizarlos en el domicilio y la comunidad.
- 4.4- Incorporar a la rehabilitación física y psíquica a los niños, jóvenes y adultos retasados mentales asegurados en coordinación con psiquiatría y psicología.
- 4.5- Incorporar a los adultos mayores asegurados a diferentes actividades creativas y recreativas, ejercicios físicos, socioculturales y socialmente útiles en los Centros de Atención al Adulto Mayor (CAM).
- 4.6- Realizar actividades de rehabilitación puerperal.
- 4.7- Participar en la rehabilitación del asegurado psiquiátrico.
- 4.8- Seguimiento y control de los asegurados que reciben tratamiento de rehabilitación en el segundo nivel de atención.

5.- De lo higiénico:

- 5.1- Ejercer vigilancia a través del médico y enfermera sobre el estado de las condiciones higiénicas de las viviendas y sus alrededores, así como sobre los hábitos higiénicos de las familias aseguradas contribuyendo a la modificación de las mismas mediante la educación y la persuasión.
- 5.2- Efectuar vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones higiénicas de las guarderías, escuelas y centros laborales identificando factores adversos que influyen en la salud de los asegurados promoviendo su modificación.
- 5.3- Participar con el departamento de higiene y epidemiología en la solución de los problemas higiénicos que se detecten en el área.

6.- De lo social:

- 6.1- Identificar los problemas sociales que afecten a las familias de asegurados en su radio de acción con el fin de modificarlo, asegurando el apoyo de la trabajadora social a la labor que desarrollan los médicos y enfermeras.
- 6.2- Establecer relaciones con los líderes de la comunidad para la participación en la identificación de los principales problemas de salud, así como la solución de los mismos.
- 6.3- Estimular actividades sociales que tienden a la integración de las familias y la comunidad de los asegurados.

- 6.4- Capacitar a promotores voluntarios para proporcionar los conocimientos necesarios y transmitirlos a la comunidad para ayudar a identificar sus propios problemas de salud.
- 6.5- Identificar y modificar problemas sociales que puedan contribuir al intento suicida.
- 6.6- Brindar información sistemática a los líderes de la comunidad sobre los problemas de salud identificados y logros alcanzados.
- 6.7- Garantizar se realice el Diagnóstico de la Situación de Salud del policlínico anualmente.

7.- De la docencia:

- 7.1- Desarrollar el programa docente con énfasis en la participación activa del profesor con sus residentes:
 - Atención sistemática de los profesores al consultorio, domicilio y la familia del asegurado.
 - Realización de intercambios científico y técnico (interconsultas).
 - Participación en las guardias médicas.
 - Reuniones colectivas (seminarios, discusiones diagnóstica, clínicas epidemiológicas, radiológicas y patológicas, reuniones de grupo, revisiones bibliográficas y otras).
 - Tutorías de trabajos de terminación de la residencia en concordancia con el plan de estudio.
 - Evaluación de los resultados de la atención médica, del trabajo independiente y la autopreparación de los residentes.
- 7.2- Desarrollar los programas docentes y de capacitación de todo el personal del policlínico.
- 7.3- Participar en los planes de superación profesional, cursos de entrenamiento y desarrollar planes de superación internos.
- 7.4- Garantizar la información actualizada para la superación científico y técnica del personal.

8.- De la investigación:

- 8.1- Desarrollar investigaciones con rigor científico que respondan a las necesidades identificadas en el diagnóstico de salud del policlínico u otras dentro de las líneas de investigación trazadas y aprobadas para esta institución.
- 8.3- Orientar los trabajos de terminación de la residencia de sus médicos a los temas de investigación que se desarrollan.

9.- De los suministros:

- 9.1- Garantizar sistemáticamente medicamentos e insumos gastables a los consultorios y el policlínico, manteniendo un uso racional de los recursos.
- 9.2- Proporcionar mantenimiento y reposición de los equipos médicos, no médicos y del instrumental de los consultorios.
- 9.3- Llevar el control de los gastos e influir directamente en el ahorro sin afectar la calidad de los servicios.

VI.- Evaluación.

- La evaluación está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados en la labor del médico y la enfermera en su comunidad.
- Mensualmente la dirección del policlínico analizará los progresos que se van alcanzando en el desarrollo del trabajo en lo correspondiente al programa de atención integral a la familia y al resto de las actividades asistenciales y docentes programadas.
- Anualmente se evaluarán los resultados del trabajo a través del diagnóstico de salud del policlínico, el cual tomará en consideración los diversos diagnósticos realizados por sus médicos y enfermeras, así como el cumplimiento de las diferentes actividades que realiza el Policlínico.

METODOLOGIA PARA EL CONTROL DEL TRABAJO DEL MÉDICO Y LA ENFERMERA.

La introducción del médico y enfermera de la familia en el primer nivel de atención, modifica la forma y el contenido de las prestaciones en ESSALUD, estableciéndose cambios en la calidad y la cantidad de dichas prestaciones, fundamentalmente las de carácter ambulatorias; aunque los cambios planteados no solo afectan esta forma de asistencia, si no que repercuten en la asistencia médica hospitalaria (segundo nivel) y en la urgencia, las cuales se ven impactadas por el trabajo que se desarrolla en el modelo de atención integral.

Es vital en el control de este plan que se analice cómo se van cumpliendo los objetivos de trabajo y cómo se modifica el nivel de salud de la población, tomando en consideración aspectos sociales relacionados con las condiciones sanitarias en que el asegurado vive, aspectos biológicos y psicológicos del individuo, la familia y la comunidad, de forma tal que podamos medir realmente el impacto y sus resultados.

Por estas razones proponemos la siguiente metodología de control, dirigida fundamentalmente al trabajo que desarrollan los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y la dirección del Policlínico con el fin de contar con mecanismos evaluativos que se adapten a las nuevas características del modelo integral.

Metodología del control.

El documento cuenta de las siguientes partes:

- I.- Premisas para el control.
- II.- Elementos a tener en cuenta en el control.
- III.- Control en el Grupo Básico de Trabajo (GBT).
- IV.- Control por el Policlínico.
- V.- Control por los niveles jerárquicos del Seguro Social.

I.- Premisas para el control:

1. El control irá fundamentalmente dirigido a medir los resultados positivos o negativos alcanzados.
2. Los profesores del GBT juegan un papel fundamental en el control de la actividad científico, técnica y de la actitud ante el trabajo.
3. La información estadística que será tomada como base para el control debe estar en correspondencia con las resoluciones dictadas por ESSALUD, las que normarán el número de

- registros y controles que debe llevar el médico y la enfermera de la familia.
- 4. El procesamiento de la información estadística se realizará por el departamento de estadística del Policlínico; suministrándole al médico y la enfermera de la familia los resultados de la misma en su comunidad.
- 5. La consulta a los asegurados será tomada como uno de los elementos básicos para medir los resultados alcanzados y por ende, como factor esencial en el control.
- 6. La repercusión que se va produciendo en el descongestionamiento sobre el cuerpo de guardia de los Hospitales y Policlínicos, debe ser incorporada como elemento cualitativo de control de trabajo del equipo de salud (médico y enfermera de la familia).

II.- Elementos a tener en cuenta en el control:

- 1. Modificaciones del cuadro de salud de la población asegurada.
- 2. La opinión de los asegurados sobre el servicio recibido.
- 3. La utilización adecuada de las interconsultas (intercambio científico, técnico).
- 4. La utilización de los cuerpos de guardia de los Hospitales y Policlínicos por los asegurados considerando el papel jugado por el médico y la enfermera de la familia en el traslado de los pacientes urgentes.
- 5. El cumplimiento de las actividades asistenciales y de capacitación programadas.
- 6. La calidad de la atención a los pacientes asegurados hospitalizados.
- 7. La evaluación de las historias clínicas individuales y familiares.

III.- Control en el Grupo Básico de Trabajo (GBT).

Los profesores del GBT juegan el papel fundamental y la máxima responsabilidad en la ejecución y el control que se realiza al trabajo del médico y la enfermera de la familia. Su participación junto a ellos en la ejecución de las interconsultas en el propio consultorio, así como en las labores de terreno y en la guardia médica, permite una evaluación sistemática y real del trabajo que realizan.

La supervisora de enfermería estará subordinada al jefe del GBT, participando también en el control, visitando junto a este el consultorio y el domicilio.

Las actividades principales de control del GBT sobre el médico de familia son:

- 1.- Visitas periódicas al consultorio de los médicos y enfermeras de la familia.
- 2.- Visitas periódicas al terreno (domicilio) junto a los médicos y enfermeras de la familia.
- 3.- Participación en las guardias médicas.
- 4.- Reunión periódica del grupo de trabajo y análisis del diagnóstico de salud de la comunidad anual.
- 5.- Cumplimiento del programa de capacitación.

- 1. Visitas periódicas al consultorio de los médicos y enfermeras de la familia.

