

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1207 -GG-ESSALUD-2013

Lima, 17 de setiembre del 2013

VISTOS:

La Carta N° 7471-GCPS-ESSALUD-2013, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y el Informe Técnico N° 03-GPPS-GCPS-ESSALUD-2013, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de acuerdo con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), considerando a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud como órgano de línea de la Gerencia General;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en cuyos literales b) y h) del artículo 4° se establece que dicha Gerencia Central tiene por funciones, formular y proponer el desarrollo de modelos, niveles de atención, complejidad y organización a la que deberán ceñirse los Órganos Desconcentrados para ejecutar acciones de prevención, promoción, fomento y recuperación y rehabilitación de la salud; y establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud en sus diferentes niveles y modalidades a fin de garantizar prestaciones de calidad requerida;

Que, el literal d) del artículo 25° del citado Reglamento de Organización y Funciones, establece como una de las funciones de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, el conducir la formulación, implementación y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD, documentos técnicos, herramientas e instrumentos de gestión, procesos, procedimientos, indicadores sanitarios y criterios técnicos sobre las prestaciones primarias que corresponden a actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y actividades recuperativas y de rehabilitación básica en los Centros Asistenciales que brinden prestaciones de salud del Primer Nivel de Atención, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005 se aprobó el documento técnico normativo "Modelo de Atención Integral de Salud", definido como el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que garantizan la prestación de una atención integral, continua y de calidad orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud para las personas sus familias y comunidades;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

17 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS
FEDATARIO SUPLENTE
REGISTRO N° 003-SG-ESSALUD-2012

165-2013-015



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1207 -GG-ESSALUD-2013

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 109-GG-ESSALUD-2008 se aprobó el documento técnico "Cartera de Servicios de Atención Primaria de ESSALUD";

Que, el cuarto objetivo estratégico de ESSALUD trazado dentro del marco del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 es *"Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS"*; razón por la cual, resulta necesario actualizar la cartera de servicios de atención primaria para adecuarla al marco de los avances y modernidad de los servicios de salud y al fortalecimiento de la atención primaria en la Institución;

Que, con la Carta de Vista, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite el proyecto de "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", documento técnico que tiene como objetivo establecer las actividades estandarizadas por etapa de vida, en los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud - ESSALUD, con población adscrita;

Que, en tal sentido, resulta necesario actualizar el catálogo de actividades de la cartera de servicios de atención primaria de salud de ESSALUD, a efectos de contar con un instrumento de gestión que permita estandarizar las intervenciones a la persona, a la familia y a la comunidad en el marco del Modelo de Atención Integral y de las políticas del sector;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las directivas y los Procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y de la Presidencia Ejecutiva; y

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando de acuerdo a lo propuesto y en uso de sus facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el documento técnico "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", que forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a través de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, se encargue de la difusión, asesoría técnica, así como la implementación del documento técnico antes mencionado, en el ámbito nacional.
3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Finanzas, en coordinación con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la asignación de la disponibilidad presupuestal necesaria para la implementación y ejecución del presente documento técnico, en concordancia con la normatividad vigente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

17 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS
FEDATARIO SUPLENTE
REC-003-SG-ESSALUD-2012



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1 207 -GG-ESSALUD-2013

4. **DISPONER** que la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones, y Gerencia Central de Prestaciones de Salud, según el ámbito de sus competencias, realicen las medidas de gestión que garanticen la disponibilidad de los recursos necesarios para el otorgamiento de las prestaciones de salud integral en el marco de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.
5. **DISPONER** que los Gerentes y Directores de las Redes Asistenciales adopten las acciones de gestión permanentes a fin de operativizar los aspectos técnicos asistenciales de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, en Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención del ámbito de su jurisdicción con población adscrita, así como efectuar el control correspondiente que garantice la calidad y oportunidad de las prestaciones de salud integral brindadas a los asegurados y sus derechohabientes.
6. **ENCARGAR** a la Oficina de Relaciones Institucionales, el diseño y difusión de los materiales de comunicación intrainstitucionales y extrainstitucionales que contribuyan con la transmisión del contenido de la presente Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.
7. **DEJAR SIN EFECTO** el documento técnico "Cartera de Servicios de Atención Primaria", aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 109-GG-ESSALUD-2008, y todo aquello que se oponga a la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



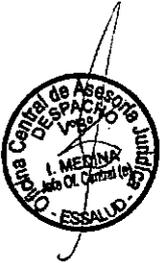
RAMON HUAPAYA RAYGADA
GERENTE GENERAL
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD	
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	
GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD	
Prov. N°	18
Fecha	18 SEP 2013
Tramitado:	SCANEAR Y DIFUNDIR
PARA	Proyecto de Carta
Informe	Conocimiento y Fines
Atención	Coordinar
Opinión	Cumplimiento
Archivo	
Dr. JULIO CESAR MEDINA VERASTEGUI GERENTE	

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

17 SEP 2013

JOSE TERRONES CELIS
FEDATARIO SUPLENTE
REG. N° 003-SG-ESSALUD-2012





**CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
DE COMPLEJIDAD CRECIENTE DEL
SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)**



LIMA – PERU

2013

SEGURO SOCIAL DE SALUD



Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
PRESIDENTA EJECUTIVA



Ing. RAMON HUAPAYA RAYGADA
GERENTE GENERAL



Dra. ADA PASTOR GOYZUETA
GERENTA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Dr. JULIO MEDINA VERASTEGUI
GERENTE DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

La elaboración del presente documento contó con la participación técnica de los profesionales de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, así como de la Sede Central, Redes Asistenciales, Agencias de Cooperación Institucional y Universidad Peruana Cayetano Heredia.

GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD:

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD COORDINACION TECNICA

Dr. Alberto Coila De La Cruz
Lic. Carlos Arévalo Celis
Dra. Ysabel Benate Galvez
Lic. Rosio Medrano Pascual
Ing. Milton Villavicencio Acuña
Ing. Marino Angeles Pato
Ing. Jose Morales Sotomayor

SUBGERENCIA DE PREVENCION

Lic. Isabel Avalos Marrufo
Dra. Marianella Nuñez Urbina
Dra. Karina Montano Fernández
Dra. Rita Meza Padilla
Lic. Nelly Rodríguez Pacheco
Lic. Mirtha Valladares Fernández
C.D. Fritz Ortíz León

COLABORADORES

Dr. Felix Mellado Quiñones
C.D. Ana Arenas Abad
Dra. Sofia Cuba Fuentes
Dr. Arturo Jurado vega
Dra. Nohemy Ramírez Gallegos
Dra. Pilar Gamarra Samaniego
Lic. Betty Meza Pérez
Dr. Rodolfo Levano Martinez

SUBGERENCIA DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Dr. Vladimir Henríquez Yactayo
Dr. Martin Condorhuaman Figueroa
Ing. Ulianov Guadalupe Najarro

SUBGERENCIA DE PROMOCION DE LA SALUD

Dra. Ana María Salinas Medina
Dr. Edén Galán Rodas
Dr. Pedro Torres Guizado
Dra. Zoila Romero Albino
Lic. Paola Paredes Rojas

DIRECCION DE MEDICINA COMPLEMENTARIA

Dra. Martha Villar López
Dra. Elizabeth Ibáñez Cuba
Dra. Sonia Salinas Jiménez
QF. Danna Astahumán Huamani

COMITES TECNICOS Y CENTRO ESPECIALIZADO

Centro Nacional de Salud Renal
Comité Nacional de Rehabilitación
Comité Nacional de Cáncer
Comité Nacional de Salud Mental
Comité Nacional de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis.
Comité Nacional de Muerte materna

REDES QUE PARTICIPARON:

Red Asistencial Almenara
Red Asistencial Rebagliati
Red Asistencial Arequipa
Red Asistencial La Libertad
Red Asistencial Ancash
Red Asistencial Cusco
Red Asistencial Ica
Red Asistencial Juliaca
Red Asistencial Puno
Red Asistencial Junin
Red Asistencial Piura
Red Asistencial Amazonas
Red Asistencial Apurimac
Red Asistencial Ayacucho
Red Asistencial Huancavelica
Red Asistencial Huanuco
Red Asistencial Loreto
Red Asistencial Madre de Dios
Red Asistencial Moquegua
Red Asistencial Moyobamba
Red Asistencial Tarapoto
Red Asistencial Pasco
Red Asistencial Tacna
Red Asistencial Tumbes
Red Asistencial Ucayali



MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Miguel León García
Director de Atención Integral de Salud



COOPERACION DE LA AGENCIA INTERNACIONAL

Dr. Ramón Granados Toño
Organización Panamericana de la Salud

UNIVERSIDAD

CRONICAS, Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, de la Universidad
Peruana Cayetano Heredia

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

INDICE

1. OBJETIVO
2. FINALIDAD
3. BASE LEGAL
4. ALCANCE
5. CONCEPTOS DE REFERENCIA
6. ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE
 - 6.1 Paquetes de Atención Integral
 - 6.2 Etapas de vida y grupos etáreos
 - 6.3 Ejes temáticos
7. ATENCION INTEGRAL DE SALUD A LA PERSONA
 - 7.1 ATENCION INTEGRAL DE SALUD EN LA GESTANTE Y DURANTE EL PUERPERIO
 - 7.1.1 Gestante
 - 7.1.2 Puérpera
 - 7.2 ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO
 - 7.2.1 Recién nacido (0 a 28 días)
 - 7.2.2 Niño de 29 días a 11 meses 29 días
 - 7.2.3 Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días
 - 7.2.4 Niño de 5 a 8 años 11 meses 29 días
 - 7.2.5 Niño de 9 a 11 años 11 meses 29 días
 - 7.3 ATENCION INTEGRAL DE SALUD AL ADOLESCENTE
 - 7.4 ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL JOVEN
 - 7.5 ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO
 - 7.6 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
8. PAQUETE DE ATENCIÓN DE SALUD A LA FAMILIA
9. PAQUETE DE ATENCIÓN DE SALUD A LA COMUNIDAD
10. ANEXOS
 - Anexo N° 1.- Actividades de atención de Rehabilitación en Establecimientos de Salud con población adscrita
 - Anexo N° 2.- Contenido de los Ejes temáticos y temas priorizados
 - Anexo N° 3.- Actividades de Medicina Complementaria
 - Anexo N° 4.- Factores de riesgo asociados de forma más significativa al cáncer
11. CUADROS
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
13. ABREVIATURAS



PRESENTACIÓN

La salud en el Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica derivado de cambios significativos en el desarrollo económico, social, avances científico-tecnológicos y la globalización, lo cual genera otras necesidades de salud; y por ende demanda una respuesta de complejidad creciente ante los nuevos desafíos y retos en el abordaje de los problemas de salud, en los cuales la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como la contribución del enfoque familiar y comunitario toman gran relevancia.



En este contexto, ESSALUD tiene como objetivo central, brindar atención integral para contribuir a disminuir la carga de enfermedad, abordando las prioridades sanitarias; y por ello la actualización de la Cartera de Servicios Salud de Complejidad Creciente concebida como el conjunto de actividades, e instrumentos de gestión que permite estandarizar las intervenciones a la persona, a la familia y a la comunidad en el marco del Modelo de Atención Integral, enmarcándose en las políticas del sector y considerar que la atención primaria de salud es transversal a los tres niveles de atención. Esta versión enfatiza el desarrollo de acciones preventivas como los tamizajes, basados en la mejor evidencia científica disponible y costo-efectiva; establece el intervalo de las actividades a ofertar según factores de riesgo encontrados a fin de evitar la solicitud indiscriminada de exámenes; incorpora actividades de prevención de la discapacidad, Medicina Complementaria, Rehabilitación, refuerza la educación para la salud a todas las etapas de vida en contenidos basados en evidencia; así mismo se contemplan paquetes de Atención Integral de Salud a la Persona por etapas de vida según grupos etáreos; paquete de atención integral de salud a la familia, fortaleciendo la intervención familiar a través de la visita domiciliaria con enfoque integral; e intervenciones a la comunidad.



Es así como, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a través de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, y los equipos interdisciplinarios de trabajo han demostrado experiencia y profesionalismo en sus aportes para la elaboración de este documento, que ponemos a su disposición, y que permitirá contribuir al bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a las prestaciones de salud integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente en el logro de nuestra misión institucional.

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

1. OBJETIVO

Establecer actividades sanitarias estandarizadas por etapa de vida, en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud - EsSalud, con población adscrita.

2. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población asegurada.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA; Ampliatorias y Modificatorias.
- Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005 que aprueba el documento técnico normativo "Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución de Gerencia General N° 109-GG-EsSalud-2008 que aprueba la "Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud".
- Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA que modifica el documento "La Salud Integral: Compromiso de todos – El modelo de Atención Integral de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, en cuanto a la clasificación de los Grupos Objetivos para los Programas de Atención Integral.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366 -PE-ESSALUD-2010, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Resolución Ministerial N° 464 – 2011/MINSA que aprueba el documento técnico "Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad".
- Acuerdo N° 23-10-ESSALUD-2012, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 de EsSalud.
- Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 61 -GDP-EsSalud-2006, que aprueba el "Manual de RBC para agentes comunitarios en EsSalud"

4. ALCANCE

La Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente es de aplicación en todos los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – EsSalud con población adscrita.

5. CONCEPTOS DE REFERENCIA

5.1 Atención Integral de Salud

Es la atención que se brinda a la persona en el contexto de su familia y su comunidad, brindándole intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, a través de equipos interdisciplinarios con enfoque bio-psico-social y de articulación entre los centros asistenciales y niveles de atención mediante redes de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia.

5.2 Modelo de Atención Integral de Salud

Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención integral de la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer las necesidades de salud. Además orienta los términos sobre los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el sector salud y la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país.

5.3 Atención Primaria de Salud (APS)

Es la asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

5.4 Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente

Es un documento técnico que define las actividades sanitarias estandarizadas y costo - efectivas en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud - EsSalud, con población adscrita.

5.5 Consulta medica integral

Es la atención ambulatoria realizada por el médico en forma integral, integrada y continua valorando la esfera física, mental, social y su repercusión en el ámbito familiar, laboral y comunitario; tiene por finalidad promover y proteger la salud de la persona, desarrollando intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; así como el monitoreo, seguimiento, control y educación para la salud de acuerdo al problema de salud o riesgo identificado; y resolverlo con oportunidad, calidad y calidez por medio de un plan de trabajo establecido e intervenciones del equipo interdisciplinario cuando sea necesario. Tiene una concentración 3.5 en ESSALUD.

5.6 Actividades de atención integral de salud a la persona

Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de salud por etapa de vida de la persona como son gestante, niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor.



5.7 Actividades de atención integral de salud a la familia

Constituye la oferta de actividades a la familia en el contexto de su comunidad, comprende la identificación de riesgos en el contexto de su vivienda, comunidad, redes de apoyo con las que cuenta, para la planificación conjunta de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el primer nivel de atención.

La intervención familiar comprende la identificación de riesgos biológicos, psicológicos y sociales, así como la estructura, tipología y relaciones familiares; asimismo es transversal a los tres niveles de atención, según nivel de complejidad de acuerdo a normatividad vigente, siendo una actividad fundamental la visita domiciliaria integral.

5.8 Visita domiciliaria integral

Es una actividad que se desarrolla en el domicilio del asegurado dirigida a identificar los riesgos o problemas de salud de la persona en el contexto familiar y comunitario, con un enfoque biopsicosocial, planificando y ejecutando intervenciones de salud, de acuerdo a las necesidades y riesgos encontradas en la familia como unidad.

5.9 Intervenciones a la comunidad

Conjunto de actividades sanitarias dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta la priorización de las necesidades y problemas de salud local, con participación activa de la comunidad y actores claves, a fin de priorizar las intervenciones que contribuyan a mejorar la salud de la población en la comunidad.

Las intervenciones en la comunidad se priorizarán de acuerdo a los escenarios de intervención como son centros laborales, municipios, instituciones educativas y vivienda.

5.10 Prestaciones de Promoción de la Salud

Conjunto de actividades que se brindan a los asegurados destinados a fomentar la salud de la persona, familia y comunidad, con el propósito de promover la adopción de estilos de vida saludable, el autocuidado de la salud y a ejercer la ciudadanía a través de acciones intersectoriales y participación comunitaria mediante estrategias de educación para la salud, movilización social y abogacía.

Promoción de la salud es un proceso que consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, interviniendo sobre los determinantes de la Salud, mediante las estrategias de educación para la salud, movilización social y abogacía (Carta de Ottawa).

5.11 Prestaciones de prevención de la enfermedad

Conjunto de procedimientos o actividades que se brinda a los asegurados, con la finalidad de evitar y/o reducir los riesgos para que las personas y las poblaciones se enfermen, se detecten y se traten oportunamente.



5.12 Prestaciones de recuperación de la salud

Conjunto de procedimientos o actividades que se brindan a los asegurados que presentan algún trastorno o daño a su salud y que pueden ser resueltas, recepcionadas ó canalizadas desde la atención ambulatoria del primer nivel de atención y a través de la red de servicios de EsSalud, con la finalidad que el asegurado recupere su salud.

5.13 Prestaciones de Rehabilitación de la salud en establecimientos con población adscrita

Las actividades de Rehabilitación incluyen Prevención, Detección Precoz de Discapacidades, Rehabilitación Básica de Discapacidades de baja complejidad, privilegiando la Estrategia de Rehabilitación Basada en comunidad (RBC) y realizadas por los Centros Asistenciales del primer nivel de atención y/o CAS con población adscrita

5.14 Medicina Complementaria

Es un conjunto de sistemas y métodos de atención de salud que buscan el bienestar biopsicosocial y espiritual de la persona, su familia y comunidad; basados en los conocimientos tradicionales y modernos, validados con un enfoque holístico y recomendados por la OMS para articularse en los sistemas de salud de los países.

5.15 Educación para la salud

Es una estrategia y comprende la transmisión de información para el cuidado de la salud, el fomento de la motivación, desarrollo de las habilidades personales y autoestima para adoptar medidas destinadas a preservar la salud. Incluye información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, a los factores y comportamientos de riesgo, uso de los servicios de salud; puede ser proporcionado por cualquier miembro del equipo interdisciplinario capacitado y en cualquier oportunidad de contacto con el usuario ya sea durante la atención o consulta. Teniendo en cuenta su bajo costo, en la consulta o atención, es recomendable ofrecer consejos de forma breve y rutinaria, incorporando estrategias educativas fáciles de aplicar para no alterar la dinámica de la consulta.

5.16 Familia

Grupo social primario, unidad básica de la sociedad y del desarrollo humano, conformado por un número variable de personas vinculadas por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad, que interactúan y conviven bajo un mismo lugar en su mayoría y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden ser protectores o de riesgo e impactar en la salud positiva o negativamente de sus integrantes.

5.17 Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS)

Es la unidad básica de la oferta asistencial de salud, constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.



5.18 Tamizaje:

Es una herramienta de salud pública, considerada una práctica de prevención, para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona que no tiene signos ni síntomas conocidos *con la ayuda de unas pruebas, de exámenes, o de otras técnicas susceptibles de aplicación rápida y rentable*. El tamizaje se puede aplicar a poblaciones o grupos de riesgo; encaminada a evitar la aparición de la fase clínica de la enfermedad para continuar con el diagnóstico y tratamiento oportuno, a fin de reducir la morbilidad o la mortalidad, mejorar la expectativa de vida o calidad de vida.

También denominado despistaje, detección precoz, cribado, screening, pesquisa, rastreo

5.19 Charla de salud

Actividad educativa grupal que puede ser ofrecida dentro o fuera del centro asistencial sobre un tema específico con o sin demostración, cuyo objetivo es la información, sensibilización y motivación de las personas respecto al auto cuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental, de acuerdo a los ejes temáticos de la Cartera de Servicios de salud de complejidad creciente.

Nº de participantes: Grupos de 10 a 20 personas
Duración de la Charla: 1 hora (incluido el registro)
Unidad de Medida: Charla

5.20 Taller de salud

Actividad grupal de entrenamiento, educación, información y capacitación donde interactúan el facilitador y los participantes para construir aprendizajes que fortalezcan sus habilidades y competencias para el auto cuidado de su salud y la prevención de enfermedades.

Utiliza fundamentos de la educación para adultos que se caracteriza por ser útil para su trabajo o vida, más práctica que teoría, basada en la experiencia de los participantes, asimismo exige el uso de metodologías participativas que permite aprender haciendo.

Nº de participantes: Grupos de 10 a 20 personas
Duración del taller: 2 horas
Unidad de Medida: Taller

5.21 Factor de riesgo

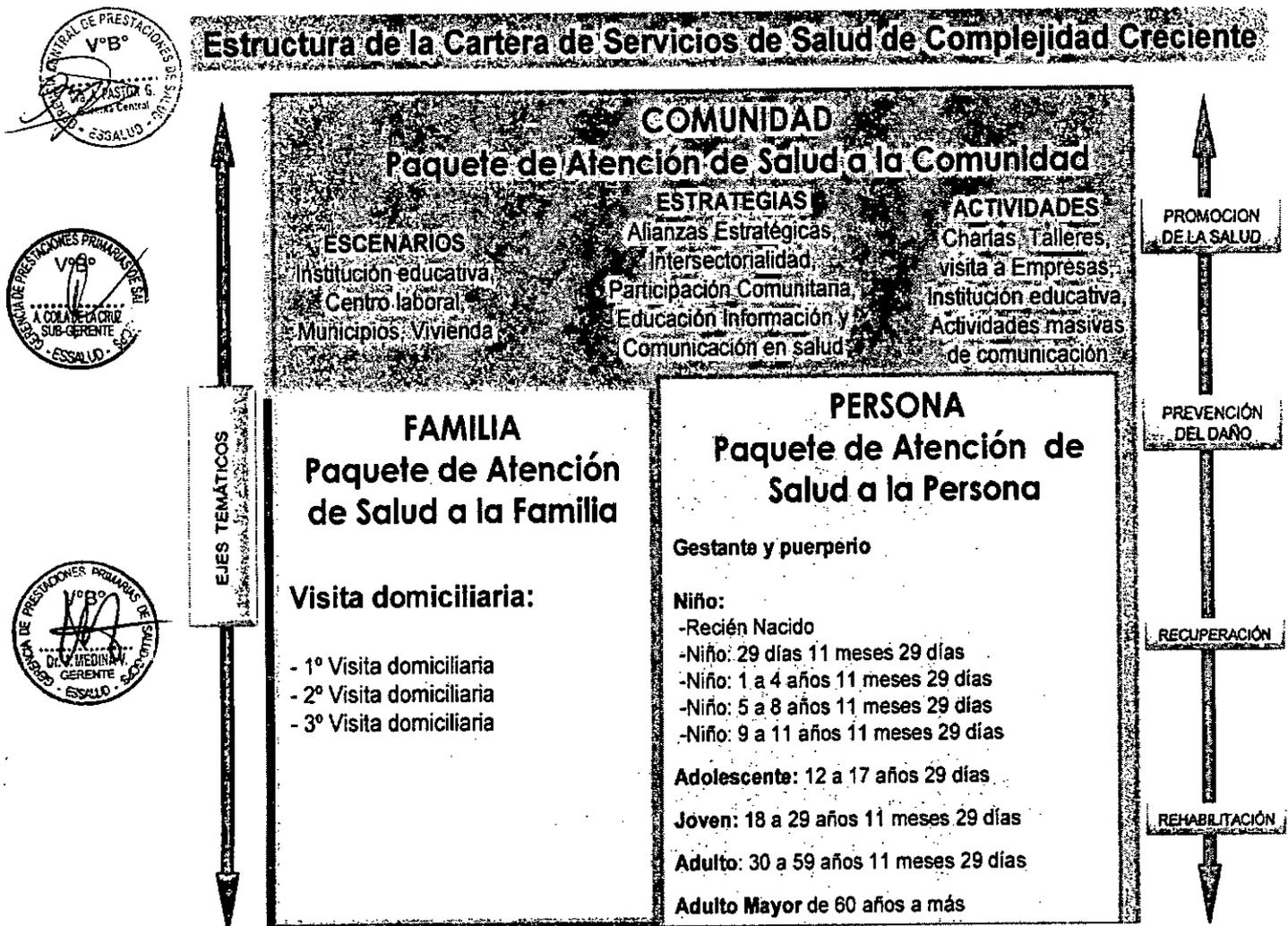
La OMS lo define como *"Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene"*. Ejemplo en Anexo N° 4

6. ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE

6.1 Actividades de Atención Integral

La Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente está estructurada en actividades de atención integral de salud a la persona por etapa de vida, actividades de atención integral a la familia e intervenciones a la comunidad, los cuales contienen actividades para brindar prestaciones de salud a través de acciones de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Recuperación y Rehabilitación (Anexo N° 1) enmarcados en los ejes temáticos transversales priorizados (Gráfico N° 1)

Gráfico N° 1.- Estructura de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente



6.2 Etapas de vida y grupos etáreos

Población asegurada adscrita y acreditada de los centros asistenciales de salud de ESSALUD, según grupos etáreos por etapas de vida (Cuadro N° 01)

Cuadro N° 01.-Etapas de vida y grupos etáreos

Etapas de Vida	Grupos etáreos
	Gestante y puérpera
Niño	Recién Nacido (0 a 28 días)
	Niño de 29 días a 11 meses 29 días
	Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días
	Niño de 5 a 8 años 11 meses 29 días
	Niño de 9 a 11 años 11 meses 29 días
Adolescente	De 12 años a 17 años 11 meses 29 días
Joven	De 18 años a 29 años 11 meses 29 días
Adulto	De 30 años a 59 años 11 meses 29 días
Adulto mayor	De 60 años a más

* Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA que modifica el documento aprobado por RM N° 729-2003-SA/DM en la clasificación de los grupos objetivos para los Programas de Atención Integral

6.3 Ejes temáticos

Contenidos conceptuales claves a ser abordados en los tres niveles de atención, con énfasis en el primer nivel y en las diferentes intervenciones a la persona, familia y comunidad, enmarcadas en las prioridades sanitarias, a fin de tener efectividad en la intervención.

