

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 08 -GCPS-ESSALUD-2022**

Lima, 31 MAR. 2022

**VISTOS:**

La Nota N° 176 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 e Informe N° 38-SGAPPCC-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 mediante el cual, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, remite para su aprobación el Proyecto de Documento Técnico Orientador "Guía de visita domiciliaria con enfoque del cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad en el Seguro Social de Salud – ESSALUD";

**CONSIDERANDO:**

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

Que, de conformidad 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, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, el Decreto Supremo N° 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", tiene como objetivos prioritarios mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población y mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud, estableciendo mecanismos y espacios colaborativos con el sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones eficientes y equitativas, innovadoras, solidarias y conjuntas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 520-2010-MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada", con la finalidad de mejorar la calidad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 278-2011-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021", con el objetivo de fortalecer el desempeño del Primer Nivel de Atención de Salud que permita brindar Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad y la finalidad de contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad", con la finalidad de mejorar, con equidad, las condiciones o el nivel de salud de la población residente en el Perú, mediante un modelo sustentado en el cuidado integral de la salud en el curso de vida, a la persona, familia y comunidad;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud



ANGEL ALVAREZ CABEZAS  
Fepatario Suplente  
Resolución N° 42 GCPS-ESSALUD-2020

31 MAR. 2022

 **Siempre**  
con el pueblo

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 08 -GCPS-ESSALUD-2022**

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 de 31 de diciembre de 2014, se aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 390-PE-ESSALUD-2021 de 30 de abril de 2021, se aprueba la modificación del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD;

Que, con Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, se aprueba la Directiva de Gerencia General N° 21-GG-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD";

Que, con Resolución de Gerencia General N° 1112-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva N° 13-GCPS-ESSALUD-2021, "Modelo de Cuidado Integral con enfoque de Salud Familiar del Seguro Social de Salud- ESSALUD";

Que, de conformidad con lo establecido en el literal a) del artículo 158 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y sus modificatorias; la Gerencia Central de Prestaciones de Salud entre otras funciones, se encarga de formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades;

Que, de acuerdo a los documentos de vistos, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud remite el proyecto de Documento Técnico Orientador Guía, que tiene como objetivo estandarizar las prestaciones de salud que se brindan a través de la Visita Domiciliaria Integral, en el Seguro Social de Salud - ESSALUD, con enfoque de Cuidado Integral en las IPRESS de las Redes Asistenciales y Prestacionales del Seguro Social de Salud – EsSalud, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento del Modelo de Cuidado Integral de salud por curso de vida para el asegurado, su familia y comunidad (MCI).

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** el Documento Técnico Orientador: "Guía de visita domiciliaria con enfoque del cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad en el Seguro Social de Salud – ESSALUD", que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y Asistencia Técnica de la presente Directiva. Así como realizar sus actualizaciones que resulten del monitoreo y evaluación del proceso de su implementación en las Redes Asistenciales y prestacionales de ESSALUD.
3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Operaciones, las acciones de supervisión, evaluación y control del cumplimiento de los dispuesto en la presente Resolución.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

.....  
**ANGEL ALVAREZ CABEZAS**  
Fidatario Suplente  
Resolución N° 42 GCPS-ESSALUD-2020

31 MAR. 2022



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 08 -GCP-ESSALUD-2022**

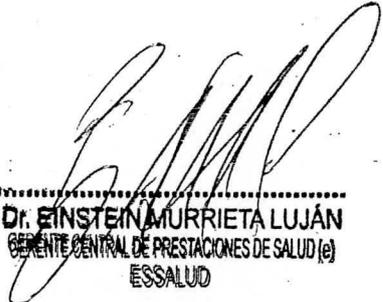
4. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la remisión a Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo Institucional, en la intranet y en la página web institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud  
ANGEL ALVAREZ CABEZAS  
Fidatario Suplente  
Resolucion N° 42 GCP-ESSALUD-2020

31 MAR. 2022

  
.....  
**Dr. EINSTEIN MURRIETA LUJÁN**  
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (e)  
ESSALUD