Los profesores del GBT deberán visitar no menos de una vez en la quincena a cada consultorio bajo su responsabilidad. En estas visitas se efectuarán entre otras, las actividades siguientes:

- ▣ Conocer los problemas y dificultades que se le presentan al médico y enfermera en el desarrollo de su trabajo. En cada caso debe dar sus decisiones o criterios y tomará las medidas necesarias para darle respuesta a los mismos.
- ▣ Evaluar integralmente la práctica médica incluyendo técnicas, procedimientos y habilidades. Valorar el desarrollo de las actividades, incluyendo el adecuado cumplimiento de la disciplina laboral y el comportamiento ético, observar su trabajo directo con los asegurados y sus familias, la manera de conducir la entrevista, de hacer el examen físico, de explicar las indicaciones pertinentes, la evolución y el pronóstico.
- ▣ Interconsultar a los pacientes asegurados, para los cual el médico de la familia debe haber preparado adecuadamente la presentación del caso.
- ▣ Auditar periódicamente un grupo de historias clínicas detectando los posibles errores y asesorando al médico para que los corrija de inmediato.
- ▣ Chequear las historias clínicas familiares y el cumplimiento de las actividades propuestas, con los resultados.
- ▣ Interesarse por los ingresos domiciliarios producido en los asegurados, orientando al médico de familia en el manejo del mismo pudiendo valorar el caso en el propio domicilio del paciente asegurado.

▫ Discutir con el médico de la familia la organización del trabajo del mes y el cumplimiento del anterior.

2.- Visitas periódicas al domicilio junto a los médicos y enfermeras de la familias.

Los médicos y enfermeras de la familia recibirán como mínimo una vez al mes, la visita de los profesores del GBT con el fin de realizar visitas en el domicilio. Se valorará el trabajo de forma integral, incluyendo los aspectos higiénicos y sanitarios de la comunidad.

3.- Participación en las guardias médicas.

Los profesores deben participar junto a los médicos en las guardias que realicen en Policlínicos y Hospitales, según corresponda, facilitando el control del trabajo y el desarrollo de la capacitación.

4.- Reunión periódica del grupo de trabajo y análisis del diagnóstico de salud de la comunidad anual.

Un elemento de importante valor lo constituye la reunión, con periodicidad como mínimo una vez al mes, del Grupo Básico de Trabajo (GBT) donde participan todos los médicos y enfermeras de la familia de dicho GBT junto a los profesores y la supervisora de enfermería. La reunión será presidida por el jefe del GBT, pero asistirán permanentemente el director del Policlínico y el epidemiólogo del mismo.

Se discutirán con carácter obligatorio los siguientes aspectos:

- - Cumplimiento del trabajo que incluye los establecidos en el programa del médico y enfermera de la familia.
- Análisis de la mortalidad de los pacientes asegurados en el período que se discute.
- Evaluación de los pacientes ingresados en el domicilio y en el hospital.
- Calidad de las interconsultas y la utilización de los cuerpos de guardia de los hospitales y policlínicos por la población de asegurados.
- Problemas higiénicos y epidemiológicos presentes en el territorio que abarca el GBT.
- Opinión de la población de asegurados sobre las prestaciones brindadas.

▫ Dificultad en el funcionamiento del policlínico y de los hospitales, como parte estos últimos de la red del segundo nivel, que están afectando la labor de los médicos y enfermeras de la familia.

El análisis del Diagnóstico de Salud del médico de familia en su comunidad permitirá realizar el del GBT en el territorio que abarca, este se efectuará con una periodicidad anual, en el mismo se evaluarán los elementos fundamentales que caracterizan el cuadro de salud de toda la comunidad, proponiéndose medidas concretas como Plan de Acción para la solución de estos problemas.

El departamento de Higiene y Epidemiología del Policlínico brindará al médico de la familia los datos que se soliciten para la confección de su Diagnóstico de Salud.

Otro elemento que enriquecerá este diagnóstico será la opinión de la población de asegurados sobre las prestaciones brindadas.

5.- Cumplimiento del programa de capacitación.

El GBT evaluará la participación del médico y la enfermera de la familia en las actividades de capacitación (conferencias, clínicas radiológicas, epidemiológicas, revisiones bibliográficas y otras) programadas, que permitan conocer las capacidades y habilidades que desarrollan estos profesionales.

IV.- Control por el Policlínico.

El director del Policlínico tiene que apoyarse en todo su equipo de dirección para poder controlar adecuadamente el trabajo, exigiendo a cada uno de sus miembros profundización en los aspectos específicos de sus cargos, pero sin olvidar que el control debe desarrollarse de manera integral velando por cada uno de los aspectos éticos y conceptuales que los fundamentan.

El contacto directo con los médicos y enfermeras es una de las premisas que debe caracterizar esta labor, complementada con la supervisión al grupo Básico de Trabajo (GBT) por la dirección del Policlínico.

La participación del director en las reuniones del GBT facilita el intercambio de experiencias y los señalamientos críticos, llevando a la discusión aquellos aspectos que como resultados del control él considera que deben ser discutidos con el colectivo.

V.- Control por los niveles jerárquicos del Seguro Social.

- El control por los niveles superiores al médico de familia debe estar orientado a medir directa o indirectamente la calidad de la atención que brinda a la población de asegurados.
- Las técnicas a utilizar pueden estar dadas por la observación directa, entrevistas, encuestas, revisión de documentos, participación de la comunidad y otros.
- Se priorizará la gestión y mejora de la evaluación a través de los procesos claves: dispensarización, análisis de la situación de salud, gestión del profesor y capacitación; logrando con esto una mejora continua de la calidad en todos los servicios que se brindan en el Policlínico y consultorios, teniendo como premisas fundamentales la utilización eficiente de los recursos, la satisfacción de los asegurados y de los trabajadores de ESSALUD.
- Debe aplicar las indicaciones metodológicas relacionadas con la reorganización de los recursos humanos y la utilización eficiente de los mismos, siguiendo el principio de garantizar la cobertura del primer nivel de atención.

CONTROL SEMANTICO

- **Análisis de la Situación de Salud:** Es el proceso continuo de identificación de problemas de salud, priorización y elaboración de un plan de acción que permita mejorar la situación de salud comunitaria.
- **Atención Primaria de Salud (APS):** Es la asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente. La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con sentido de autoresponsabilidad y autodeterminación.
- **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.
- **Equipo Básico de Salud (EBS):** Binomio conformado por el médico y enfermera de la familia, que atiende a una población geográficamente determinada y pueden estar ubicados en la comunidad, centros laborales y educacionales.
- **Grupo Básico de Trabajo (GBT):** Es el equipo de trabajo multidisciplinario integrado por un grupo de entre 15 y 20 EBS, por especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Familiar y un Licenciado en Psicología, todos en función de interconsultantes y/o de profesores; por una Enfermera Supervisora, técnico de Estadística, en Higiene y Epidemiología y en Trabajo Social.
- **Ingreso en el Domicilio:** Es ingresar en el domicilio bajo atención del médico y enfermera de la familia aquellos pacientes en que las condiciones de su afección, evolución, familia, vivienda y comunidad así lo permitan; asegurando la presencia de otros especialistas, técnicos y la realización de pruebas diagnósticas en el mismo domicilio de ser solicitada por el médico de asistencia.
- **Historia de Salud Familiar:** Es el documento que registra la información relacionada con las características biológica, socioeconómicas e higiénicas de la familia y sus integrantes.
- **Historia Clínica Individual:** Es el documento que registra la información biológica y clínica de cada individuo.

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

**GERENCIA DE PROGRAMAS
EXTERNOS DE SALUD**

PRESENTACIÓN	3
MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD	4
PERFIL DEL MEDICO DE FAMILIA EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL	5
ANEXO A	10
ANEXO B	11

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

Elaborado por los Consultores Cubanos :

DRA. MARÍA SILVERIO RODRIGUEZ
DRA. DOLORES PUERTAS ALVAREZ
DR. ABEL HIDALGO PRIETO

PRESENTACIÓN

Casi todos los países de la América Latina han experimentado cambios profundos en el sector de la atención de salud en el último decenio, y prácticamente todos los países de esta región han procedido a reformar dicho sector. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la meta de esta reforma sigue siendo lograr "la prestación de servicios más equitativa, la gestión más eficiente y los resultados más eficaces, atendiendo, por ende, las necesidades de la población". Se está insistiendo cada vez más en la equidad de los servicios sanitarios, el costo de la atención, la accesibilidad, la eficacia, la calidad de la atención de salud y la prevención de enfermedades.

En este marco de la reforma asistencial, muchos países están reevaluando sus sistemas de servicios de atención primaria y están insistiendo en un modelo asistencial centrado en la familia. Un modelo reformado de atención de salud, se está dando preferencia a la atención integral, la coordinación intersectorial, la atención de pacientes ambulatorios, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Un modelo concebido para proporcionar atención primaria de salud integral y continua de una manera equitativa a las personas, sus familias y sus comunidades.

La formación del personal médico y la asignación de recursos humanos al sector sanitario son los elementos decisivos de la reforma de los servicios de salud. Se ha reconocido que es posible que la educación de pregrado y de postgrado en medicina no sea apropiada o suficiente para enfrentar los desafíos que imponen los sistemas de salud reformados. Según informes anteriores de la OPS, en el modelo reformado de la atención de salud, el "interés principal se ha desplazado a los conceptos y métodos modernos de salud pública, la familia y la medicina comunitaria, la función de las enfermeras y otros profesionales sanitarios, aparte de los médicos, y la formación básica en economía y gestión sanitarias". La medicina familiar, especialidad médica con conocimientos técnicos en la atención primaria de la persona, en el marco de su familia y comunidad, podría ser la especialidad ideal para tal modelo de atención de salud.