Al ser el Perú un país con diversidad geográfica, cultural, social y económica, los ejes temáticos deben ser priorizados y abordados según necesidades sanitarias locales y regionales identificadas en las Redes Asistenciales (Anexo N° 2)

Cuadro N° 2.- Ejes temáticos priorizados en la Atención Integral de salud a la persona, familia y comunidad

EJES TEMATICOS	ENFOQUE	POBLACION OBJETIVO	ESCENARIO
Actividad física	Género	Persona en sus diferentes etapas de vida	Institución educativa
Alimentación y nutrición saludable			Centro laboral
Salud mental, cultura de paz y buen trato.	Derechos Humanos	Familia	Municipios
Salud sexual y reproductiva	Interculturalidad		Vivienda
Seguridad Vial y Cultura de Tránsito	Equidad	Comunidad	Comunidad
Habilidades para la vida			
Higiene y ambiente			



7. PAQUETE DE ATENCION DE SALUD A LA PERSONA

Está organizada en actividades para realizar atención integral por etapa de vida; comprende actividades como la consulta médica integral, tamizajes, exámenes de laboratorio, inmunizaciones, educación para la salud, visita domiciliaria, actividades en rehabilitación, actividades de medicina complementaria (Anexo N° 3), entre otros.

Asimismo en cada actividad se detalla la frecuencia por año por usuario o periodicidad de exámenes o procedimiento de acuerdo a las recomendaciones, edad, unidad de medida, y nivel de atención.

7.1 PAQUETE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A LA GESTANTE Y DURANTE EL PUERPERIO

7.1.1 GESTANTE

ACTIVIDADES* GESTANTE	Frecuencia	Edad / observaciones
Consulta médica integral (1-4) (a)	4*	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de las 12 semana • Antes de las 20 semanas • Entre la 20 y 24 semanas • Entre la 24 y 28 semanas
	2**	Entre 30 y 40 semanas (hasta el parto)



Atención ambulatoria obstétrica (b)	2	Antes de las 30 semanas
Consulta Odontoestomatológica integral (5)	2	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de la 14 semanas • Entre las 22 y 24 semanas
Psicoprofilaxis de la Gestante y estimulación Prenatal (c)	6	Iniciar antes de las 20 semanas hasta el término del embarazo.
Ecografía obstétrica (3,6)	2	La primera, antes de la 20ª semana y la segunda después de la 20ª semana
Grupo Sanguíneo (3)	1	1º Trimestre
Factor Rh (3)	1	1º Trimestre
Examen de Hemoglobina (3) (d)	1	1º Trimestre
Glicemia (8,11) (e)	1	1º Trimestre a gestantes con factores de riesgo
Urocultivo (3,6) (f)	1	Entre las 12 a 16 semanas.
Examen completo de orina (3,6) (g)	1	Entre las 24 y 28 semanas
RPR o VDRL (3,6,12) (h)	1	1º Trimestre
Prueba rápida o ELISA para tamizaje de VIH (3,6) (i)	2	1º Trimestre 3º Trimestre
Toma de muestra de PAP (3,6) (j)	1	En las primeras consultas
Tamizaje en salud mental (3,6,7) (k)	--	Es parte de la atención o consulta
Consejería en alimentación saludable y nutrición (l)	--	1º, 2º y 3º Trimestre Es parte de la consulta
Educación para la Salud(6-10) (m)	--	Es parte de la atención o consulta
Suplementación con Hierro (3) (n)	3	1º Trimestre
Suplementación con Acido Fólico 0.4mg (3) (o)	1	1º Trimestre
Suplementación con Calcio (3) (p)	3	1º Trimestre
Visita domiciliaria (15)(q)	3	Durante la gestación según criterios de riesgo
Captación de Sintomático Respiratorio***	---	Toda gestante con tos y flema por 15 días o más
Vacunación de acuerdo a calendario vigente (13,14) (r)		
Atención del parto normal, y complicaciones** (s)		
Atención de Complicaciones durante el embarazo** (t)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

** Nivel de atención: II ó III

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) Comprende la atención prenatal, valoración del riesgo obstétrico, vigilancia nutricional, suplementación (Hierro, Acido Fólico), planificación de parto, test de tamizajes, solicitud de

exámenes auxiliares, inmunizaciones, despistaje de cáncer ginecológico, evaluación de los resultados, así mismo incluye las actividades de educación, consejería y orientación. En el I y II nivel de atención se realizarán las 4 primeras atenciones prenatales, realizándose mensualmente hasta las 28 semanas. La 5° y 6° consulta médica se realizará en el nivel de atención donde le corresponde atender el parto a partir de las 32 semanas, de manera quincenal hasta las 36 semanas y semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

- b) Comprende la atención prenatal donde se brinda información, educación, incluye tamizajes, PAP y seguimiento a la gestante de bajo riesgo obstétrico (definido por el medico) y derivada de la consulta médica integral.
- c) Actividad colectiva realizada a grupo de 10 a 20 gestantes, las cuales son continuadas en el II nivel. La Psicoprofilaxis de la Gestante y Estimulación Prenatal se realizan en un solo taller.
- d) Durante el 1° Trimestre (primer control), el examen se repetirá en el 3° Trimestre, en casos de gestantes presenten factores de riesgo para anemia (Recomendación A USPSTF)
- e) En gestantes con factores de riesgo para DM como familiares de primer y segundo grado de consanguinidad con DM, obesidad, antecedente de hijo macrosómico, fumadora, ganancia de peso mayor de 500 gr. semanales. Recomendación B (ADA 2013).
- f) Se realiza entre las 12 a 16 semanas, el objetivo es la detección de bacteriuria asintomática. Recomendación A de la USPSTF. Recomendación ACOG. En centros asistenciales donde no fuese posible realizar la prueba, se tomará tira reactiva o examen simple de orina.
- g) En el tercer trimestre de gestación. Recomendación ACOG.
- h) Se realiza en el 1° Trimestre, repetir la prueba en el 3° Trimestre en personas con alto riesgo: Historia de Infecciones de Transmisión sexual, múltiples parejas sexuales, inicio temprano de RS, uso de drogas, casos VIH (+), trabajadoras sexuales, pareja de alto riesgo. Recomendación A de la USPSTF, Recomendación ACOG.
- i) En el 1° Trimestre y repetir al 3° Trimestre (36 semanas). Durante la labor de parto en casos que no se haya efectuado el tamizaje de VIH, se realizará el tamizaje con prueba rápida VIH en la sala de partos y emergencia obstétrica. Recomendación A USPSTF ACOG. En caso de dificultades en el acceso y oportunidad para la toma de ELISA VIH, se realizará prueba rápida para HIV-1 y HIV-2 de Sensibilidad de 100 % y especificidad mayor de 98%. De acuerdo a las características de la población atendida y la urgencia en disponer de los resultados serológicos población con riesgo de infección por VIH que habitualmente no son usuarios de la atención médica convencional o de difícil acceso a los servicios de salud.
- j) Se recomienda el esquema 1-1-3 de tamizaje de cáncer cervical para mujeres en periodo de gestación, igual al de mujeres no gestantes. Es recomendable efectuar el tamizaje en mujeres embarazadas sin antecedente de citologías previas igual que las mujeres no embarazadas en el mismo rango de edad.
El esquema 1-1-3 significa, que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda es normal se debe realizar otra citología a los 3 años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología se mantenga negativo. En casos que la última citología haya sido tomada en un tiempo mayor de 3 años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.
- k) Durante la atención o consulta del profesional del equipo interdisciplinario, incluye interrogar sobre uso o abuso de alcohol y tabaco (Recomendación A). Síntomas depresivos (Recomendación C).
- l) Es parte de la atención o consulta por miembro del equipo interdisciplinario capacitado.
- m) Actividad brindada por el equipo interdisciplinario en signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, higiene personal e higiene bucal, Lactancia materna exclusiva (Recomendación B de la USPSTF), alimentación balanceada de la gestante, actividad física, cuidados del Recién Nacido, lavado de manos, deberes y derechos en salud, Salud sexual y reproductiva.
- n) Administración de Sal ferrosa 300mg mensualmente por tres meses (90 tab.)
- o) Administración de Acido fólico 0.4mg a 0.8 mg/día por un mes antes de la concepción y continuar en los 3 primeros meses del embarazo. Evidencia A PAPPS, Recomendación A USPSTF 2012. Se considera como factores de riesgo: antecedente familiar o personal de gestación con defectos del tubo neural, uso de ciertos medicamentos anticonvulsivos (aumentar la dosis), diabetes, obesidad.
- p) Administración de 500mg de Calcio elemental por tres meses (90 tab.)



- q) Pacientes en riesgo: gestantes en condición de pobreza, gestantes con identificación de complicaciones, gestante adolescente que no acuden a su consulta medica, seguimiento o control de un daño prioritario relevante como TBC, VIH; riesgo social. Realizadas por equipo interdisciplinario entrenado y organizado (aumentan la participación en el cuidado prenatal, adherencia a suplementos, genera competencias parentales, satisfacción al usuario y son costo-efectivos).
- r) De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente
- s) Incluye cesárea y monitoreo fetal
- t) Aborto espontáneo, enfermedad Hipertensiva del embarazo, hemorragia obstétrica, infecciones obstétricas, entre otras según guías y protocolos de atención.

7.1.2 Puerpera

ATENCIÓN DEL PUERPERIO	Frecuencia	Edad / observaciones
Consulta médica integral (1,10)(a)	2	A los 7 días post parto** A los 30 días post parto*
Suministro de Hierro(3) (b)	1	Hasta los 45 días post parto***
Planificación familiar (c)	1	Es parte de la consulta medica integral o atención obstétrica ***
Educación para la salud (3,6,8,10) (d)	---	Durante la atención a la puerpera por el equipo interdisciplinario*
Captación de Sintomático Respiratorio	---	Toda persona con tos y flema por 15 días o más***
Tamizaje depresión postparto (e)	---	Durante la consulta medica integral*
Atención del puerperio con complicaciones según normatividad vigente**		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnostico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

** Nivel de atención: II ó III

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda

- a) La primera consulta preventiva se realizará en el centro asistencial de referencia donde se atendió el parto, la segunda consulta preventiva en el CAS de origen
- b) El suministro de Hierro se realiza durante la consulta de la puerpera para un periodo de 45 días.
- c) Incluye dotación de anticonceptivos si se requiere. Es parte de la consulta.
- d) Durante la atención del profesional del equipo interdisciplinario capacitado, incluye la consejería en Lactancia Materna.
- e) Se debe indagar por síntomas o signos de depresión postparto a toda puerpera con énfasis a aquellas con mujeres con factores de riesgo como: historia familiar o personal de depresión postparto en embarazo previo (25 a 50% desarrollan depresión mayor), historia de desorden depresivo mayor, pobre soporte social (AAFP) <http://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.html>.