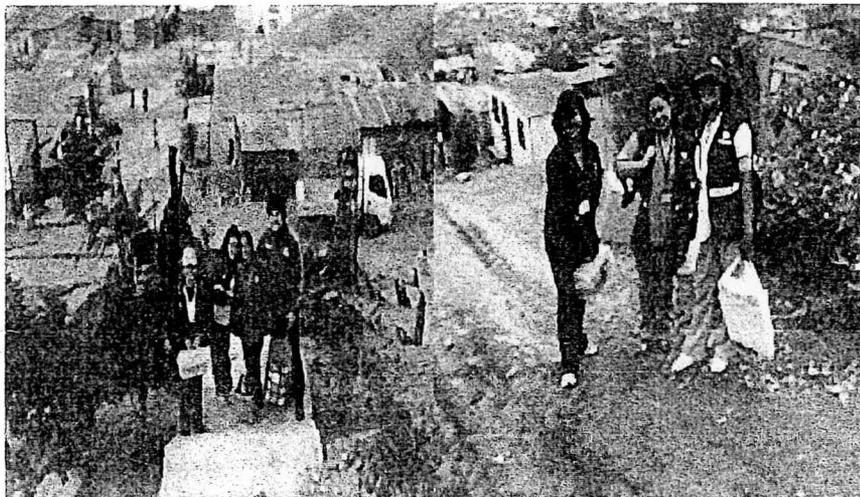
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud  
ANGEL ALVAREZ CABEZAS  
Fidatario Suplente  
Resolucion N° 42 GCP-ESSALUD-2020  
31 MAR. 2022

# SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD  
N.º 08 -GCPS-ESSALUD-2022

DOCUMENTO TÉCNICO-ORIENTADOR:

GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA CON ENFOQUE DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA PARA LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD



## ÍNDICE

CAPÍTULO I .....	3
DISPOSICIONES INICIALES .....	3
CAPÍTULO II .....	7
ÓRGANOS RESPONSABLES .....	7
CAPÍTULO III .....	8
DISPOSICIONES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL .....	8
ANEXOS .....	10
ANEXO N.° 01 .....	11
VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL ESSI .....	11
ANEXO N.° 2A .....	12
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL: PLANIFICACIÓN .....	12
ANEXO N.° 2B .....	13
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL: EJECUCIÓN .....	13
ANEXO N.° 2C .....	15
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL: EVALUACIÓN .....	15
ANEXO N.° 3 .....	16
FACTORES DE RIESGO POR CURSO DE VIDA .....	16
ANEXO N.° 04 .....	18
CURSO DE VIDA .....	18
ANEXO N.° 05 .....	19
OTRAS ATENCIONES FUERA DEL ESTABLECIMIENTO QUE NO SON CONSIDERADAS COMO VDI .....	19
ANEXO N.° 6 .....	20
COMAPA .....	20
ANEXO N.° 7 .....	22
REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL .....	22
ANEXO N.° 8 .....	25
INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL .....	25
ANEXO N.° 9 .....	26
REGISTRO DE REPORTE MENSUAL .....	26
ANEXO N.° 10 .....	27
EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	27
ANEXO N.° 11 .....	28
INDICADOR .....	28
ANEXO N.° 12 .....	29
HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN .....	29



ANEXO N.º 13 .....	30
RECOMENDACIONES PARA VDI SEGÚN ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO:.....	30
ANEXO N.º 14 .....	38
TARJETA DE DERIVACIÓN PARA LA ATENCIÓN POR FACTORES DE RIESGO.....	38



## CAPÍTULO I

### DISPOSICIONES INICIALES

#### Artículo 1. Objeto

Estandarizar las prestaciones de salud que se brindan a través de la Visita Domiciliaria Integral, en el Seguro Social de Salud – EsSalud.

#### Artículo 2. Finalidad

Contribuir a mejorar las prestaciones de salud en las IPRESS del primer nivel de atención estandarizando actividades de la visita domiciliaria integral en el marco del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI).

#### Artículo 3. Marco Normativo

- 3.1 Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud – EsSalud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 009-97-SA y sus modificatorias.
- 3.2 Ley N.º 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 3.3 Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – EsSalud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 002-99-TR, y sus modificatorias.
- 3.4 Resolución Ministerial N.º 520-2010-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- 3.5 Resolución Ministerial N.º 278-2011-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021".
- 3.6 Resolución Ministerial N.º 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N.º 086-MINSA-2019-DGIESP-V.01 "Directiva Sanitaria para la implementación de la Visita Domiciliaria por parte del personal de salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil".
- 3.7 Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- 3.8 Resolución Ministerial N.º 004-2021/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 171/MINSA/2021/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID-19 en el Perú".
- 3.9 Resolución Ministerial N.º 220-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
- 3.10 Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y funciones del Seguro Social de Salud y sus modificatorias.
- 3.11 Resolución de Gerencia General N.º 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N.º 018-GG-ESSALUD-2013, "Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – EsSalud".
- 3.12 Resolución de Gerencia General N.º 487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N.º 005-GG-ESSALUD-2014, "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud – EsSalud".
- 3.13 Resolución de Gerencia General N.º 784-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Documento Técnico "Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud".