El médico de familia proporciona atención de salud integral continua ("desde la concepción hasta la muerte") a personas de cualquier edad y sexo, basándose en el modelo biopsicosocial de la salud y da prioridad a la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación, y el envío a otras especialidades médicas, cuando es apropiado.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Las dificultades para brindar una atención de salud con oportunidad y calidad, de parte del Seguro Social de Salud – EsSalud, se han ido agudizando en los últimos años. Han sido grandes los esfuerzos y las voluntades para brindar una adecuada oferta de servicios de salud, sin embargo, persiste insatisfacción entre los asegurados que acceden al sistema de prestaciones de la institución, en tanto que, en el segmento de la población asegurada que no demanda servicios de salud, continúa la imagen de una Institución donde el acceso es dificultoso y el trato es descortés.

El estudio denominado "*Una Propuesta Estratégica para el Cambio de las Prestaciones de Salud*", en el que se presenta un análisis de las Prestaciones de Salud de la última década, concluye que la Institución no puede seguir manteniendo un Modelo de Atención de Salud de tipo recuperativo que incentiva la producción de actividades y fomenta mayores gastos en atenciones de alta complejidad, en desmedro de las atenciones básicas de salud (baja complejidad) que representan aproximadamente entre el 70 al 80% de la demanda de salud.

El Nuevo Modelo de Atención en Salud: *Atención Integral de Salud*, aborda la problemática de la Organización, desde una perspectiva global, proponiendo soluciones estratégicas integrales que, además de una reforma de la prestación de servicios de salud, también impliquen el rediseño de la estructura organizacional, la modificación en la manera de asignar los recursos financieros y otras variaciones que implican a todas las áreas de la Institución.

El *Modelo de Atención Integral de Salud* se caracteriza por la aplicación de un enfoque bio-psico-social del proceso salud enfermedad y por una atención integral y continua de las necesidades de la población asegurada, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria, y en el fomento de los factores protectores de la salud individual, familiar y laboral.

Para lograr los objetivos del modelo propuesto, se requiere contar con los recursos humanos idóneos, capaces de enfrentar acertadamente los retos de una atención primaria del individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. El profesional de atención primaria en el marco de la Atención Integral de Salud debe ser competente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica.

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL

El Médico de Familia, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, deberá ejercer su rol profesional proporcionando atención integral y continuada al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. Debe ser competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo bajo una concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista en el medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc.

Evidentemente, para asumir el protagonismo del nuevo modelo de atención, es imprescindible que el perfil profesional del Médico de Familia contemple la competencia clínica para resolver la mayoría de los problemas de salud, la disposición docente e investigadora y la capacidad de asumir labores de gestión.

Esta aproximación al perfil profesional del médico de familia que proponemos, se basa en la descripción de aquellas actividades que deberá asumir dicho profesional como eje fundamental del primer nivel de atención del nuevo modelo (ver anexo).

Sin embargo, creemos que el Médico de Familia debe desarrollarse en áreas de práctica imprescindibles, entre las que consideramos:

- Area de Competencias esenciales, gestión y bioética
- Area de atención al individuo
- Area de atención a la familia
- Area de Atención a la comunidad
- Area de docencia e investigación

1. Area de Competencias esenciales, gestión y bioética

El Médico de Familia (MF) deberá organizar y realizar su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de atención primaria, con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional. Deberá ser capaz de identificar y fijar objetivos comunes, establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales.

El MF deberá ser capaz de organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar, y especialmente deberá organizar eficientemente su consulta.

Deberá usar racionalmente las pruebas complementarias para establecer los diagnósticos, así como los recursos terapéuticos o las interconsultas con otros especialistas.

El MF deberá conocer y saber utilizar los registros y sistemas de información, colaborando en la recogida de información mediante la realización de una correcta historia clínica y aportando datos a los registros sanitarios existentes, utilizando las herramientas informáticas necesarias para esta función cuidando especialmente el uso confidencial de dichos datos.

El médico de familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria, constituyéndose en un líder en su equipo de trabajo.

El cultivo de la Medicina Basada en Evidencia y la utilización de los recursos de Internet, deberá ser una fuente para sus labores en el campo de la gestión clínica.

El MF deberá aprender el marco teórico de las dimensiones de la calidad asistencial y sus herramientas de medición para cada componente del sistema de atención: estructura, proceso y resultado; que le permitirán conocer y mejorar la calidad de su trabajo. Deberá Promover la implantación de actividades de evaluación y mejora de la calidad, que le facilitarán la toma de decisiones. Así mismo, deberá conocer los instrumentos necesarios para conocer la satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

Deberá valorar los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado y los relacionados con su práctica profesional: valores que deben ser defendidos y respetados, dilemas, la ética en la prescripción, en la distribución de recursos, etc

2. Area de atención al individuo

El MF es fundamentalmente un médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente. La historia clínica aprenderá hacerla desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

El MF deberá adquirir las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio. Establecerá un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, con la realización de un correcto diagnóstico diferencial, interpretación de las pruebas complementarias o coordinar las opiniones de otros especialistas. Para el plan terapéutico elaborará y negociará con el paciente un posible tratamiento farmacológico y/o no farmacológico necesario para la curación y/o

rehabilitación de su enfermedad, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al MF. También deberá establecer un plan de seguimiento, con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como son la situación de discapacidad, enfermedad terminal que precisa cuidados paliativos, la gestante, etc.

En cada contacto con el paciente, el MF deberá valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas en la práctica asistencial, cuya eficacia y efectividad tengan la necesaria evidencia. Hablamos de medidas de educación para la salud, prevención primaria y de prevención secundaria para los procesos más prevalentes en la población y relacionadas con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas o con los estilos de vida de la población.

También deberá ser capaz de identificar situaciones de salud que impliquen la necesidad de referencia de un paciente, asumiendo y realizando un cuidado compartido con el nivel de referencia, asesorando y coordinando las evoluciones clínicas del paciente.

3. Area de atención a la familia

El MF deberá considerar a cada familia como una unidad, la que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, y que actúa a dos niveles sobre las personas, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El MF deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluarlos y conocer sus repercusiones.

Es importante conocer los recursos familiares, la red social y el apoyo social que tienen las personas y sus familias porque en determinadas situaciones podríamos necesitarlas. Deberá ser capaz de identificar las disfunciones familiares, los problemas psicosociales de origen familiar y adquirir habilidades para el asesoramiento y la intervención y mediación familiar.

4. Area de Atención a la comunidad

El MF debe intervenir sobre los determinantes de la salud de las personas que están en contextos diferentes al sistema sanitario, es decir, el medio físico y social. La orientación comunitaria del médico de familia empieza en la propia atención individual. Toda su actividad clínica debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona. aprovechando sus recursos y minimizando sus déficit.

El MF debe obtener la información necesaria para identificar las necesidades de salud de la población, considerar a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que existen en la misma, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios, y captando activamente a los sujetos vulnerables para garantizar su accesibilidad a la atención sanitaria. Debe identificar y caracterizar la existencia de grupos que sufran desigualdades en salud (de clase social, género etnia, edad, etc). Esto implica que el MF se hace responsable de la salud del conjunto de la comunidad, con independencia de que las personas soliciten o no una atención médica.

El MF deberá a establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud.

Además, el MF utilizará métodos de trabajo que faciliten la participación activa y cooperará con las organizaciones comunitarias y otras instituciones para mejorar la salud del conjunto de la población atendida y aportar en las iniciativas que tiendan al desarrollo de la comunidad.

5. Area de docencia e investigación

El MF debe ser un profesional en continuo proceso de formación y estar preparado para actuar como docente de otros profesionales que trabajen en atención primaria. Así mismo tendrá preparación para colaborar en la formación, tanto de pregrado como de postgrado en medicina de familia. Deberá asumir que la formación continua, aquella actividad docente y formativa que nos permite mantener y mejorar nuestra competencia profesional durante nuestra vida profesional, es una necesidad ineludible de todos los MF. Aprovechará especialmente las posibilidades de la formación en servicio, en el seno del propio equipo de trabajo. Por estos motivos el MF deberá adquirir las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc; y conocer los métodos de enseñanza aplicables a la formación de pre y postgrado en MF.

El MF deberá ser capaz de hacer una búsqueda bibliográfica, de conocer las bases de datos y los recursos de información y documentación médica y de obtener información basada en la evidencia.

El MF ha de contar con herramientas de metodología de investigación que le permitan evaluar la calidad y la importancia para su práctica de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, desarrollando el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación en atención primaria. Además deberá tener los conocimientos básicos para desarrollar una investigación destinada a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos necesarios de epidemiología clínica y de medicina basada en evidencias.