7.2 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

7.2.1 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)

ACTIVIDADES Recién Nacido	Frecuencia / Año	Edad / observaciones
Atención inmediata del recién nacido normal o con patología** (10)	1	--
Grupo sanguíneo (10)	1	Primeras horas de vida**
Factor RH (10)	1	
Examen de Hemoglobina (10)	1	
VDRL/RPR (10)	1	
Glucosa (10)	1	
Gota gruesa (10) (a)	1	
Tamizaje neonatal (6,16-18) (b)	1	Según normatividad vigente**
Consulta medica integral (10) (c)	2	A los 7 días**
		A partir de los 15 días*
Control de Crecimiento y Desarrollo (5,10) (d)	1	A los 7 días**
Taller de estimulación temprana (5,10)	1	A los 7 días**
Educación para la salud (8,10) (e)	---	Durante la atención al niño***, es parte de la consulta
Vacunación de acuerdo a calendario vigente*** (13,14) (f)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

** Nivel de atención: II ó III

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- Zonas endémicas como Loreto, Cajamarca, San Martín y Madre de Dios, entre otros.
- Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal, Fibrosis Quística, Potenciales Evocados Auditivos (Evaluación Auditiva), Reflejo rojo (evaluación visual), Despiñaje de retinopatía de la prematuridad, según normatividad vigente.
- La primera consulta se realiza a los 7 días en el hospital donde se atendió el parto. La segunda consulta a partir de los 15 días de vida del RN, es decir cuando el RN ha sido contrarreferencia a su CAS de procedencia.
- Se realizará a los 7 días en el hospital donde se atendió el parto.
- Brindada a los padres o cuidadores durante la consulta externa médica y/o CRED, priorizan los siguientes temas: Lactancia materna exclusiva, prevención de asfixia neonatal, cuidados del recién nacido, signos de alarma. Es parte de la consulta, realizada por el equipo interdisciplinario competente.
- Dentro de las 24 horas de vida. Vacunación BCG y antihepatitis. De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente. Recomendación A (ACIP, CDC)

7.2.2 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DIAS A 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES**	Frecuencia /Año	Edad/ Observaciones
Niño de 29 días a 11 meses 29 días		
Consulta médica integral (1)(a)		Incluye control CRED al 2º y 6º mes
Evaluación visual (reflejo rojo)(19)(b)	---	6º mes, es parte de la consulta y/o CRED
Consulta Odontostomatológica integral (20)	1	A partir del 6º mes de vida
Control de Crecimiento y Desarrollo (c) (21, 22)	6	Al cumplir 1º, 2º, 4º, 6º, 7º y 9º mes
Taller de estimulación Temprana (d) (1)	5	Al cumplir 1º, 2º, 4º, 6º y 9º mes
Examen de Hemoglobina (e)(6,16)	1	Al 6º mes
Suplementación de Hierro asociado a Vitaminas A y Zinc (multimicronutrientes) (f)(1,6,16)	3	A partir del 6º mes por seis meses continuos
Educación para la salud (g) (1,6,19)	--	Durante la consulta medica y CRED
Visita domiciliaria (h)(15)	3	Casos de riesgo
Vacunación de acuerdo a calendario vigente (i) (13,14)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Legenda:

- a) Incluye evaluación de crecimiento y desarrollo al 2º y 6º mes y solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la edad del niño.
Se realiza con la luz del Oftalmoscopio, al 6º mes de vida, por el profesional de la salud entrenado. Durante consulta o control CRED.
Se realiza al cumplir el 1º, 2º, 4º, 6º, 7º y 9º mes. Al 6º mes realizar la evaluación de reflejo rojo con la luz del Oftalmoscopio y vigilar la alineación ocular que es significativa para evaluar el estrabismo fijo (Guía PAPPS 2012. Recomendación III, I). Dos de los controles CRED del niño se realizarán durante las consultas médicas integral del niño (al 2º y 6º mes).
- d) Se realiza al cumplir Al cumplir 1º, 2º, 4º, 6º y 9º mes
- e) A partir del 6º mes de vida, antes del inicio de la suplementación. En caso de niños y niñas nacidos con bajo peso al nacer o prematuros el tamizaje se realizará en el 1º mes de vida. Recomendación AAPF, USPSTF
El uso de hierro asociado a otras vitaminas y minerales como multimicronutriente en polvo se administrará en niños y niñas a partir del 6º mes de vida en nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, durante seis meses continuos por año. En niños y niñas con bajo peso al nacer o prematuros iniciar la suplementación desde el primer mes de vida durante 11 meses continuos según esquema de suplementación preventiva. Recomendación B USPSTF. La suplementación de Hierro es vía oral, presentación en gotas, jarabe y/o multimicronutrientes. El uso de la presentación en gotas para el caso de niñas o niños prematuros o con bajo peso al nacer (2-4mg de Hierro elemental/kg/día), y el uso de jarabe para niñas y niños a término con peso adecuado para la edad gestacional (1-2mg de Hierro elemental/kg/día).



- g) Dirigida a los padres o cuidadores sobre la importancia de la Lactancia Materna exclusiva, inicio de la alimentación complementaria, información a la madre o cuidadores en relación a los cuidados del niño, practicas clave para el crecimiento y desarrollo saludable del niño.
- h) Dirigido a niño en riesgo nutricional, que no acude a vacuna, a control de daño (neumonía, EDA con deshidratación/shock). Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc. u otros de acuerdo a cada región.
- i) De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente. Recomendación A, ACIP, CDC, USPSTF

7.2.3 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES* Niño de 1 a 4 años 11 meses 29 días	Frecuencia //Año	Edad / Observación
Consulta médica integral (1)		
Consulta Odontostomatológica integral (19)	2	
Control de Crecimiento y Desarrollo (a) (1,5,19,21,22)	4	De 1 a 2 años
	1	De 3 a 4 años
Taller de estimulación temprana (b) (1,5)	4	De 1 a 2 años
	1	De 3 a 4 años
Evaluación visual (c) (19)	1	A partir de los 3 años, es parte de la consulta medica o CRED
Examen de Hemoglobina (6,16)	1	Realizar hasta los 35 meses, 01 vez al año
Parasitológico seriado en heces	1	
Test de Graham(5)	1	
Suplementación preventiva con hierro ó multimicronutrientes (d) (5,16)	1	Hasta los 35 meses por 6 meses continuos.
Administración de Vitamina A (e) (1,5,22)	2	A los 6°,12,18 y 24 meses, a niños que habitan en zonas de riesgo
Educación para la salud (f) (1,19)	1	Es parte de la consulta y CRED
Visita domiciliaria (g)(15,21)	3	Casos de riesgo
Vacunación de acuerdo a calendario vigente (h) (13,14)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnostico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) En el niño de 01 año realizar 4 controles (12° mes, 15° mes, 18 ° mes y 21° mes); en el niño de 2 años se realizar 4 controles (24° mes, 27° mes ,30° mes y 33° mes) en el niño de 3 años en adelante realizar 01 control anual. Incluye descarte de problemas posturales.



- b) En el niño de 01 y 02 años realizar 4 talleres al año; en el niño de 3 años en adelante realizar 01 taller anual.
- c) Realizarlo a partir de los 3 años hasta 6 años. Incluye despistaje de ambliopía, estrabismo y defectos de la agudeza visual con ortotipos infantiles. Recomendación B USPSTF y Guía PAPPS 2012 Recomendación II-2, B. En caso de hallazgos de alteraciones, derivar a oftalmólogo.
- d) La suplementación de Hierro es vía oral, presentación en gotas, jarabe y/o multimicronutrientes. Usar la presentación en gotas para niñas o niños prematuros o con bajo peso al nacer (2-4mg de Hierro elemental/kg/día), y el uso de jarabe para niñas y niños a término con peso adecuado para la edad gestacional (1-2 4mg de Hierro elemental/kg/día). El uso de hierro asociado a otras vitaminas y minerales como multimicronutriente en polvo se administrará en niños y niñas entre 6 y 35 meses de edad nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, durante seis meses continuos por año.
- e) Vitamina A (200 000UI), cada seis meses hasta los 24 meses, a niños que radican en zonas de riesgo
- f) A los padres y cuidadores: Alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes, uso de cinturón de seguridad, uso de sillas para autos, higiene y aseo personal, pautas de crianza, Manejo adecuado de conductas de los hijos.
- g) Niño en riesgo: si no acude a control o se identifica riesgo. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.
- h) De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente.

7.2.4 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5 A 8 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES*	Frecuencia /Año	Edad / Observación
Niño 5 a 8 años 11 meses 29 días		
Consulta médica integral (5) (a)		
Consulta Odontostomatológica integral (5)	2	
Control de Crecimiento y Desarrollo (1,5,19)	1	
Tamizaje de obesidad (b)	1	A partir de los 6 años. Es parte de la consulta / control
Parasitológico seriado en heces (3 muestras) (c)(5)	1	En zonas de alta prevalencia
Examen visual (d) (5)	1	Es parte de la consulta / control
Visita domiciliaria (e)(15)	3	Casos de riesgo
Educación para la salud (f)(5,19)	1	Durante la consulta médica y CRED
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) Consulta médica integral incluye evaluación del CRED, descarte de problemas posturales, pie plano, torsión tibial anualmente.
- b) A partir de los 6 años, con la determinación de peso y talla e IMC. Recomendación B USPSTF 2012

- c) Zonas de alta prevalencia según morbilidad por grupos etáreos
- d) Incluye despistaje de ambliopía, estrabismo y defectos de la agudeza visual. Recomendación B USPSTF. Realizarlo hasta los 6 años (Guía PAPPS 2012. Recomendación II-2, B). En caso de hallazgos de alteraciones, derivar a oftalmólogo.
- e) Niño en riesgo: Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.
- f) A los padres o cuidadores: Alimentación y Nutrición saludable, actividad física, salud mental, higiene y ambiente, habilidades para la vida y seguridad vial y cultura de tránsito, Manejo adecuado de conductas de los hijos

7.2.5 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 9 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES*	Frecuencia /Año	Edad / Observación
Niño de 9 a 11 años 11 meses 29 días		
Consulta medica integral		
Consulta Odontostomatológica integral (5)	2	
Control de Crecimiento y Desarrollo (a) (5,19)	1	01 control al año
Amizaje de obesidad (b)	1	Es parte de la consulta / control
Examen parasitológico seriado en heces (3 muestras) (c)(5)	1	En zonas de alta prevalencia
Visita domiciliaria(15,16) (d)	3	Casos de riesgo
Educación para la salud (e)(5,19)	1	A la madre y al niño durante la consulta y CRED
Vacunación de acuerdo a calendario vigente (e) (13,14)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) Identificación de alteraciones del desarrollo, test de habilidades para la vida.
- b) Con la determinación de peso y talla e índice de masa corporal (IMC < 19 = Bajo peso, 19-25 = Normopeso, 25-30 = Sobrepeso, > 30 = Obesidad) Recomendación B USPSTF
- c) Zonas de alta prevalencia, según morbilidad de grupos etáreos.
- d) Niños de riesgo: Si no acude a tratamiento, seguimiento o control de un daño prioritario o revelante, riesgo psicosocial. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.
- e) Actividad física, Alimentación saludable, prevención de accidente, uso de cinturón de seguridad, uso de sillas para autos. Es parte de la consulta o atención.
- f) De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente

7.3 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD AL ADOLESCENTE DE 12 A 17 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES*	Frecuencia / Año	Edad / Observación
Adolescente de 12 a 17 años 11 meses 29 días		
Consulta médica integral (a) (5)		
Consulta Odontoestomatológica integral (5)	2	
Control de Crecimiento y Desarrollo (b) (5,19)	1	
Tamizaje de obesidad (c)	1	Es parte de la consulta / control
Examen parasitológico seriado en heces (3muestras)(d)(5)	1	
Examen de glucosa (e)	Cada 2 años	Adolescente con factor riesgo
Prueba rápida o ELISA para Tamizaje de VIH (f) (5,6)	1	Adolescentes con riesgo
Prueba de VDRL o PPR para sífilis (f) (5,6)	1	
Tamizaje de Clamidia (g)	1	Mujer adolescente con vida sexual activa
Tamizaje de Salud Mental (h) (6,7)	---	Es parte de la atención medica o de CRED
Captación de Sintomático Respiratorio***	---	Toda persona con tos y flema por 15 días o más
Educación para la salud (i)(5,19)	1	Según la edad. Durante la atención, por el equipo interdisciplinario
Visita domiciliaria (j)(15)	3	Casos de riesgo
Vacunación de acuerdo a calendario vigente (k) (13,14)		
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnostico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- Incluye evaluación clínica, identificación de factores de riesgo, evaluación nutricional, evaluación de desarrollo psicosocial, evaluación de resultados de test de agudeza visual y auditiva, evaluación de desarrollo sexual según Tanner, evaluación físico postural, solicitud de exámenes de laboratorio
- Incluye aplicación de test de habilidades para la vida, evaluación de agudeza visual y auditiva, evaluación físico postural, Test de Alcoholismo, Violencia, Depresión y Ansiedad.
- Con la determinación de peso y talla e índice de masa corporal (IMC < 19 = Bajo peso, 19-25 = Normopeso, 25-30 = Sobrepeso, > 30 = Obesidad) Recomendación B USPSTF. Realizado por equipo interdisciplinario.
- Zonas de alta prevalencia, según morbilidad de grupos étnicos.