- 3.14 Resolución de Gerencia General N.° 1644-GG-ESSALUD-2017, que aprueba el Proyecto de "Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en el Primer Nivel de Atención con Énfasis Preventivo Promocional en la Red Asistencial Tacna".
- 3.15 Resolución de Gerencia General N.° 1127-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N.° 19-GCPS-ESSALUD-2019 "Normas de Bioseguridad del Seguro Social de Salud".
- 3.16 Resolución de Gerencia General N.° 632-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 12-GCPS-ESSALUD-2020, "Telemedicina en pacientes con Enfermedad Crónica o Continuador en EsSalud".
- 3.17 Resolución de Gerencia General N.° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en EsSalud".
- 3.18 Resolución de Gerencia General N.° 892-GG-ESSALUD-2021, que aprueba el documento técnico: "Plan Nacional para la Promoción de la Corresponsabilidad en Salud del Seguro Social de Salud – EsSalud 2021-2022".
- 3.19 Resolución de Gerencia General N.° 1112-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva N.° 13-GCPS-ESSALUD-2021, "Modelo de Cuidado Integral con Enfoque de Salud Familiar del Seguro Social de Salud – EsSalud", que implementa el "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- 3.20 Resolución de Gerencia General N.° 1322-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 15-GCPS-ESSALUD-2021, "Normas para las prestaciones de Salud de Atención Domiciliaria – EsSalud".
- 3.21 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 026-GCPS-ESSALUD-2012, que aprueba la Directiva N.° 001-GCPS-ESSALUD-2012, "Programa Piloto EsSalud Familia: Cuidado Integral de la Salud para todos y por todos".
- 3.22 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 058-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N.° 009-GCPS-ESSALUD-2016, "Normas para Elaboración del Manual de Procedimientos Asistenciales en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
- 3.23 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 20-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Reactivación progresiva de los servicios de salud de las IPRESS del primer nivel de atención e IPRESS con población adscrita del Seguro Social en el marco de la pandemia COVID-19".
- 3.24 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 25-GCPS-ESSALUD-2021, que aprueba el Documento Técnico "Guía de Adecuación de los Servicios de Salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social de Salud – EsSalud".



#### Artículo 4. Ámbito de aplicación

La presente Guía de Visita Domiciliaria Integral es de aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS con población adscrita propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP), de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en convenios/contratos suscritos con los respectivos operadores y la Gerencia de Oferta Flexible de EsSalud.

#### Artículo 5. Definiciones

- 5.1 **Actores sociales<sup>1</sup>:** sujeto individual o colectivo que desde sus intereses detecta la capacidad de intervenir o influir en forma significativa en una población o situación o que cuentan con recursos de poder que los hace estratégicos en procesos de construcción comunitaria<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Documento Técnico "Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del ACS", aprobado mediante R. M. N.° 411-2014 /MINSA. y Directiva Administrativa N.° 174-MINSA-DGSP-V.01 "Para el trabajo con el Agente Comunitario de Salud" aprobado con R. M. N.° 299-2011/MINSA.

<sup>2</sup> Resolución Ministerial N.° 539-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local".

- 5.2 APGAR familiar<sup>3</sup>:** es un cuestionario de cinco preguntas utilizado en salud familiar que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.
- 5.3 Cartera de servicios de salud<sup>4</sup>:** prestaciones de salud, que ofertan los establecimientos de salud y que responden a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias sectoriales.
- 5.4 Consentimiento informado<sup>5</sup>:** es la autorización informada, libre y voluntaria que brinda el usuario de la salud, negándola u otorgándola, sin que se medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, siendo el médico tratante o el investigador, según corresponda, el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria.
- 5.5 Cuidado integral de la salud<sup>6</sup>:** son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias destinadas a promover hábitos y conductas saludables, buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarse, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social. Comprende, por un lado, las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud. Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los Determinantes Sociales de la Salud, abordando el marco socioeconómico político cultural, las determinantes estructurales y las determinantes intermedias, incluido el Sistema de Salud, con la finalidad de construir un país y una sociedad saludable.
- 5.6 Curso de Vida<sup>6</sup>:** comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y la población, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte.
- 5.7 Determinantes sociales de la salud<sup>7</sup>:** los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y son causa de buena parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país.
- 5.8 Ecomapa<sup>8</sup>:** representación gráfica que facilita al equipo de salud, a reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia.
- 5.9 Equipo multidisciplinario de salud (EMS)<sup>9</sup>:** equipo de salud constituido por profesionales de salud por un/a médico/a, un/a enfermera, un/a obstetra y un/a técnico o auxiliar asistencial de salud según la disponibilidad de recursos de la RIS o RSS; el que puede incluir a otros profesionales de acuerdo con las necesidades de salud de la población asignada a las Redes Integradas de Salud. En el caso de poblaciones excluidas y dispersas, el EMS se denomina Equipo de Atención Integral de salud a poblaciones Excluidas y Dispersa – Equipo AISPED.
- 5.10 Estilos de vida (estilos de vida que conducen a la salud)<sup>6</sup>:** el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

<sup>3</sup> Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación = Latino Families and Youth: A Compendium of Assessment Tools. Washington, DC: OPS, 2013

<sup>4</sup> Resolución de Gerencia General N.° 487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba el documento técnico. "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente".