ANEXOS

ANEXO A

ACTIVIDADES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Promoción y Prevención

- Educación y Promoción de estilos de vida saludables al individuo, la familia y el contexto comunal y laboral del asegurado.
- Detección de Riesgos de enfermedades crónicas y/o infecto-contagiosas prevalentes (programas de salud)
- Captación Activa, de adultos, mujeres en edad fértil, gestantes, recién nacido y Niños menores de 5 años.
- Control de riesgos detectados en pacientes sin daño manifiesto
- Referencia de personas con riesgos y daños detectados para evaluación

Atención Médica General Ambulatoria

- Diagnóstico y Tratamiento oportuno de enfermedades de mayor frecuencia y de baja severidad.
- Captación precoz de usuarios con factores de riesgo.
- Educación e Información.
- Control de la Gestante sin complicaciones.
- Atención Odontológica.
- Salud mental.
- Evaluación de asegurados con riesgos y daños detectados por los promotores de salud en la comunidad.
- Control de pacientes con daños estables.
- Prevención en salud.
- Chequeos médicos y tamizajes.

Referencia de Pacientes

- Con daños descompensados, de manejo complejo, al segundo y tercer nivel de atención

Otras actividades

- Vigilancia Epidemiológica de riesgos en el contexto comunal
- Capacitación a Recursos Humanos comunales e institucionales
- Investigación y Docencia

ANEXO B

SERVICIOS INTEGRALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los servicios de atención integral del I Nivel de Atención, han sido segmentados por grupos poblacionales considerando los beneficios a obtener desde la perspectiva del usuario y el proveedor de salud.

Los servicios por segmentos son los siguientes:

Niño

- Inmunizaciones
- Crecimiento y desarrollo
- Captación y seguimiento de niños en riesgo
- Captación temprana del recién nacido
- Atención de enfermedades prevalentes de la infancia
- Rehabilitación

Adolescente

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Inmunizaciones
- Atención de la enfermedad
- Atención y orientación en salud reproductiva
- Captación y seguimiento de grupos en riesgo
- Identificación y seguimiento de problemas mentales

Mujer-Gestante

- Atención pre y post-natal
- Psicoprofilaxis del parto y del puerperio
- Salud sexual y reproductiva
- Atención de enfermedades prevalentes de la mujer
- Inmunizaciones
- Detección y valoración básica de la mujer infértil
- Control y seguimiento de la mujer en etapa perimenopáusicas
- Detección y control de cáncer de mama y cérvix
- Prevención, detección y referencia de la violencia contra la mujer
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Adulto

- Inmunizaciones
- Detección y seguimiento de enfermedades crónicas
- Atención de enfermedades prevalentes del adulto
- Rehabilitación
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Adulto-Mayor

- Detección y control de enfermedades crónicas
- Detección y seguimiento de grupos de riesgo
- Atención de enfermedades prevalentes del adulto-mayor
- Rehabilitación

Actividades generales para todos los segmentos

- Educación y promoción de la salud
- Salud mental
- Salud oral
- Medicina Complementaria
- Vigilancia epidemiológica
- Referencia y contrarreferencia
- Promoción de la participación intersectorial
- Docencia e investigación
- Protección y cultura del medio ambiente
- Rehabilitación básica
- Farmacia
- Servicios básicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento
- Urgencias

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

**GERENCIA DE PROGRAMAS
EXTERNOS DE SALUD**

REGLAMENTO DEL MÉDICO DE FAMILIA

Elaborado por los Consultores Cubanos :

**DRA. MARÍA SILVERIO RODRIGUEZ
DRA. DOLORES PUERTAS ALVAREZ
DR. ABEL HIDALGO PRIETO**

INDICE

Capítulo Preliminar	
Disposiciones Generales	3
Capítulo I	
De los Consultorios de Atención Familiar (CAF)	4
Capítulo II	
De los Equipos Básicos de Salud (EBS)	5
Capítulo III	
De los Asegurados y Derechohabientes	10
Capítulo IV	
De la supervisión	11
Capítulo V	
Disposiciones Complementarias	13
Capítulo VI	
Disposiciones Finales	13

**REGLAMENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
CONSULTORIO DE ATENCIÓN FAMILIAR
Y EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD**

**CAPÍTULO PRELIMINAR
DISPOSICIONES GENERALES**

Fuerza normativa y materias de regulación del Reglamento

Artículo 1° El presente reglamento tiene fuerza de normativa. Precisa las funciones del Consultorio de Atención Familiar y del Equipo Básico de Salud, define su organización y funcionamiento, establece los derechos y deberes de los miembros del equipo, y regula los procedimientos médicos a los que están sujetos, todo ello, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud del Seguro Social de Salud – EsSalud.

Definición, funciones generales, estructura, composición y denominación

Artículo 2° El Consultorio de Atención Familiar (CAF) es la estructura básica del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Es descentralizado y está conducido por el Equipo Básico de Salud (EBS).

Artículo 3° El CAF constituye el servicio de acceso al primer nivel de atención y por ende al Sistema de Prestaciones de Salud Institucional. Está integrado por ello, al sistema de referencia y contrarreferencia, dentro de una red asistencia de salud organizada por niveles de atención y complejidad según el MAIS. Es el único servicio con población adscrita.

Artículo 4° El EBS está conformado por un Médico General, Médico Integral o Médico Familiar, y un profesional de enfermería. Sus funciones están orientadas al primer nivel de atención, asegurando la atención integral de su población adscrita en el nivel individual, familiar y comunal, interviniendo en los diversos niveles del proceso salud-enfermedad: Promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Función de Promoción de la salud

Artículo 6° La función de promoción de la salud comprende el conjunto de actividades que permitan a los asegurados incrementar su control sobre los determinantes de la salud, no sólo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo. Se entiende por determinantes de la salud al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Función de Prevención de la salud

Artículo 7° La función de prevención de la salud comprende la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de

diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a los asegurados, lo que implica desarrollar acciones anticipatorias con el fin de promocionar el bienestar de los mismos.

Función Curativa

Artículo 8° La función curativa tiene como objetivo el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento efectivo, así como la reducción de su duración.

Función de Rehabilitación

Artículo 9° La función de rehabilitación tiene como objetivo evitar la aparición de secuelas y complicaciones al individuo tras un proceso mórbido, y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

**CAPÍTULO I
DE LOS CONSULTORIOS DE ATENCIÓN FAMILIAR**

Artículo 10° El CAF está físicamente representado por los consultorios particulares de los médicos contratados. Los CAF podrán funcionar en:

- a. Consultorio privado, sea este local propio, alquilado o en usufructo del médico contratado.
- b. Policlínicos constituidos por asociación de profesionales de la salud.

Artículo 11° Corresponde al profesional contratado, la presentación e implementación adecuada CAF con recursos materiales y tecnológicos que permitan un eficiente funcionamiento. El CAF deberá reunir como mínimo las siguientes características:

- Localización acorde con las necesidades de los asegurados
- Una sala de atención con divisor de ambiente
- Una sala de espera amplia y amoblada
- Un tópic
- Servicios higiénicos.
- Señalización externa que especifique el nombre del médico y su horario de atención.
- Mesa de examen médico y ginecológico.
- Vitrina para medicinas, materiales e instrumental médico.
- Instrumental médico quirúrgico para cirugía menor y examen ginecológico.
- Escritorios y sillas.
- Una computadora personal con impresora.
- Teléfono o Beeper.
- Archivador.
- Balanza y tallímetro.
- Estetoscopio y pantoscopio.
- Equipo para lavado de oído.
- Esterilizador.

Artículo 12° Corresponde a EsSalud el dotar a los CAF con el material médico necesario para su operatividad, así como el suministrar los medicamentos necesarios incluidos en el petitorio institucional correspondiente. El EBS de cada CAF será el responsable del correcto uso de estos insumos.

Artículo 13° El horario establecido para el funcionamiento de los CAF es de lunes a sábado en turnos de seis horas continuas cada día: desde las 08:00 a 14:00 horas y / o desde las 15:00 a 21:00 horas. El horario será definido por EsSalud al momento de suscribir el contrato, pudiendo éste variar según acuerdo de las partes.

Artículo 14° Para efectos de control interno o administrativo de EsSalud, los CAF se identificarán con el número de registro que el titular tiene en el Colegio Médico del Perú.

Artículo 15° Cada CAF tendrá adscrita un grupo de familias aseguradas según su jurisdicción o ámbito geográfico.

CAPITULO II DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

Artículo 16° El Equipo Básico de Salud basa sus actividades en El Modelo de Atención Integral de Salud, aplicando un enfoque bio-psico-social del proceso salud enfermedad y brindando una atención integral y continua de las necesidades de las familias adscrita, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria, y en el fomento de los factores protectores de la salud a nivel individual, familiar y comunal.

Del Médico del EBS

Artículo 17° El médico del EBS es aquel Médico General, Médico Integral o Médico Familiar que en su calidad de persona natural o jurídica sea contratado por EsSalud para tal fin, poniendo su consultorio y equipos médicos a disposición de los asegurados.

Artículo 18° Los médicos del EBS están sujetos a las disposiciones y normas administrativas que EsSalud emita, así como a las acciones de supervisión y control que la institución realice.