- e) En adolescentes en riesgo: sobrepeso, cuyo IMC según puntuación Z score sobrepasa las+2 DS según edad y sexo y factores de riesgo como historia familiar de 1° o 2° grado de diabetes, raza, signos de resistencia a la insulina (acantosis nigricans, ovario poliquístico, dislipidemia o hipertensión).
- f) Realizarlo en adolescentes con conducta sexual de alto riesgo Recomendación A USPSTF 2012. Múltiples parejas sexuales, pareja nueva, uso irregular de preservativo, tener sexo bajo influencia de alcohol o drogas o a cambio de dinero o drogas, haber tenido otras ETS, etc.
- g) En toda mujer sexualmente activa menor de 24 años (incluye adolescentes) Recomendación A USPSTF 2012
- h) Tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad. Interrogar sobre el uso de tabaco, alcohol, preguntas para identificar factores de riesgo de depresión, violencia y proveer consejería para los que lo requieran. Es parte de la atención médica y del equipo interdisciplinario capacitado
- i) Es parte de la atención médica y del equipo interdisciplinario capacitado. De 12 a 14 años: sexualidad, anticoncepción, diversidad sexual, e identidad de Género. Cesación del tabaco, actividad física, alimentación saludable, alcohol, uso del cinturón de seguridad, estilos de vida saludables, Salud sexual y reproductiva. De 15 a 17 años: sexualidad saludable y responsable, anticoncepción y paternidad precoz, prevención del embarazo adolescente, relaciones sexuales, abstinencia, sexo seguro, ITS, VIH/SIDA, diversidad sexual e identidad de género.
- j) Factores de riesgo: Si no acude a tratamiento, seguimiento o control de un daño prioritario o relevante, riesgo psicosocial. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.
- k) De acuerdo a calendario de vacunación y Norma Técnica vigente.



7.4 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL JOVEN DE 18 A 29 AÑOS 11 MESES 29 DIAS



ACTIVIDADES*	Frecuencia /Año	Edad / Observación
Joven de 18 a 29 años 11 meses 29 días		
Consulta médica integral		
Consulta Odontológica integral (5)	2	
Planificación Familiar (5)	4	Es parte de la consulta / atención Incluye dotación de método
Toma de muestra PAP (a)(6)	Cada 3 años	A mujeres a partir de los 21 años de edad
Colesterol Total (b)(5,6,23)	Cada 03 años	Joven con factores de riesgo
HDL (b) (23)		
Glicemia (c)(6,11)		
Creatinina sérica (d)	1	A personas con DM, HTA
Tasa albúmina / creatinina en orina (d)	1	
RPR / VDRL (e)(12)		Joven con factor de riesgo
Prueba rápida o ELISA para tamizaje de VIH (f) (26)	1	Joven con factor de riesgo
Medida de Presión Arterial (g) (6,24)	Cada 02 años	Personas sin Hipertensión Arterial conocida. Es parte de la consulta
Tamizaje de Obesidad (h)(23,25)	1	Es parte de la consulta / control
Tamizaje de salud mental (i)(7)	1	Joven con factor de riesgo, es parte de la consulta



Captación de Sintomático Respiratorio***	---	Toda persona con tos y flema por 15 días o más
Vacunación Antihepatitis B (j) (13,14)	3	1°, 2° y 3° dosis
Vacunación diftrotetano (DT) (k)(13,14)	3	1°, 2° y 3° dosis
Educación para la salud (l) (5,19,27)	2	Es parte de la consulta / atención.
Visita Domiciliaria (m) (15)	3	Casos de riesgo
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) La detección del cáncer cervical se debe iniciar a los 21 años de edad, de forma confiable dentro de los 3 primeros años de la primera relación sexual. Mujeres menores de 21 años no debe someterse a las pruebas independientemente de la edad de iniciación sexual u otros factores de riesgo. Recomendación USPSTF, ACOG, ACS 2012.

La detección del cáncer de cuello uterino en mujeres de 21 a 65 años de edad con la citología (prueba de Papanicolaou) es cada 3 años, con el esquema 1-1-3, esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda es normal se debe realizar otra citología a los 3 años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología se mantenga negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada en un tiempo mayor de 3 años se debe reiniciar el esquema 1-1-3. Si existe riesgo (trabajadoras sexuales, multiplicidad de parejas, VIH o inmunosupresión), PAP anual.

- b) Indicar la detección de Dislipidemia entre los 20 y 35 años en varones y 20 a 45 años en mujeres, solo si tienen factores de riesgo de cardiopatía coronaria como diabetes, historia de IMA o aterosclerosis, uso de tabaco, hipertensión arterial, antecedente previo de dislipidemia y obesidad (IMC > 30), a los que se les debe realizar colesterol total, HDL y LDL colesterol. USPSTF 2012. Recomendación B. No realizarlo en jóvenes sin estos factores de riesgo

- c) Cuando IMC ≥ 25 y presenta adicionalmente uno mas factores de riesgo (familiares con diabetes, diabetes gestacional, tabaco, macrosomía). Al menos cada 3 años y anual en prediabetes y si presenta riesgos.

- d) Detección de Enfermedad Renal Crónica. Tasa de filtración glomerular estimada y tasa albúmina /creatinina en alícuota de orina en grupos de riesgo (personas con DM, HTA y mayores 55 años), y estadiaje de ERC; de acuerdo a la normatividad vigente.

- e) En grupo de riesgo: Persona con riesgo incrementado de infección por sífilis (VDRL o RPR seguida por FTA-ABS o TP- PA).

- f) En jóvenes con riesgo incrementado para infección por el VIH (ELISA seguida de Western blot confirmatorio)

- g) Tamizaje de la PA a todo adulto sin límite de edad. Cada 2 años para adultos sin HTA conocida y con PAI <120/80. Detección cada año con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-90 mmHg. Recomendación A USPSTF 2012 y JNC 7.

- h) Determinación del peso, talla y el índice de masa corporal. Recomendación B USPSTF (IMC <19 = Bajo peso, 19-25 = Normopeso, 25-30 = Sobrepeso, >30 = Obesidad). Por el equipo interdisciplinario.

- i) Hacer tamizaje en grupos de riesgo: personas con otros trastornos psiquiátricos, como abuso de sustancias, enfermedad física significativa que cause discapacidad, antecedentes familiares de depresión, enfermedades crónicas, desempleados o de bajo nivel socioeconómico. Las mujeres están en mayor riesgo en comparación con los hombres. USPSTF 2012. Recomendación B. Se recomienda el despistaje de depresión cuando el sistema asegure el diagnóstico, tratamiento efectivo y seguimiento

- j) En grupos de riesgo: personal de salud, riesgo de infecciones de transmisión sexual.

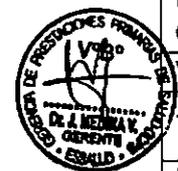
- k) En mujeres en edad reproductiva.



- l) Educación para la salud en salud sexual y reproductiva, incluye consejería preconcepcional, alimentación saludable, actividad física, riesgos de consumo de tabaco, alcohol, prevención de la violencia
- m) Factores de riesgo: Si no acude a tratamiento, seguimiento o control de un daño prioritario o revelante, riesgo psicosocial. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.

7.5 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO DE 30 A 59 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDADES* Adulto 30 a 59 años (11 meses 29 días)	Frecuencia / Año	Edad / Observaciones
Consulta medica integral		
Consulta Odontoestomatológica integral (5)	2	
Atención en Planificación Familiar(5)	4	Menor de 50 años
Colesterol Total (a)(23)	Cada 5 años	Rutinariamente a partir de los 35 años en varones y 45 años en mujeres
HDL (a)		
Glicemia (b) (6,11)	Cada 3 años	Rutinariamente a partir de los 45 años en personas asintomáticas y adultos con IMC \geq 25 o con factor de riesgo
Creatinina sérica (28) (c)	1	A personas con DM, HTA, y a partir de los 55 años
Tasa albúmina / creatinina en orina (28) (c)	1	
Prueba rápida o ELISA para tamizaje de VIH (d) (26)	1	Adultos con factores de riesgo
VDRL/ RPR (d)(12)	1	Adultos con factores de riesgo
Toma de muestra de PAP(e)(6)	Cada 03 años	
Mamografía (f)(6,29)	Cada 2 años	A mujeres partir de los 50 años hasta los 74 años
Thevenon en heces (g) (6,30)	1	A partir de los 50 años hasta los 75 años
PSA (h) (6)	1	A varones partir de los 50 años con factores de riesgo
Medida de Presión Arterial (i) (24)	Cada 02 años	Es parte de la consulta
Tamizaje de Obesidad (j) (6,25)	1	Es parte de la consulta / control
Vacunación Antihepatitis B (d) (13,14)	3	Adultos con factores de riesgo
Vacunación diftetano DT (13,14)	3	En mujeres en edad fértil 15 a 49 años
Captación de Sintomático Respiratorio***	---	Toda persona con tos y flema por 15 días o más
Tamizaje Salud Mental (K)(7)	1	Casos de riesgo, es parte de la consulta



Educación para la salud (I)(5,19,27)	1	Es parte de la consulta o atención
Visita domiciliaria (m)(15)	3	Casos de riesgo
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente ***		

* Nivel de atención: I ó II

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) Iniciar rutinariamente en varones a partir de los 35 años y en mujeres a partir de los 45 años cada 5 años. En caso de no ser posible solicitar HDL, solicitar solamente Colesterol Total. Disminuir el intervalo de tiempo de solicitud de examen en caso de riesgo incrementado para cardiopatía coronaria (Diabetes, historia de enfermedad coronaria previa o aterosclerosis, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, tabaquismo, HTA y obesidad (IMC \geq 30 kg/m²). Iniciar solicitud antes de los 30 años, sólo si tiene riesgo incrementado para Enfermedad coronaria.
- b) Rutinariamente a partir de los 45 años en personas sintomáticas. Realizar búsqueda activa a partir de los 18 años, si el IMC \geq 25 y adicional uno o más factores de riesgo: Antecedentes familiares de diabetes de primer grado, Raza (por ejemplo, negra, nativo americano, asiático y de las islas del Pacífico) o grupo étnico (hispanos), resultado de hemoglobina glicosilada \geq de 5,7% o examen de glucosa en ayunas alterada o intolerancia a la glucosa en prueba anterior, Antecedente de diabetes gestacional o parto de un bebé que pesó más de 9 libras (4,1 kg), Síndrome de ovario poliquístico, HTA (PA \geq 140/90 mm Hg, o tratamiento para HTA), Nivel de colesterol HDL menor de 35 mg por decilitro (0,91 mmol por litro), nivel de triglicéridos superior a 250 mg por decilitro (2,8 mmol por litro), o ambos, Historia de enfermedad cardiovascular, Inactividad física, otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (por ejemplo obesidad severa y acantosis nigricans).
En personas con glucemia en ayunas alterada y/o test de tolerancia a la glucosa alterada se debe realizar el despistaje cada 1 o 2 años.
- c) Tasa de filtración glomerular estimada y tasa albúmina /creatinina en alícuota de orina para la detección de ERC en grupos de riesgo (personas con DM, HTA y a mayores 55 años), y estadiaje de ERC; de acuerdo a la normatividad vigente.
- d) En personas con conductas de riesgo y/o diagnóstico o antecedente de otro ITS
- e) La detección del cáncer de cuello uterino en mujeres de 21 a 65 años de edad con la citología (prueba de Papanicolaou) es cada 3 años, con el esquema 1-1-3, esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda es normal se debe realizar otra citología a los 3 años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología se mantenga negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada en un tiempo mayor de 3 años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.
Si existe riesgo como trabajadoras sexuales, multiplicidad de parejas, VIH o inmunosupresión, realizar PAP anual.
Los esfuerzos para reducir aún más la carga de la mortalidad por cáncer de cuello uterino puede lograrse mejor, centrándose en las mujeres que no han sido adecuadamente evaluadas
- f) A partir de los 50 años cada 2 años (Recomendación B USPSTF, PAPPS 2012), y anualmente en casos de riesgo incrementado, iniciar a los 35 años (maximiza los beneficios de la mamografía) como son Historia Familiar de Cáncer de mama (en especial parientes de primer grado) Historia familiar para predisposición hereditaria a la enfermedad. Mutaciones hereditarias (BRCA 1 y 2), Antecedente de hiperplasia ductal atípica o cáncer de mama
- g) Previamente evaluar el riesgo individual y familiar para cáncer colorectal (CCR) que favorezca la búsqueda activa de personas con factor de riesgo elevado. Con resultado negativo, repetir cada dos años (Recomendación PAPPS 2012). Para los casos positivos, solicitar oportunamente la colonoscopia o sigmoidoscopia. Riesgo de CCR: Edad avanzada, hábitos dietéticos (consumo de carne roja y carne procesada, dieta pobre en frutas y verduras) y



estilos de vida (tabaco, alcohol, sedentarismo). Antecedentes personales de CCR o adenomas avanzados, enfermedad de evolución o enfermedad de Crohn con colitis. Historia familiar de CCR hereditario no poliposis, la poliposis adenomatosa familiar, poliposis asociada al gen MYH o el CCR familiar y otras agregaciones familiares no tipadas - Globocan, 2008