Artículo 19° Son obligaciones de los médicos del EBS:

- a. Cumplir el Contrato de Prestación de Servicios Médicos firmado con EsSalud, así como las Leyes, Reglamento y Directivas institucionales.
- b. Efectuar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud individual, familiar y comunal, directamente o gestionadas y coordinadas con los entes responsables de la localidad, en el ámbito del

área geográfica de influencia al que se le haya asignado, y al cual pertenecen los asegurados adscritos a él.

- c. Administrar los medicamentos a su cargo utilizando los Partes Diarios de Consumo de Medicinas, reportando el stock existente o faltante, establecido en la Guía Operativa.
- d. Efectuar actos médicos y/o quirúrgicos ambulatorios, según fuere el caso. Siendo el único responsable Civil y Penal de cada uno de los Actos Médicos que practique, comprometiéndose a responder por daños y perjuicios sólo en caso de dolo o culpa inexcusable, conforme lo establece el Artículo 176° del Código Civil.
- e. Registrar en la Historia Clínica del paciente y de manera detallada: diagnóstico, daño, tratamiento, cantidad de medicinas recetadas, su dosificación y descansos médicos extendidos. La letra deberá ser legible preferentemente de tipo imprenta.
- f. Diagnosticar enfermedad y consignar daño, utilizando el CIE 10.
- g. Indicar al paciente el tratamiento y la dosificación de los medicamentos que suministre.
- h. Prescribir descansos médicos y expedir Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) cuando el caso lo requiera.
- i. Extender la Hoja de Referencia del paciente, cuando corresponda, autorizando su derivación a otro Centro Asistencial de EsSalud, a través de la Unidad de Referencia del Centro de Adscripción.
- j. Llenar los formatos y documentos exigidos por EsSalud.
- k. Proporcionar a EsSalud los informes y registros correspondientes a las actividades desarrolladas con la periodicidad que EsSalud establezca.
- l. Cumplir con la normatividad de EsSalud y demás normas jurídicas vigentes.
- m. Desarrollar atenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud
- n. Realizar visitas domiciliarias
- o. Realizar seguimiento de los pacientes
- p. Ordenar exámenes de ayuda al diagnóstico
- q. Referir pacientes a otros niveles de atención

Artículo 20° Las pruebas de ayuda diagnóstica autorizadas por el médico se efectuarán en el Policlínico al que pertenece el CAF u otro que pertenezca a la Institución o en aquellos que por necesidad se contraten. El personal del CAF deberá tomar las muestras necesarias siguiendo los criterios técnicos establecidos para cada caso. Las muestras serán remitidas al laboratorio con la orden correspondiente en el término de la distancia.

Artículo 21° Los medicamentos prescritos y su dosificación guardarán correspondencia con los diagnósticos consignados en las historias clínicas y Ordenes de Atención; estarán incluidos en el Petitorio Farmacológico de la Institución y deberán ser concordantes con los protocolos establecidos.

Artículo 22° Los profesionales médicos del EBS podrán autorizar descansos físicos por un periodo máximo de siete (7) días, debiendo consignar en las historias clínicas de manera legible, fecha, nombre, firma, sello y N° de C.M.P., así como el diagnóstico que motiva el descanso médico correspondiente.

Artículo 23° Los descansos físicos serán extendidos en el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), los que serán entregados por las dependencias autorizadas por el Órgano Desconcentrado (OODD) correspondiente. Su control estará a cargo de los responsables de la supervisión.

Artículo 24° Cualquier inasistencia o ausencia temporal del médico, deberá ser comunicada por la vía más rápida y con la mayor brevedad al policlínico del que depende. El policlínico deberá comunicar al médico de CAF más cercano para que garantice la continuidad de la atención a los asegurados, cuyo médico está ausente, en su propio consultorio, debiendo hacer de conocimiento de los pacientes dicho reemplazo.

Del Personal de Enfermería del EBS

Artículo 25° El personal de enfermería del EBS, enfermero(a) titulado(a) que en su calidad de persona natural o jurídica sea contratado por EsSalud para tal fin.

Artículo 26° El personal de enfermería de los EBS está sujeto a las disposiciones y normas administrativas que EsSalud emita, así como a las acciones de supervisión y control que la institución realice.

Artículo 27° Son obligaciones del personal de enfermería de los EBS:

- a. Cumplir el Contrato de Prestación de Servicios Médicos firmado con EsSalud, así como las Leyes, Reglamento y Directivas institucionales.
- b. Efectuar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud individual, familiar y comunal, en coordinación con el médico de su EBS y los entes responsables de la localidad, en el ámbito del área geográfica de influencia al que se le haya asignado, y al cual pertenecen los asegurados adscritos a él.
- c. Administrar eficientemente el material médico entregado por la institución, registrando y reportando los consumos y stock existentes y faltantes en los formatos correspondientes y según la Guía Operativa.
- d. Detección y Seguimiento de Enfermos Crónicos (tamizaje, entrevista y control)
- e. Detección y seguimiento en enfermedades transmisibles
- f. Consejería al usuario, familiares o acompañantes
- g. Evaluación y Seguimiento del Crecimiento y Desarrollo
- h. Detección y control de la IRA y EDA leve
- i. Evaluación y administración de vacunas
- j. Promoción de la salud
- k. Evaluación al usuario crónico utilizando Medicina Complementaria
- l. Visita domiciliaria
- m. Otros propios del proceso de atención de enfermería.

Del Equipo Básico de Salud

Artículo 28° El EBS, al inicio de sus actividades y al finalizar cada año, realizará el Diagnóstico de la Situación de Salud de su comunidad asignada.

Ello implica la identificación de cada uno de los asegurados adscritos a su CAF, los problemas de salud, su priorización y elaboración de un plan de acción que permita mejorar la situación de salud comunitaria. Es responsabilidad de EsSalud proporcionarles los instrumentos básicos para dicha actividad.

Artículo 29° Las actividades generales del EBS incluyen:

- Promoción de la salud.
- Atención del embarazo, parto y puerperio
- Cuidados neonatales.
- Control y estímulo del crecimiento y desarrollo.
- Inmunizaciones
- Detección temprana del cáncer de cérvix, mama y próstata.
- Anticoncepción y protección sexual.
- Cuidados de la nutrición y sus trastornos.
- Atención ambulatoria de la morbilidad.
- Atención de emergencias.
- Atención de urgencias.
- Salud mental.
- Rehabilitación integral.
- Vigilancia epidemiológica.
- Registro de información.
- Planificación local estratégica.
- Investigación en salud.

Artículo 30° Las actividades específicas del EBS incluyen:

Promoción y Prevención

- Educación y Promoción de estilos de vida saludables al individuo, la familia y el contexto comunal y laboral del asegurado.
- Detección de Riesgos de enfermedades crónicas y/o infecto-contagiosas prevalentes (programas de salud)
- Control de riesgos detectados en pacientes sin daño manifiesto
- Referencia de personas con riesgos y daños detectados para evaluación

Atención Médica Ambulatoria

- Diagnóstico y Tratamiento oportuno de enfermedades de mayor frecuencia y de baja severidad.
- Captación precoz de usuarios con factores de riesgo.
- Procedimientos de cirugía menor
- Educación e Información.
- Control de la Gestante sin complicaciones.
- Salud mental.
- Evaluación de asegurados con riesgos y daños detectados en la comunidad.
- Control de pacientes con daños estables.
- Prevención en salud.
- Chequeos médicos y tamizajes.

Referencia de Pacientes

- Con daños descompensados, de manejo complejo, al segundo y tercer nivel de atención

Otras actividades

- Vigilancia Epidemiológica de riesgos en el contexto comunal
- Capacitación a Recursos Humanos comunales e institucionales
- Investigación y Docencia

Artículo 31° Las actividades del EBS según segmentos de grupos poblacionales incluyen:

Niño

- Inmunizaciones
- Crecimiento y desarrollo
- Captación y seguimiento de niños en riesgo
- Captación temprana del recién nacido
- Atención de enfermedades prevalentes de la infancia
- Rehabilitación

Adolescente

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Inmunizaciones
- Atención de la enfermedad
- Atención y orientación en salud reproductiva
- Captación y seguimiento de grupos en riesgo
- Identificación y seguimiento de problemas mentales

Mujer-Gestante

- Atención pre y post-natal
- Psicoprofilaxis del parto y del puerperio
- Salud sexual y reproductiva
- Atención de enfermedades de prevalentes de la mujer
- Inmunizaciones
- Detección y valoración básica de la mujer infértil
- Control y seguimiento de la mujer en etapa perimenopáusicas
- Detección y control de cáncer de mama y cérvix
- Prevención, detección y referencia de la violencia contra la mujer
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Adulto

- Inmunizaciones
- Detección y seguimiento de enfermedades crónicas
- Atención de enfermedades prevalentes del adulto
- Rehabilitación
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Adulto-Mayor

- Detección y control de enfermedades crónicas
- Detección y seguimiento de grupos de riesgo
- Atención de enfermedades prevalentes del adulto-mayor
- Rehabilitación

Actividades generales para todos los segmentos

- Educación y promoción de la salud

- Salud mental
- Salud oral
- Medicina Complementaria
- Vigilancia epidemiológica
- Referencia y contrarreferencia
- Promoción de la participación intersectorial
- Docencia e investigación
- Protección y cultura del medio ambiente
- Rehabilitación básica
- Farmacia
- Servicios básicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento
- Urgencias
- Cirugía menor

CAPITULO III DE LOS ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES

Artículo 32° Cada CAF tendrá adscrito un grupo de familias aseguradas, las que serán asignadas, según el ámbito geográfico en el que residen, al CAF más cercano posible a su domicilio.

Artículo 33° Todos los asegurados tienen derecho a su incorporación al Modelo atención Integral de Salud.

Artículo 34° El Centro de Adscripción de EsSalud, remitirá la relación de asegurados residentes en el área de influencia establecida para cada CAF. Los asegurados que no figuren en dicho listado, para inscribirse en el CAF, deberán ser acreditados en su derecho por dicho Centro de Adscripción y remitidos con un documento de presentación al médico del CAF que le corresponda al paciente. Para las atenciones sucesivas la vigencia de su acreditación debe ser realizada por el Médico tratante con base a la información actualizada por el área de Admisión del Centro de adscripción o con la última Boleta de Pago.

Artículo 35° Para recibir atención en el CAF, el asegurado titular y sus derechohabientes, deberá presentar un documento de identidad y su última boleta de pago. Así mismo, está en la obligación de firmar las recetas cuya medicación señalada recibió y otros documentos que por el médico del su CAF le fueren solicitados, siempre que se ajuste a las disposiciones de EsSalud.

Artículo 36° La atención de los asegurados en los CAF deberá de ser igual o mejor que en los establecimientos propios de la institución, y por tanto, deberá cumplir con los estándares de calidad aprobados para los Centros Asistenciales de EsSalud.

Artículo 37° Los CAF podrán recibir de su policlínico de referencia, pacientes con problemas agudos o crónicos, para control, seguimiento, rehabilitación y

educación. De igual forma, los médicos del EBS podrán referir pacientes cuyos problemas de salud requieran mayor capacidad resolutive. La referencia se realizará a través de interconsultas al policlínico donde pertenece el CAF.

Artículo 38° En caso de Emergencia, el médico del EBS podrá referir al paciente directamente al centro asistencial cuya capacidad resolutive permita solucionar satisfactoriamente la emergencia.

Artículo 39° Los costos que implique la atención médica a los asegurados en los CAF serán cubiertos por EsSalud, según el contrato celebrado con los profesionales del EBS. Por lo tanto cualquier pago de los asegurados al CAF se considerará como cobro indebido, el mismo que, de llegar a probarse, dará lugar a que se resuelva automáticamente y de pleno el contrato de prestación del servicio con el médico de CAF, sin necesidad de aviso previo.

Artículo 40° Los asegurados tienen derecho de atención preferente en el CAF. EsSalud, sancionará al médico por cualquier acto de discriminación, formalmente denunciado por el asegurado. Además de ello, para controlar la calidad del servicio, EsSalud evaluará las sugerencias que los asegurados usuarios del CAF depositen en los buzones cerrados instalados por la Institución para recibir sugerencias y reclamos.

CAPITULO IV DE LA SUPERVICION

Artículo 41° La Supervisión constituye la comprobación permanente de la calidad de la prestación médica asistencial, evaluando la atención brindada en el CAF y el cumplimiento de las obligaciones aceptadas y suscritas por el EBS al momento de ser contratados por la institución.

Artículo 42° El OODD en coordinación con las dependencias respectivas, es responsable de establecer, desarrollar y controlar las acciones de supervisión, así como velar por el fiel cumplimiento de las normas vigentes de EsSalud y de proveer los recursos presupuestales necesarios para la implementación del modelo.

Para las acciones enunciadas deberá:

- a. Seleccionar a los médicos que efectuarán la supervisión y control de las actividades de salud desarrolladas en los CAF. Estableciendo y cumpliendo un Cronograma de Inspecciones, en las que se verifique la calidad y eficiencia del servicio y el cumplimiento de las actividades asignadas.
- b. Llevar el inventado de las existencias de medicamentos de cada CAF, así como de los consumos originados por receta médica atendida, verificando que los medicamentos prescritos guarden correspondencia con los Diagnósticos consignados en las Historias Clínicas y órdenes de atención. Igualmente, inventario de los insumos y materiales proporcionados para el

desarrollo de los programas preventivo promocionales, así como de aquellos faltantes para la debida reposición.

- c. Implementar un sistema de control y reposición de inventarios considerando tarjetas visibles, kardex y registros mecanizados según corresponda.
- d. Implementar un sistema de información que permita la evaluación permanente e integral del modelo.
- e. Es función del OODD, a través de la dependencia encargada, el establecer, desarrollar y controlar las acciones de supervisión. Debiendo ejecutarse periódicamente acciones de Auditoría Médica Administrativa, Contable y Financiera, concluyendo con la elaboración de un informe situacional de los CAF. Las acciones indicadas podrán ser efectuadas con el concurso de entidades externas.

Artículo 43° La Supervisión Médica se realizará mensualmente, en el momento que el OODD lo disponga. El médico del EBS está obligado a poner a disposición del médico supervisor, los registros, historias clínicas, formulados, archivos y demás documentos y/o implementos que se requieran para las verificaciones del cumplimiento del contrato, reglamentos, autorizaciones, aprobaciones y todo aquello que permita verificar la calidad del servicio.

Artículo 44° Los consumos no sustentados y por ende no reconocidos por la Supervisión Médica darán lugar a los documentos siguientes:

- a. Nota de Débito, por las medicinas consumidas demás o faltantes, a un valor del costo de reposición integral del inventario, incluyendo gastos administrativos; la misma que será firmada y sellada por el médico del EBS y por el supervisor del inventario.
- b. Receta a nombre del médico del EBS, por el medicamento o material faltante, la que deberá anexarse a la Nota de Débito para el descuento respectivo, remitiéndola a la dependencia designada por el OODD.

Artículo 45° Las Ordenes de Atención, recetarios y CITT deberán estar previamente numerados en orden correlativo. El documento que fuera anulado, permanecerá en el talonario en original y copia, hasta la toma del inventario próximo o del control médico respectivo, bajo responsabilidad del Médico del EBS evaluado.

Artículo 46° Los resultados de la supervisión efectuada se registrarán en la hoja, de reporte de Verificación de Cumplimiento de Obligaciones Contractuales (VCOC) y en los rubros correspondientes, información que será tomada de las fuentes que a continuación se señalan:

- a. Diagnóstico del cuadro nosológico asentado en la Historia Clínica.
- b. Daño registrado en la Orden de Atención.

- c. Análisis y pruebas de laboratorio indicados, según la Historia Clínica.
- d. Actos médicos y de cirugía ambulatoria, según la Historia Clínica.
- e. Tratamiento recomendado según indicaciones.
- f. Medicinas indicadas de acuerdo a las recetas extendidas y a lo registrado en la Historia Clínica.
- g. Consultas e interconsultas realizadas, según la Historia Clínica y hojas de referencia.
- h. Descansos médicos otorgados según CITT.

Artículo 47° El médico supervisor mantendrá informado al médico del EBS sobre cambios, mejoras y aspectos que atañen al Modelo de Atención Integral de Salud.

CAPITULO V DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 47° El OODD es el encargado de administrar en su totalidad el MAIS. Para ello cuenta con personal calificado, Junta Disciplinaria Revisora, Supervisión y Auditoría Médica.

Artículo 47° El OODD cumplirá y hará cumplir las normas vigentes, así como también velará por el buen funcionamiento del, MAIS debiendo, según el caso lo amerite, sugerir correctivos o aplicar sanciones a los médicos de los EBS, convocando cuando fuese necesario a la Junta Disciplinaria Revisora. Las causales y sanciones mencionadas quedarán plenamente señaladas en el contrato a suscribir la afiliación.

CAPITULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 47° La Gerencia Central de Operaciones en coordinación con la Gerencia Central de Salud podrá modificar las actividades recuperativas y preventivo-promocionales a ejecutar por los médicos de cada CAF, si el cumplimiento de sus políticas y objetivos así lo requiere.

Artículo 47° Todo aspecto no contemplado en el presente reglamento, deberá ser resuelto por el OODD a través de la dependencia que asuma la conducción de la implementación del MAIS en el nivel primario de atención. Los recursos de

impugnación al nivel de reconsideración serán absueltos por el titular del Policlínico al cual corresponde el CAF, la instancia de apelación será la autoridad inmediata superior, y cualquier diferencia con este dictamen, que de lugar a un recurso de revisión deberá ser resuelto por la Gerencia Central de Operaciones.

**Plan de trabajo para la implementación
del Modelo de Atención Integral de Salud**

**POLICLÍNICO “HNA. MARÍA
DONROSE SUTTMOLLER”
VENTANILLA**

Elaborado por los Consultores Cubanos :

**DRA. MARÍA SILVERIO RODRIGUEZ
DRA. DOLORES PUERTAS ALVAREZ
DR. ABEL HIDALGO PRIETO**

1. CONCEPTO DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

El Modelo de Atención Integral es el conjunto de políticas, sistemas, procesos y servicios orientados a satisfacer las necesidades y problemas de los asegurados. Reconoce al asegurado como un ser integral con enfoque bio-psico-social en su entorno familiar, laboral y comunal. Promueve las intervenciones preventivo-promocionales, sin descuidar las atenciones recuperativas, según las necesidades de los asegurados.