- h) Varones mayores de 50 años hasta los 75 años y con expectativa mayor de 10 años. Comenzar a los 45 años en pacientes de raza negra o antecedentes familiares de cáncer de próstata. En pacientes con múltiples familiares de primer grado con cáncer de próstata en edad temprana comenzar a los 40 años, y según resultados, no sería necesario hacerlo hasta los 45 años. El tamizaje no debe realizarse sin información adecuada y rigurosa sobre la evidencia contradictoria del beneficio y los riesgos de los métodos de diagnóstico y tratamiento. No se recomienda hacerlo en forma rutinaria (USPSTF 2012).
- i) Tamizaje de la Presión Arterial a todo adulto sin límite de edad. Cada 2 años para adultos sin Hipertensión Arterial conocida y con presión arterial <120/80. Detección cada año con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-90 mmHg. Recomendación A USPSTF 2012 y JNC 7
- j) Determinación del peso, talla y el índice de masa corporal (IMC < 19 = Bajo peso, 19-25 = Normopeso, 25-30 = Sobrepeso, > 30 = Obesidad). Lo realiza el equipo interdisciplinario.
- k) Salud mental: Maltrato/ tamizaje de violencia. Investigar violencia en la última pareja. Depresión en grupos de riesgo: historia previa o antecedente de depresión, enfermedad física significativa que cause discapacidad. Se recomienda el cribado de depresión cuando el sistema asegure el diagnóstico, tratamiento efectivo y seguimiento
- l) Educación para la salud en Actividad Física, Alimentación y nutrición Saludable, consumo de alcohol, tabaco, uso de cinturón de seguridad, en salud sexual y reproductiva.
- m) Factores de riesgo: Si no acude a tratamiento, seguimiento o control de un daño prioritario o revelante, riesgo psicosocial. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.



7.6 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS A MÁS

ACTIVIDADES* ADULTO MAYOR (mayores de 60 años)	Frecuencia //Año	Edad / Observaciones
Consulta médica integral		
Consulta Odontostomatológica integral (5)	2	
Examen agudeza visual *** (a)(19)	Cada 02 años	Es parte de la consulta
Examen agudeza Auditiva*** (b) (19)		
Antecedente de caídas y polifarmacia (c)	1	
Tamizaje de fragilidad *** (d)(19)	Cada 02 años	Adulto mayor de 75 años, es parte de la consulta
Valoración Geriátrica integral*** (e)(19)		En Adulto mayor de 75 años detectado frágil
Colesterol Total (f) (6)	Cada 5 años	Hasta los 75 años
HDL (f)		
Glicemia (g)(6,11)	Cada 3 años	Si el IMC ≥25 o factores de riesgo
Creatinina sérica (28) (h)	1	Adultos mayores con DBM o HTA
Tasa albúmina / creatinina en orina (28) (h)		



PSA (i)(6)	1	Hombres hasta los 75 años, solo si tiene factores de riesgo.
Mamografía** (j) (6,29)	Cada dos años	Mujeres hasta los 74 años
Thevenon en heces (k) (5,30)	1	A partir 50 años hasta los 75 años
Toma de muestra de PAP(l)	Cada 03 años	Mujeres hasta los 65 años
Medida de Presión arterial (m) (24)	Cada 02 años	Sin límite de edad, es parte de la consulta
Tamizaje de Obesidad (n) (25)	1	Es parte de la consulta
Tamizaje en salud mental (o) (7)	1	Es parte de la consulta
Captación de Sintomático Respiratorio***	—	Toda persona con tos y flema por 15 días o más
Densitometría ósea** (p) (6)	Cada 15 años	Mujeres \geq 65 años o mujeres menores con riesgo de fractura
Educación para la salud*** (q) (6,7,19,27)	—	Es parte de la consulta
Vacunación diftetánica (r) (DT) (13,14)	Cada 10 años	Adulto mayor de 60 años en grupo de riesgo
Vacunación antigripal (r) (13,14)	1 dosis anual	Adulto mayor de 60 años
Vacunación antineumocócica (s) (13,14)	1 dosis única	Adulto mayor de 65 años
Visita domiciliaria integral (t) (15)	3	Casos de riesgo
Exámenes de laboratorio, procedimientos de apoyo al diagnóstico, procedimientos para la recuperación y rehabilitación de acuerdo a problemas de salud del asegurado, según normatividad vigente		

* Nivel de atención: I ó II

** Nivel de atención: II ó III

*** Nivel de atención: I, II ó III

Leyenda:

- a) Con cartilla de Snell (CTFPHC) cada dos años (COS) en el I nivel de atención. Descarte de catarata, glaucoma a personas con factores de riesgo de glaucoma: antecedentes familiares de primer grado o edad avanzada. Examen visual por oftalmólogo cada dos años (II y III nivel de atención) a mayores de 65 años. Recomendación PAPPS. Los pacientes con catarata deben ser intervenidos quirúrgicamente cuando el problema visual interfiere en sus actividades de la vida diaria. Recomendación PAPPS.

La edad avanzada es un factor de riesgo importante para la mayoría de los tipos de deficiencia visual. Otros factores de riesgo incluyen: Fumar, consumo de alcohol, la exposición a la luz ultravioleta, la diabetes, los corticosteroides y la raza negra (para las cataratas). Fumar, antecedentes familiares y raza blanca (para la degeneración macular relacionada con la edad). USPSTF 2012.

- b) Test del susurro o crepitar del cabello. Recomendar evitar la exposición a ambientes ruidosos y consejos de uso de audífonos cuando están indicados. En las personas mayores que se detecte o refieran disminución de la audición debe realizarse otoscopia y confirmarse la hipoacusia con audiometría. Recomendación PAPPS 2012.

- c) Investigar en la consulta e intervenir sobre antecedentes y riesgo de caída y de polifarmacia. Es parte de la consulta o atención por cualquiera de los miembros de los profesionales del equipo interdisciplinario e intervenir sobre estos síndromes.
Para la reducción de la polifarmacia, sugerir el uso de pastilleros, simplificar el régimen terapéutico, reducir el número de dosis, la educación grupal y mejorar la comunicación médico paciente. La medida más eficaz es utilizar asociaciones fijas de fármacos. Recomendación PAPPS 2012.
La prevención de caídas es multidisciplinar y multifactorial, se aconseja la práctica de Tai-Chi, grupal o individual; corrección quirúrgica de cataratas, eliminación de riesgos en el hogar, retirar gradualmente la medicación psicotropa que sea posible, marcapasos en adultos mayores con caídas y enfermedad del seno; en adultos con dolor de pies, se aconsejan intervenciones podológicas. Recomendación PAPPS 2012.
- d) A los adultos mayores a partir de los 75 años, interviene el equipo interdisciplinario capacitado, según norma vigente
- e) La valoración geriátrica integral, es un proceso de evaluación que se realiza a mayores de 75 con factores de riesgo de fragilidad. Realizada en equipo interdisciplinario como médico, enfermera, psicólogo, nutricionista, trabajadora social, odontología, de acuerdo a la necesidad del paciente y realidad local.
- f) Rutinariamente cada cinco años, hasta los 75 años en asintomáticos. Continuar a más edad sólo si tiene riesgo incrementado para Enfermedad coronaria (fumador, diabetes, HTA, antecedente de IMA, antecedente previo de dislipidemia y obesidad). En caso de no ser posible solicitar HDL, sólo se solicitará Colesterol Total.
- g) Cada tres años, si los resultados son normales. Anualmente cuando el IMC ≥ 25 y adicional uno o más factores de riesgo (obesidad, antecedentes familiares diabetes, HTA, HDL menor de 35 mg/dl, triglicéridos mayor de 250 mg/dl, historia de enfermedad vascular) y mayores de 45 años con factor de riesgo.
- h) Tasa de filtración glomerular estimada y tasa albúmina / creatinina en alícuota de orina para la detección de ERC en grupos de riesgo (personas con DM, HTA y a mayores 55 años), y estadiaje de ERC; de acuerdo a la normatividad vigente.
- i) Varones mayores de 50 años hasta los 75 años y con expectativa mayor de 10 años. Comenzar a los 45 años en pacientes de raza negra o antecedentes familiares de cáncer de próstata. En pacientes con múltiples familiares de primer grado con cáncer de próstata en edad temprana comenzar a los 40 años, y según resultados, no sería necesario hacerlo hasta los 45 años. El tamizaje no debe realizarse sin información adecuada y rigurosa sobre la evidencia contradictoria del beneficio y los riesgos de los métodos de diagnóstico y tratamiento. No se recomienda hacerlo en forma rutinaria (USPSTF 2012).
- j) Hasta los 74 años, cada dos años (Recomendación PAPPS 2012)
- k) Previamente evaluar el riesgo individual y familiar para cáncer colorectal (CCR) que favorezca la búsqueda activa de personas con factor de riesgo elevado. Con resultado negativo, repetir cada dos años (Recomendación PAPPS 2012). Para los casos positivos, solicitar oportunamente la colonoscopia o sigmoidoscopia. Riesgo de CCR: Edad avanzada, hábitos dietéticos (consumo de carne roja y carne procesada, dieta pobre en frutas y verduras) y estilos de vida (tabaco, alcohol, sedentarismo). Antecedentes personales de CCR o adenomas avanzados, enfermedad de evolución o enfermedad de Crohn con colitis. Historia familiar de CCR hereditario no poliposis, la poliposis adenomatosa familiar, poliposis asociada al gen MYH o el CCR familiar y otras agregaciones familiares no tipadas - Globocan, 2008
- l) Hacerlo a mujeres hasta los 65 años. No se recomienda después de los 65 años cuando han tenido pruebas de tamizaje adecuados y no hay riesgo elevado cáncer cervical, Nivel evidencia A ACOG, USPSTF. Tamizaje previo negativo, definido como 3 resultados de la citología negativos consecutivos, antes de cesar la detección.
Las mujeres con antecedentes de NIC 2 o NIC 3 deben continuar con las pruebas al menos 20 años después de haber detectado la anomalía.
- m) Tamizaje de la Presión Arterial a todo adulto sin límite de edad. Cada 2 años para adultos sin Hipertensión Arterial conocida y con presión arterial $< 120/80$. Detección cada año con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-90 mmHg. Recomendación A USPSTF 2012 y JNC 7



- n) Determinación del peso, talla y el índice de masa corporal (IMC < 19 = Bajo peso, 19-25 = Normopeso, 25-30 = Sobrepeso, > 30 = Obesidad)
- o) En caso de duelo por pérdida de un familiar o allegado, jubilación, cambios frecuentes de domicilio violencia doméstica, violencia en la pareja, malos tratos, tabaquismo, consumo de alcohol, detección temprana de depresión, ansiedad, ideación suicida
- p) En mujeres ≥ 65 años sin fracturas previas conocidas o causas secundarias de osteoporosis o en mujeres menores de 65 años, con riesgo osteopenizante y/o de fractura a 10 años sea igual o mayor que una mujer de 65 años de edad, sin factores de riesgo adicionales. USPSTF 2012 Recomendación B. No se recomienda hacerlo en forma rutinaria a hombres sin fracturas previas conocidas o causas secundarias de osteoporosis USPSTF 2012 Recomendación I. El intervalo de tiempo para repetir el screening es a los 15 años con Densitometría ósea normal u osteopenia leve, a los 5 años para la osteopenia moderada (Gourlay NEJM 2012) y a los 2 años para osteopenia avanzada.

Población considerada grupo de riesgo de fractura: fractura a repetición o no causada por trauma, uso crónico de esteroides (más de tres meses), IMC por debajo de 58 Kg, menopausia temprana (menor de 45 años), ooforectomía bilateral, fumador activo o pasivo, inmovilización. Las medidas de prevención no farmacológicas deben acompañarse de alimentación balanceada y ejercicios físicos con pesas (fuerza muscular), cesación del tabaco activo o pasivo.

- q) Educación para la salud en Actividad Física, Alimentación y nutrición Saludable, consumo de alcohol, tabaco, uso de cinturón de seguridad, en salud sexual y reproductiva, prevención de caídas, eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar, evitar accidentes. Evitar la polifarmacia y mejorar la adherencia a los medicamentos.

- r) Según calendario de vacunación vigente.