2. PRINCIPIOS DEL MODELO

El modelo de atención propuesto pretende mantener y fortalecer los principios de universalidad, solidaridad y equidad propios de la seguridad social.

Siendo el Modelo de Atención Integral una propuesta compartida por el sector salud, posibilita la protección sanitaria universal de la población.

El enfoque integral permite extender las intervenciones sanitarias hacia toda la población.

En la búsqueda de brindar a todos la prestación que necesitan, el Seguro Social pondrá énfasis en alcanzar dos metas importantes:

- ◆ Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional con la pretensión de minimizarlas o evitarlas.
- ◆ Asegurar la igualdad de oportunidades en términos de incrementar el apoyo o soporte a los que menos tienen

3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL MODELO DE ATENCIÓN

INTEGRALIDAD

Es el enfoque bio-psico-social en el proceso salud-enfermedad, dirigido al individuo, familia, comunidad y el ambiente.

CONTINUIDAD

Garantiza el seguimiento de los individuos sanos, en riesgo y enfermos durante su ciclo de vida.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es el compromiso de la sociedad en el ejercicio del autocuidado de la salud, en la identificación de los problemas que la afectan y en los resultados de la gestión de los servicios sanitarios.

4. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población asegurada a través de la atención integral

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Establecer el primer nivel de atención como puerta de acceso al sistema
- ◆ Reducir las tasas de morbimortalidad
- ◆ Mejorar los estilos de vida de la población asegurada
- ◆ Mejorar la cobertura de aseguramiento y de las prestaciones

6. FASE PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO PILOTO DE VENTANILLA

6.1. Fase 1. Reordenamiento de la Oferta de Servicios por segmento poblacional (Directiva N° 006-GG-EsSalud-2001)

La Dirección del Policlínico en coordinación con los Jefes de Servicios y trabajadores del Policlínico iniciaron el proceso de integración de las actividades de prevención, promoción y recuperativas, con las siguientes acciones:

- ◆ Conformación de comité de implementación
- ◆ Capacitación, motivación y sensibilización del personal de salud y administrativos
- ◆ Evaluación de los perfiles de morbilidad
- ◆ Optimización del uso de área física
- ◆ Supervisión, monitoreo y evaluación permanente

Logros obtenidos

- ◆ Mejora de la calidad de atención
- ◆ Sinceramiento de la demanda
- ◆ Oportunidad de citas para casos agudos
- ◆ Desaparición de colas
- ◆ Aceptación del usuario de una nueva forma de atención
- ◆ Reciclaje por debajo de los niveles permitidos
- ◆ Disminución del congestionamiento de emergencia
- ◆ Disminución de la deserción
- ◆ Variación de los perfiles de morbilidad y emergencia
- ◆ Disminución del número de quejas
- ◆ Optimización del uso de los recursos humanos y materiales
- ◆ Trabajadores motivados
- ◆ Clima organizacional favorable para el cambio

6.2. Fase 2. Diagnóstico de la situación de salud de la población de Ventanilla

6.2.1. Area geográfica del Piloto y grupo beneficiario

El distrito de Ventanilla se encuentra situado en la zona norte-occidental del País al norte de la Provincia Constitucional del Callao a una altura de 12 msnm y una extensión territorial de 73.525 Km². Limita al Norte con el Distrito de Santa Rosa, al sur con el Cercado, Callao y San Martín de Porres, al este con el distrito de Puente Piedra y al oeste con el Océano Pacífico.

Actualmente presente una población estimada de 250.000 habitantes, de ellos el 51% son mujeres y 49% son varones, con una densidad poblacional de 3.400 habitantes por Km². Con una tasa bruta de natalidad de 7.39 X 100⁰ y una tasa de crecimiento demográfico de 6.9.

El censo del año 1993 determinó que el Distrito está constituido por seis urbanizaciones, seis cooperativas, seis asociaciones de vivienda, dos proyectos especiales, una zona industrial, un centro poblado menor y 100 asentamientos humanos.

El distrito se encuentra distribuido en tres sectores poblacionales:

- Ventanilla Satélite
- Antonia Moreno de Cáceres
- Pachacútec
- Angamos
- Mi Perú
- Urbanización naval
- Defensores de la Patria
- Las terrazas
- Las Lomas
- Asentamiento Humano Kenji Fujimori Higushi
- Asentamiento Humano Kumamoto
- Villa Emilia

Cuenta con una población estimada de asegurados titulares de 28,380 en el año 2002 y se espera para el 2003 una población de 34.107 asegurados.

6.2.2. Aspectos Socio-Económicos

Entre los indicadores socio-económicos más relevantes podemos citar:

- Tasa de pobreza 64.8%
- Analfabetismo 12.6%
- Índice de escolaridad
 - Nivel primario 35.5%
 - Nivel secundario 31.5%
 - Nivel superior 20.4%

El 65% de la población no cuenta con agua potable y desagüe. En este caso el abastecimiento de agua se hace a través de camiones cisterna, lo que incrementa el riesgo de contaminación, y las excretas no son adecuadamente canalizadas.

El recojo de la basura está a cargo de una empresa particular y se realiza en un promedio de dos veces a la semana. Cabe señalar, que existen lugares donde no llega este servicio, por lo que el vecindario arroja los desperdicios a la vía pública ó se improvisan "rellenos sanitarios", ó en otros casos esta es incinerada.

En cuanto al servicio eléctrico, en la actualidad gran parte de los asentamientos humanos no cuentan con fluido eléctrico a domicilio ni alumbrado público. Se calcula que sólo un 49.1% de los pobladores que residen en asentamientos humanos cuentan con instalaciones eléctricas domiciliarias.

En Ventanilla no existe una cultura del cuidado del medio ambiente, esto se traduce en contaminación atmosférica producida por algunas industrias de la zona.

6.2.3. Organizaciones Sociales

Tipo de Organización	Número
▪ Programas del vaso de leche	07 zonales
▪ Comités	277
▪ Beneficiarios	24,870
▪ Comedores populares	146
▪ Centros de acopio	4
▪ Grupos juveniles	18
▪ Boys scout	08 grupos
▪ Juntas de seguridad vecinal	200
▪ Asociación de jubilados	700 afiliados
▪ Clubes deportivos	35

6.2.4. Principales Indicadores Epidemiológicos

Principales causas de morbilidad general

- Infección respiratoria aguda (IRA)
- Infecciones intestinales
- Desnutrición
- Trastornos renales

Principales causas de mortalidad general

- Tasa de mortalidad infantil 72 X 10.000 n.v.
- Tasa de mortalidad bruta 136 X 100.000 n.v.

Principales causas de muerte	Porcentaje
▪ Neumonía	9.1
▪ Infarto aguda de miocardio	5.2
▪ Bronconeumonía	4.7
▪ TB pulmonar	4.4
▪ Septicemia	3.0
▪ Edema cerebral	3.4
▪ Tumor maligno de estómago	3.0
▪ Diabetes Mellitus	3.0
▪ Muerte sin atención	3.0
▪ Tumor maligno de colon	2.0
▪ Otras causas	58.0

Indicadores de Impacto

- Salud del niño
 - Cobertura de inmunizaciones en el menor de un años 57%
 - Cobertura de CRED en menores de un año controlados 34%
 - Cobertura de control de IRA en número de casos controlados a las 48 horas 66%
- Salud de la Mujer
 - Porcentaje de las gestantes controladas 67%
 - Tasa global de fecundidad 2.5%

Actividades Preventivo-Promocionales

- Area Niño
 - Programa de control de crecimiento y desarrollo(CRED)
 - Programa de inmunizaciones
 - Atención de enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI)
 - Educación y orientación a la madre
- Area Mujer
 - Detección de cáncer de mama
 - Detección de cáncer de cuello uterino
 - Control del embarazo
 - Planificación Familiar
 - Consejería

Atención del Adolescente y Adulto

- Actividades extra-murales
- Actividades preventivo-promocionales
- Vacunación en comunidad
- Visita domiciliaria
- Concepción sexual integral
- Supervisión de promotoras y Obstetricas/parteras
- Seguimiento de niños desnutridos
- Otros

6.2.5. Servicios de Salud de otras Organizaciones

Establecimientos de MINSA y otros	Habitantes Beneficiarios
▪ Total Población Ventanilla	250,000
✓ Red Ventanilla <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mi Perú ◆ Ventanilla Aita ◆ Ventanilla baja 	70,000
✓ Red Pachacútec : <ul style="list-style-type: none"> ◆ De Febrero ◆ Los cedros ◆ Bania blanca ◆ Ciudadela pachacútec 	100,000
✓ Red Angamos <ul style="list-style-type: none"> ◆ Defensores de la Patria ◆ Angamos ◆ Hijos de Ventanilla ◆ Ventanilla Este ◆ Ventanilla baja 	30,000
✓ Red CLAS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Villa los Reyes ◆ Luis Felipe de las Casas ◆ Santa Rosa 	50,000
✓ Posta Médica Naval	
✓ Centros Médicos particulares <ul style="list-style-type: none"> ◆ Policlínico Carrón ◆ Policlínico San Juan ◆ Policlínico Enmanuel 	