- s) Se recomienda a toda persona mayor de 65 años una sola dosis, no se recomienda revacunación sucesiva cada 05 años (CDC, Health Protección Agency del Reino Unido y al Green Book del Departament of Health). Se recomienda vacunar a personas de 60 años, con riesgo elevado de presentar enfermedad neumocócica grave como personas con asplenia anatómica o funcional y pacientes inmunocomprometidos.

Se recomienda la revacunación de las personas mayores de 60 años que recibieron por cualquier indicación alguna dosis de esta vacuna antes de los 60 años de edad, transcurridos al menos 5 años desde la primovacuna. También se indica revacunar cada 5 años en asplenia anatómica o funcional y enfermedad renal crónica. Recomendación CDC y SEGG

- t) A grupos de riesgo como mayores de 80 años, adulto mayor de 80 años que vive solo, dependencia, discapacidad moderada a severa, violencia familiar, paciente Terminal, demencia, apoyo a la familia. Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados TBC, Dengue, Malaria, Bartonella, etc.

8. PAQUETE DE ATENCIÓN DE SALUD A LA FAMILIA

La Visita Domiciliaria Integral (VDI) es la actividad mediante la cual se realiza la atención a las familias en el contexto de su comunidad, identificadas por el profesional de salud en el centro asistencial del primer nivel de atención durante la consulta ambulatoria, la visita a centros laborales o la atención por profesionales de la salud.

Esta actividad, permite contar con información relevante del entorno familiar, estilos de vida de los integrantes de la familia, alimentación, actitudes y practicas de salud, condición socioeconómica, nivel educativo, acceso a los servicios de salud, saneamiento básico, vivienda y entorno, entre otros, permitiendo el abordaje de las necesidades de salud teniendo en cuenta los determinantes sociales estructurales e intermediarios que influyen en la salud global de la familia, con el objetivo de planificar y establecer las intervenciones en la familia que permita preservar su salud o contribuir a influenciar en los problemas de salud de la misma (Cuadro N° 6)

Asimismo, la intervención a la familia estará de acuerdo con el ciclo vital familiar propuesto por la OMS que establece 4 etapas: Familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.

La VDI se implementará de manera progresiva en los centros asistenciales de primer nivel de atención priorizando a las familias de los asegurados en condiciones de vulnerabilidad o casos de riesgo establecidos en la cartera de servicios de salud de complejidad creciente, por etapa de vida gestante, niños, adolescentes, adulto, adulto mayor, como son violencia familiar, casos de abandono al tratamiento, uno o mas miembros con discapacidad, entre otros, y según criterios epidemiológicos de acuerdo a cada región o localidad.

Está a cargo del equipo interdisciplinario (médico, enfermera, trabajo social, obstetra, odontólogo y técnico de enfermería) de acuerdo a las necesidades y demanda de la familia y realidad local, para llevar a acabo la planificación, organización, ejecución, evaluación y monitoreo de las intervenciones.

La ejecución de las visitas se realizará de acuerdo a la guía de visita domiciliaria integral vigente; para todos los casos se deberá tomar las medidas de prevención de riesgos y medidas de seguridad al profesional de la salud a fin de preservar su integridad.

Cuadro N° 06: Paquete de atención de salud a la familia

Actividad	Frecuencia por año	Actividad en la visita Domiciliaria
Visita domiciliaria (15,19)	3	<p>1° Visita: Sensibilización e Identificación de los asegurados, aplicación de instrumentos para la identificación de factores de riesgo y factores protectores.</p> <p>2° Visita: Diagnóstico familiar, priorización de necesidades de salud y elaboración del Plan de Atención Integral Familiar de Salud (Planificación conjunta)</p> <p>3° Visita: Ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades planificadas en el plan de atención integral familiar.</p>

9. PAQUETE DE ATENCIÓN DE SALUD A LA COMUNIDAD

Las intervenciones a la comunidad se realizan en los escenarios como instituciones educativas, centros laborales, municipios y vivienda a través de actividades masivas de comunicación, visitas a centros laborales, instituciones educativas, mediante alianzas estratégicas y convenios a fin de identificar la problemática de cada uno de los trabajadores, profesores, alumnos, padres de familia, desarrollando talleres de salud, charlas o ferias informativas de salud, campañas de salud integral, formación y capacitación de promotores/agentes de la seguridad social en salud comunitaria en temas como rehabilitación basada en la comunidad, prevención y autocuidado en enfermedad renal crónica, medicina complementaria, entre otros.

Las actividades a desarrollar en la comunidad incluyen:

1. Identificación de organizaciones de la comunidad y sensibilización.
2. Priorización de problemas
3. Desarrollo de Plan comunal de salud
4. Monitoreo y evaluación del Plan de salud

Las metodologías a utilizar se plantearán en las Guías de charlas y talleres, Guía de Participación comunitaria de EsSalud, Guía de entornos saludables de EsSalud, entre otros

Las actividades se orientan de acuerdo a los ejes temáticos priorizados en concordancia al contexto local y regional, perfiles epidemiológicos, demográficos, socioculturales, geográficos de la comunidad, identificados en el Análisis de Situación de Salud – ASIS en cada Red Asistencial. Las intervenciones deben contemplar la evaluación de las mismas para evidenciar el cambio o la generación de actitudes y prácticas saludables.

Las estrategias de comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y empoderamiento social permiten desarrollar y fortalecer las intervenciones a fin de preservar la salud de la población.



A través de las alianzas estratégica, se buscar aliados estratégicos para en forma conjunta facilitar las intervenciones con los actores clave de cada ámbito de la red asistencial, así mismo el gobierno local y regional se constituye un actor clave en la generación de políticas públicas en el ámbito regional y local; como las ordenanzas municipales, distritales o regionales que permitan instalar las actividades en salud dirigidas a la comunidad de manera continua con la participación de los involucrados.



Los enfoques de interculturalidad, género, equidad y derechos en salud, permite tener presente el contexto sociocultural para el desarrollo de cada actividad dirigida a la comunidad en igualdad de oportunidad para hombres y mujeres, a cada etapa de vida, a personas en situación de vulnerabilidad en el marco de sus derechos en salud.



Para el desarrollo de las actividades en la comunidad se deben fortalecer las acciones destinadas a la identificación de los problemas sanitarios prevalentes de la comunidad asegurada, la carga de enfermedad, tasas de morbi mortalidad así mismo al análisis de la implementación de actividades de promoción y prevención por cada etapa de vida, que servirán de elementos de análisis a ser considerados en la planificación de las intervenciones en salud que permitirá tener un enfoque de determinantes sociales a los cuales la institución contribuye en abordar.

Los ejes temáticos priorizados que orientan las actividades dirigidas a la comunidad como Actividad física, Alimentación saludable, Salud mental, Cultura de Paz y Buen Trato, Salud sexual y reproductiva, Seguridad Vial y Cultura de Transito, Higiene y Ambiente, involucran las estrategias y enfoques en las actividades a desarrollar por escenarios de intervención y población objetivo.

CUADRO N° 7.- Actividades a realizarse en la comunidad

ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD	Unidad de medida
Actividades masivas de comunicación	Actividad masiva de comunicación
Alianzas Estratégicas	Alianzas
Visita a centros Laborales	Visita
Visita a Instituciones educativas	Visita
Charla de salud (a)	Charla
Taller de salud (a)	Taller

Legenda:

(a) Formación / capacitación de agentes comunitarios, Psicoprofilaxis, Sesión de estimulación temprana, Lactancia Materna, Educación, manejo y autocuidado de pacientes con enfermedad crónica, fomento de estilos de vida saludable, apoyo a la familia cuidadora de personas mayores dependiente y/o con discapacidad, Prevención de la discapacidad (escuelas de espalda, prevención de caídas, detección de riesgo de desarrollo psicomotor, defectos posturales), Prevención de enfermedades transmisibles y no Transmisibles, Prevención de enfermedad renal crónica, Reforma de vida, Formación y capacitación de agentes comunitarios, Rehabilitación, Medicina Complementaria, entre otros; de acuerdo a normatividad vigente.



10. ANEXOS

ANEXO N° 1.- ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON POBLACIÓN ADSCRITA

A. MEDICO REHABILITADOR

Actividades de Rehabilitación (a)	Frecuencia
Consulta externa medica de medicina de rehabilitación	3.5
Procedimientos médicos de rehabilitación	4.0

Legenda: °

(a) Rendimiento promedio:

- En Pacientes > de 75 años, personas con discapacidad, con problemas mentales, primera consulta preventiva: Rendimiento promedio de 3.0.
- En Geriatria, Genética, Rehabilitación, Psiquiatria y Cardiología de INCOR: Rendimiento promedio de 3.0



B. TERAPIA FISICA

Conjunto de actividades terapéuticas dirigidos a mejorar la capacidad funcional remanente, de las personas con discapacidad. Comprende la aplicación de agentes físicos y ejercicios terapéuticos (según normatividad vigente)

Actividades en establecimientos de salud con población adscrita	N° de Paciente/ Sesión	Duración	Indicador de rendimiento
B 1. Terapia física individual Ejercicios terapéuticos ambulatorios (adultos y pediátricos) más 1 ó 2 Agentes Físicos, incluye hidroterapia	1 pcte/sesión	20 minutos	3 pac/hora
B2. Terapia física grupal Ejercicios terapéuticos Ambulatorios Adultos (incluye Geriatria)	5 pcte/sesión	60 minutos	5 pac/hora

C. TALLERES

Actividades	N° de Paciente/ taller	Duración
1. Taller Preventivo de Discapacidad (a)	20 pacientes	60 minutos
2. Taller de medidas de autocuidado de artrosis, pie diabético, fisioterapia respiratoria.	10 pacientes	60 minutos
3. Módulos para Agentes comunitarios de Rehabilitación (Estrategia RBC) (b)	10 a 20 agentes comunitarios	60 minutos

Legenda:

(a) Taller preventivo de discapacidad: Actividad grupal de entrenamiento, educación y capacitación para el autocuidado y prevención de discapacidad; en la que participan personas en riesgo de discapacidad.

Se consideran los siguientes: Detección en niños de riesgo de trastornos del desarrollo psicomotor, Detección de defectos posturales en escolares, Escuela de espalda: prevención de cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias en el adulto y Prevención de caídas en el adulto mayor.

(b) Taller de agentes comunitarios de rehabilitación: Actividad grupal de capacitación en autocuidado y prevención de discapacidad a agentes comunitarios, que lo realiza el equipo Básico de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) que se desarrolla de acuerdo a normas vigentes.

D. ACTIVIDADES MASIVAS DE COMUNICACIÓN (AMC):

Actividades	Unidad de medida	N° de Paciente / Sesión	Duración de la sesión	Indicador de rendimiento
Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)	Actividad	20 personas	6 horas al mes	1 AMC/ mes

E. CHARLA

Actividades	Unidad de medida	N° de Paciente / Sesión	Duración de la sesión	Indicador de rendimiento
Charla de salud	Charla	20 pacientes	60 minutos	1 charla / hora

F. OTRAS ACTIVIDADES:

Otras actividades de rehabilitación de los establecimientos de salud con población adscrita
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la actividad física en los diferentes grupos etáreos • Realizar actividades de prevención y detección de la discapacidad como control del desarrollo neuromotor del infante, control postural en adolescentes, ergonomía en los centros laborales, cuidados de la espalda, prevención de caídas en el adulto mayor. • Brindar tratamiento de Rehabilitación de casos detectados, utilizando tecnología apropiada, de bajo costo y complejidad técnica destinados a la restauración de las capacidades físicas disminuidas por la deficiencia o la discapacidad. • Fomentar la asociación de personas con discapacidad para el logro de su integración educativa, laboral y recreativa. • Referir a los servicios de Rehabilitación de los Centros Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de atención, las discapacidades de mayor complejidad y recibir las Contrarreferencias correspondientes. • Llevar el registro de las mismas.