6.2.6. Educación y Cultura

Centros de enseñanza	Número
▪ C.E.I. Estatal	4,739 alumnos
▪ C.E.I. Particular	1,407 alumnos
▪ Nivel primario estatal	25 CCEE. Alumnos :17,723
▪ Nivel primario estatal	80CCEE Alumnos : 7,481
▪ Nivel Secundario estatal	13 colegios. Alumnos : 7,481
▪ Nivel secundario particular	35 colegios. Alumnos : 3,055
▪ CCEE. Ocupacional	02 . Alumnos : 259
▪ CCEE. Especial	01 . Alumnos : 84
▪ Superior no universitario (pedagógico) particular	1 . Alumnos :94
▪ Centros de adiestramiento laboral y formación empresarial :	03

6.2.7. Empresas de la zona

Industrial

- Refinería la Pampilla
- REPSOL
- SOLGAS
- Parque Industrial con 52 empresas

Comercial

- Comercio vecinal (bodegas)
- Mercado de abastos (24 mercados y 2500 lotes comerciales)

7. Cronograma de Ejecucion

Para el diagnóstico de salud de la población del distrito de Ventanilla, se llevara a cabo un diagnóstico de salud con el siguiente cronograma de ejecución:

Actividades	Días
1. Presentación teórica de la situación actual del Policlínico Ventanilla "Hermana María Donrose Suttmoller" de Ventanilla.	Tres días
2. Programa de sensibilización con los Líderes formales e informales que interviene en la ejecución del Proyecto.	Del 11 al 15 de Noviembre
3. Formación y capacitación de equipos técnicos de trabajo, para el proceso de diagnóstico de salud del Distrito de Ventanilla.	Del 18 al 22 de Noviembre
4. Ejecución del proceso de diagnóstico de salud del Distrito de Ventanilla.	Del 25 de Noviembre al 15 de Diciembre
5. Elaboración del informe final con los resultados y organización de los servicios de salud en Atención Primaria del Distrito de Ventanilla.	Del 23 al 30 de Diciembre
6. Aseguramiento Logístico y recursos para todo el proceso.	

GERENCIA CENTRAL DE SALUD
 GERENCIA DE PROGRAMAS EXTERNOS DESALUD

ENCUESTA POBLACION

FECHA _____ N° DE EQUIPO _____
 DIA MES AÑO

1 NOMBRES Y APELLIDOS _____

2 DIRECCION PARTICULAR _____

3 EDAD _____ SEXO: M F

4 RAZA: BLANCO NEGRO MESTIZO

5 GRADO DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA SECUNDARIA TEC. MEDIO NIVEL SUPERIOR

6 OCUPACION: SI LUGAR DONDE TRABAJA _____
 NO TRABAJO QUE REALIZA _____

7 ASEGURADO TITULAR DERECHO HABIENTE PENSIONISTA NO ASEGURADO

8 CLASIFICACION DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION

I. SANO

II. RIESGO
 HABITO DE FUMAR ALCOHOLICO DROGA
 SEDENTARISMO ACCIDENTE OTROS

III. ENFERMOS
 HIPERTENSION ARTERIAL OSTEOARTROSIS OTROS
 DIABETES MELLITUS TUBERCULOSIS
 ASMA BRONQUIAL I.T.S
 ACCIDENTE VASCULAR SIDA
 CARDIOPATIA ISQUEMICA IRC

IV. DISCAPACITADO
 MENTAL MOTORA SENSORIAL: AUDITIVO VISUAL

9 NIÑO
 SANO
 RIESGO CUALES _____
 ENFERMO CUALES _____ NRO. VECES

NUMERO DE CONTROLES EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES
 SARAMPION TETANOS ERA MENINGITIS
 RUBIOLA PAROTIDITIS EDA DERMATOMICOSIS
 TOSFERINA PARASITISMO ASMA OTROS: _____
 DIFTERIA EPILEPSIA DIABETES

10 INMUNIZACIONES
 1RA 2DA 3RA
 BCG DPT REACT TT HIB HVB
 ANTIPOLIO DT ANTIMARILICA ANTISARAMPIONOSA

11 MUJER
 1RA. RELACION SEXUAL ADOLESCENTE
 (MEF) CONTROLADA SI
 METODO DIU ORAL INYECCIONES OTROS
 NO CONTROLADA INDICAR _____

NRO. GESTACIONES NRO. ABORTOS NRO. PARTOS VIVOS NRO. PARTOS MUERTOS
 CITOLOGIA (PAF) NO SI FUM RESULTADO NEGAT. RESULTADO POSITIVO
 EXAMEN DE MAMA NO SI FECHA ULTIMO DE EXAMEN _____ RESULTADO NEGATIVO
 RESULTADO POSITIVO

12 SITUACION AMBIENTAL
 CONDICIONES DE LA VIVIENDA NRO. DE PERSONAS QUE HABITAN NRO. DE HABITACIONES
 TECHO CONCRETO PISO CEMENTO PAREDES CONCRETO
 CALAMINA TIERRA MADERA
 ESTERA FALSO PISO ESTERAS
 OTROS _____ OTROS _____ OTROS _____

13 ABASTECIMIENTO DE AGUA NO SI TIPO: RED INTRADOMICILIARIA
 EXTRADOMICILIARIA
 CISTERNA
 OTROS _____

14 DESECHOS SOLIDOS: RECOLECCION DE BASURA SI NO

15 DISPOSICION DE RESIDUOS LIQUIDOS DESAGUES LETRINA CIELO ABIERTO

16 ANIMALES DOMESTICOS NO SI CUALES _____ NRO.

17 VECTORES
 MOSCAS SANCUDOS CUCARACHAS RATAS O PERICOTES OTROS _____

18 LUZ ELECTRICA SI NO

19 ALIMENTACION
 NRO. DE COMIDAS AL DIA INDICAR DESAYUNO
 ALMUERZO
 COMIDA

19 OBSERVACIONES

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

**GERENCIA DE PROGRAMAS
EXTERNOS DE SALUD**

Revisión de Documentos Técnicos

Elaborado por los Consultores Cubanos :

**DRA. MARÍA SILVERIO RODRIGUEZ
DRA. DOLORES PUERTAS ALVAREZ
DR. ABEL HIDALGO PRIETO**

Revisión de documentos técnicos por parte de los Consultores Cubanos

♦ Manual de Atención Integral a la Mujer

Los comentarios que la Dra. María Silverio, arribó después de la revisión, fueron los siguientes:

- ✓ El manual considera el manejo de los daños prevalentes en la mujer.
- ✓ Incluye aspectos preventivo promocionales como: orientación, motivación, educación, comunicación e información, detección de riesgos y daños.
- ✓ Los esquemas de tratamiento planteados no fueron modificados por la mencionada profesional.
- ✓ En cuanto a promoción de la salud, el Manual cubre el grupo poblacional de adolescentes.
- ✓ El Capítulo III sobre valoración integral, contiene todos los aspectos relacionados a una evaluación integral.
- ✓ En cuanto al capítulo V, sobre intervenciones a usuarios con daño, es completo
- ✓ En cuanto a la aplicación del Manual en Establecimientos del primer nivel de atención, bajo la estrategia de la atención primaria, el Manual es perfectamente adaptable.
- ✓ El Manual contempla los puntos relevantes de la prestación integral de salud de la Mujer.

♦ Directiva de Inmunizaciones

Las recomendaciones que la Dra. Dolores Puertas Alvarez, realizó con respecto a la Directiva de Inmunizaciones fueron:

- ✓ El Director del Centros Asistencial debe ser el representante oficial de EsSalud ante el MINSA(8.3. De las actividades de los Profesionales de la Salud).
- ✓ La supervisión debe incluir además de los puntos que se consideraron en la Directiva, el desempeño del personal.
- ✓ La Directiva, en líneas generales contempla los puntos necesarios para normar el tema de inmunizaciones a nivel Institucional, así como para superar las deficiencias encontradas en el diagnóstico de inmunizaciones.

♦ Documentos relacionados al Modelo de Atención Integral

El Dr. Abel Hidalgo Prieto, hizo las revisiones pertinentes a los documentos denominados "Modelo de Atención Integral de Salud" y "Propuesta del Piloto del Modelo de Atención Integral", dando opinión en el siguiente sentido :

- ✓ La designación del Policlínico "María Donrose Suttmoller" de Ventanilla, está acorde con los criterios técnicos propuestos por la Gerencia Central de Salud para la selección del Piloto del Modelo de Atención Integral.
- ✓ Es necesario desarrollar con mayor profundidad el tema de Medicina Familiar, que es la estrategia fundamental para el primer nivel de atención.
- ✓ Es imprescindible realizar diagnósticos de salud regionales ó locales como paso inicial, para aplicar coherentemente las intervenciones intra y extra-murales.
- ✓ El líneas generales los documentos sobre el Modelo de Atención son un avance importante, pero se requieren realizar los ajustes necesarios para su oficialización y difusión a nivel nacional.