ANEXO N° 2.- Contenido de los ejes temáticos y temas priorizados

Eje Temático	Temas
Alimentación y nutrición saludable (32-34)	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva - Alimentación y nutrición saludable en el niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor, gestante y puerpera
Actividad Física (32-34)	<p>Actividad física en la vivienda, institución educativa, centro laboral, municipio y comunidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Grupal: Taichi, danza, gimnasia, taeko, aeróbico, deportes, etc. 2) Masiva: Caminatas, ciclismo, maratón, olimpiadas, etc.
Salud Sexual y Reproductiva (32-34)	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sexuales, abstinencia, sexo seguro - Maternidad y paternidad saludable y responsable - Promoción de conductas saludables para evitar embarazos no deseados. - Planificación Familiar - Cuidados durante la gestación - Promoción de conductas saludables para la reducción de la transmisión del ITS y VIH. - Embarazos prematuros



<p>Higiene y ambiente (32-34)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal - Higiene en la preparación y consumo de alimentos - Ambiente y entorno saludable en los escenarios de intervención - Promoción de la accesibilidad en los entornos para personas con discapacidad - Promoción de la seguridad en los entornos - Saneamiento y eliminación segura de heces - Uso de agua segura - Eliminación y recolección adecuada de la basura (recojo de inservibles) y disposición de desechos. - Promoción del reciclaje de residuos
<p>Salud mental, buen trato y cultura de paz(32-34)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Capacidad para afrontar la adversidad - Promoción de conductas que eviten la violencia - Depresión y suicidio - Promoción de estilo de vida para evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. - Capacidad para sobrellevar el estrés - Conocimiento de sí mismo - Vinculación positiva a una edad temprana - Sentimientos de seguridad - Crecimiento socio emocional - Autonomía. - Conducta prosocial - Agresión y delincuencia
<p>Habilidades para la vida (32-34)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliencia (Adaptabilidad) - Habilidades sociales - Educación para ser padres. Buen cuidado de los hijos. - Asertividad y toma de decisiones - Promoción de valores en los diferentes escenarios - Promoción del uso adecuado del tiempo libre - Proyecto de Vida - Primeros auxilios - Relaciones interpersonales. Interacciones interpersonales positivas. - Deberes y derechos del asegurado en ESSALUD - Autocuidado de la salud - Solución de problemas
<p>Seguridad vial y cultura de tránsito(32-36)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de entornos seguros que reduzcan los accidentes en vías de comunicación terrestre, acuático y aéreo - Promoción de uso de medidas de seguridad para evitar accidentes de tránsito en conductores, pasajeros y peatones - Reglas de tránsito peatonal - Promover la educación en las reglas de tránsito



ANEXO Nº3 ACTIVIDADES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA

Dirigido a los asegurados con enfermedades crónicas que cumplen criterios de inclusión como son los pacientes que no responden al tratamiento convencional, que presentan efectos adversos al tratamiento, pacientes con factores de riesgo como obesidad, estrés, ansiedad, y otros, según normatividad vigente. Se accede mediante interconsulta y/o referencia para tratamiento conjunto en los CAS que cuenten con este servicio y sean de manejo del primer nivel de atención.

Actividades de medicina complementaria (31)	Frecuencia
Consulta externa médica de medicina complementaria	2.5
Control de enfermería en medicina complementaria (a)	2
Procedimientos terapéuticos individuales (a)	6
Control por otros profesionales de la salud (psicólogo y fisioterapeuta)	2
Procedimientos terapéuticos grupales(a)	3

Leyenda:

(a) Según normatividad vigente

ANEXO Nº 4.- Factores de riesgo asociados de forma más significativa al cáncer

Tipo de cáncer	Factores de riesgo asociados
Mama (a)	Edad avanzada. Factores reproductivos: menarquia precoz, menopausia tardía, tener el primer hijo a edad avanzada, nuliparidad, no lactancia materna. Uso prolongado de la terapia hormonal (combinación de estrógeno y progesterona). Antecedentes personales de cáncer de mama u otras enfermedades mamarias no cancerosas. Antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, hermana, hija) y mutaciones en los genes <i>BRCA1</i> o <i>BRCA2</i> . Radioterapia. Obesidad después de la menopausia. Alcoholismo. Sedentarismo
Cervix (b) (c)	VPH. Fumar. Ser portadora del VIH u otra afección que disminuya la respuesta inmunológica. Anticonceptivos orales durante más de 5 años. Multiparidad. Número de parejas sexuales. Coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual. Nivel socioeconómico bajo
Endometrio (d) (e)	Edad avanzada. Uso prolongado de la terapia hormonal (estrógenos sin oposición con progestágenos). Menopausia tardía. Obesidad. Diabetes mellitus. Síndrome metabólico. Nuliparidad. Tumores feminizantes del ovario. Antecedentes de cáncer de mama y tratamiento con tamoxifeno. Pertenecer a una familia con CCR no polipósico
Ovario (a)	Ser una mujer de mediana edad o mayor. Antecedentes familiares de primer grado maternos o paternos de cáncer de ovario. Mutaciones en los genes <i>BRCA1</i> o <i>BRCA2</i> . Antecedentes personales de cáncer de mama, de útero o colorrectal. Ser descendiente de judíos (asquenazi) de Europa oriental.



	Nuliparidad o haber tenido dificultad para haber quedado embarazada. Endometriosis
CCR (g) (h)	Edad avanzada, hábitos dietéticos (consumo de carne roja y carne procesada, dieta pobre en frutas y verduras) y estilos de vida (tabaco, alcohol, sedentarismo). Antecedentes personales de CCR o adenomas avanzados (tamaño ≥ 10 mm, componente vellosa o displasia de alto grado y 3 o más adenomas), enfermedad de evolución o enfermedad de Crohn con colitis). Historia familiar (síndromes hereditarios como el CCR hereditario no poliposis, la poliposis adenomatosa familiar, poliposis asociada al gen MYH o el CCR familiar y otras agregaciones familiares no tipadas)
Próstata (a)	Edad avanzada. Antecedentes familiares de cáncer de próstata. Raza negra (africanos y caribeños)
Piel (a)	Piel clara, ojos claros, cabello rubio o pelirrojo. Antecedentes familiares o personales de cáncer de piel. Exposición al sol debido al trabajo o por actividades recreativas. Antecedentes de quemaduras solares durante la infancia. Piel que fácilmente se quema, enrojece o le salen pecas, o que bajo el sol se siente dolorida.
Pulmón (a)	Fumar tabaco o inhalar el humo del cigarrillo de otras personas (fumador pasivo). Exposiciones en la casa o el trabajo (gas radón o asbesto). Antecedentes personales (radioterapia) o antecedentes familiares de cáncer de pulmón

Leyenda:

- CDC. Prevención y Control del Cáncer [consultado 15-04-2012]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/>
- Gadducci A, Barsotti C, Cosio S, Domenici L, Riccardo Genazzani A. Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecol Endocrinol.* 2011;27:597-604.
- Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, De Sanjosé S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papiloma virus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 10:K1-16.
- Dens D, Ulrich U, Emons G. The diagnosis and treatment of endometrial cancer: progress and controversies. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;108:571-7.
- Dimitraki M, Tsikouras P, Bouchlariotou S, Dafopoulos A, Liberis V, Maroulis G, et al. Clinical evaluation of women with PMB. Is it always necessary an endometrial biopsy to be performed? A review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283:261-6.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre prevención cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Actualización 2009. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de guías de práctica clínica en enfermedades digestivas, desde la atención primaria a la especializada: 4.
- Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology.* 2010;138:2029-43.

11. CUADROS

Cuadro N° 1.- Etapas de vida y grupos etéreos

Cuadro N° 2.- Ejes temáticos priorizados en la Atención Integral de salud a la persona, familia y comunidad

Cuadro N° 03: Paquete de atención de salud a la familia

Cuadro N° 04.- Actividades a realizarse en la comunidad

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serie de The Lancet sobre desnutrición materno-infantil Resumen ejecutivo [Internet]. [cited 2012 Oct 23]. Available from: http://nutrinet.org/index.php?option=com_remository&func=fileinfo&id=1023
2. Ministerio de Salud M. RM 668-2004 que aprueba la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
3. Choby BA. Prenatal Care. Essentials of Family Medicine. 2007;51.
4. ICSI. Prenatal Care, Routine (Guideline) [Internet]. [cited 2012 Oct 24]. Available from: http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/womens_health/prenatal_care_4/prenatal_care_routine_3.html
5. Ministerio de Salud M. Plan esencial de aseguramiento en salud aprobado por Decreto Supremo N° 0016-2009-SA. 2009.
6. Gonzales R, Kutner J. Current practice guidelines in primary care. New York: McGraw-Hill; 2009.
7. Preventive U, others. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of internal medicine. 2009;151(11):784-92.
8. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506.
9. Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008 Oct 21;149(8):560-4.
10. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI Neonatal: Intervenciones basadas en evidencia [Internet]. [cited 2012 Oct 23]. Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1692%3Aaiepi-neonatal%3A-intervenciones-basadas-en-evidencia-&catid=1449%3Akmc-publications-highlights&Itemid=1498&lang=en
11. Standards of Medical Care in Diabetes—2012 [Internet]. [cited 2012 Oct 23]. Available from: <http://care.diabetesjournals.org>
12. Nelson HD, Glass N, Huffman L, Villemeyer K, Hamilton A, Frame P, et al. Screening for syphilis: brief update for the US preventive services task force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 23]; Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/syphilis/syphilup.pdf>
13. Ministerio de Salud M. RM070-2011 que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.02: Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. [Internet]. 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM070-2011-MINSA1.pdf>
14. NCIRD. Recs/Provisional/Provisional Recs main page [Internet]. [cited 2012 Oct 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/default.htm>
15. Dalziel K, Segal L. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. Arch Dis Child. 2012 Sep 1;97(9):787-98.
16. Mabry-Hernandez IR. Screening for Iron Deficiency Anemia-Including Iron Supplementation for Children and Pregnant Women. American Family Physician. 2009;79(10):897-8.
17. Rose SR, Brown RS, others. Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. Pediatrics. 2006;117(6):2290-303.
18. Mabry-Hernandez I, Wolff T, Green K. Screening for Phenylketonuria: A Literature Update for the US Preventive Services Task Force. 2008 [cited 2012 Oct 24]; Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/pku/pkuart.pdf>



19. Pulman P, Paulman A, Harrison J. Taylor's Manual of Family Medicine. 3rd ed. 2008.
20. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *American journal of preventive medicine*. 2004;26(4):315-25.
21. Ministerio de Salud M. RM 990-2010 que aprueba la NTS N°087-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años [Internet]. 2010. Available from: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/NORMAS/2010/RM990_2010MINSA.pdf
22. Imdad A, Herzer K, Mayo-Wilson E, Yakoob MY, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 25];12. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008524.pub2/pdf/standard>
23. Haney EM, Huffman LH, Bougatsos C, Freeman M, Steiner RD, Nelson HD. Screening and Treatment for Lipid Disorders in Children and Adolescents: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2007 Jul 1;120(1):e189-e214.
24. Wolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the US Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. *Annals of Internal Medicine*. 2007;147(11):787.
25. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2003;139(11):933-49.
26. Chou R, Huffman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT, others. Screening for HIV: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2005;143(1):55.
27. O'Connor EA, Friel S, Kelleher CC. Fashion consciousness as a social influence on lifestyle behaviour in young Irish adults. *Health Promotion International*. 1997;12(2):135-9.
28. Hallan SI, Dahl K, Oien CM, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J, et al. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *Bmj*. 2006;333(7577):1047.
29. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: systematic evidence review update for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2009;151(10):727.
30. Zuber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Wilschut J, Van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening: a decision analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2008;149(9):659.
31. Organización Panamericana de la Salud O, Seguro Social de Salud E. Estudio costo-efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSALUD [Internet]. 2000. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=323515&indexSearch=ID>
32. Ministerio de Salud M. Documento Técnico: Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú.
33. Seguro Social de Salud E. Plan de Promoción de la Salud 2012. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud. Subgerencia de Promoción de la Salud. 2012.
34. González-Molina J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Revista Médica del Uruguay*. 2002;18(3):192-7.
35. Peden MM, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on road traffic injury prevention [Internet]. World Health Organization Geneva; 2004 [cited 2012 Oct 25]. Available from: http://cdrwww.who.int/entity/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/intro.pdf
36. Instituto Nacional de Salud I. Programa de Investigación en Accidentes de Tránsito. 2009.



13. ABREVIATURAS

- ❖ AAFP: American Academy of Family Physicians
- ❖ ACS: American Cancer Society
- ❖ ACOG Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología
- ❖ ADA: American Diabetes Association
- ❖ AGS: American Geriatric Society
- ❖ BGS: British Geriatrics Society
- ❖ CDC: Center Disease Control and Prevention
- ❖ CCR: Cáncer colorectal
- ❖ CTFPHC: Canadian Task Force Preventive Health Care
- ❖ DM: Diabetes Mellitus
- ❖ HTA: Hipertensión Arterial
- ❖ JNC 7: National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
- ❖ ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement
- ❖ IMC: índice de masa corporal
- ❖ PA: Presión Arterial
- ❖ PAS: Presión Arterial Sistólica
- ❖ PAD: Presión Arterial Diastolita
- ❖ PNA: Primer nivel de atención
- ❖ PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción (España)
- ❖ USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force
- ❖ VDI: Visita Domiciliaria Integral
- ❖ VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- ❖ VPH: Virus del papiloma Humano