<sup>5</sup> Resolución de Gerencia General N.° 1629-GG-ESSALUD-2021, que aprobó el documento técnico "Implementación del Trabajo remoto para el personal Asistencial de EsSalud".

<sup>6</sup> Resolución Ministerial 030/2020 MINSA, que aprueba el documento técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".

<sup>7</sup> Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1998, pág. 27

<sup>8</sup> M. McGoldrick y R. Gerson. "GENOGRAMAS EN LA EVALUACION FAMILIAR", Ed. Gedisa

<sup>9</sup> Resolución Ministerial N.° 220-2021/MINSA, que aprueba el documento técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).

- 5.11 Familiograma<sup>10</sup>:** es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Se le conoce también por otros nombres como genograma, árbol familiar, etc.
- 5.12 Factor de riesgo<sup>11</sup>:** un factor de riesgo es cualquier característica, exposición o conducta 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 infantil, 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.
- 5.13 Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad<sup>9</sup>.** Comprende un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad.

El modelo acoge los atributos de la atención primaria de la salud (acceso, primer contacto, cuidado integral, longitudinalidad continuidad y coordinación) y enfatiza la creación y fortalecimiento de un vínculo de largo plazo entre las personas y los equipos multidisciplinares de salud para mejorar la salud a lo largo del curso de vida, de los diferentes grupos etarios y la diversidad de nuestro país.

Además, el modelo contempla la atención en el primer nivel de atención de salud, articulándose con el segundo y tercer nivel de atención de salud, de acuerdo con la necesidad de capacidad resolutoria que se requiera bajo modalidad fija, móvil y telemedicina.

La atención del Modelo de Cuidado Integral – MCI es brindada por un equipo multidisciplinario de salud, el cual es responsable de un territorio definido dentro de la red integrada de salud, siendo los encargados de garantizar la continuidad del cuidado integral de salud de las persona, familia y comunidad.

- 5.14 Paquete de cuidado integral de salud<sup>9</sup>:** es el conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona por curso de vida, la familia y la comunidad para satisfacer sus diversas necesidades de salud.

- 5.15 Red de servicios de salud<sup>9</sup>:** es el conjunto de establecimientos de salud de distinta capacidad resolutoria y de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una red vial y corredores sociales articulados funcionalmente, ubicado en un espacio geográfico.

- 5.16 Visita domiciliaria<sup>9</sup>:** actividad de salud realizada con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigidos a la persona, familia y comunidad en el ámbito de EsSalud.

- 5.17 Visita Domiciliaria Integral (VDI)<sup>12</sup>:** actividad para el cuidado integral fuera del establecimiento de salud, realizada en el domicilio que declara el asegurado; con mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria), que permite evaluar de cerca al asegurado, con enfoque biopsicosocial, dentro del contexto familiar, estructural como funcionalmente, y social: para realizar intervenciones efectivas que solucionen problemas de los integrantes de la familia o de los más vulnerables.

- 5.18 Confidencialidad<sup>11</sup>:** la información registrada en las fichas clínicas solo es accesible por personas autorizadas por ley, preservando siempre de no hacer preguntas sensibles delante de otras personas del grupo familiar que se encuentren en el domicilio al momento de la visita.

<sup>10</sup> Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria. Dirección General del Desarrollo de Recursos Humanos. Escuela Nacional de Salud Pública (2014).

<sup>11</sup> Tafani R1, Chiesa G2, Caminati R3, Gaspio N4| Factores de riesgo y determinantes de la salud. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/article>

<sup>12</sup> Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria- Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades – Departamento de Ciclo Vital. CHILE (2018)

## Artículo 6. Acrónimos

- 6.1 **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- 6.2 **ESSALUD:** Seguro Social de Salud
- 6.3 **APP:** Asociación Público-Privada
- 6.4 **VDI:** Visita Domiciliaria Integral
- 6.5 **ESSI:** Sistema de Información Inteligente
- 6.6 **MCI:** Modelo de Cuidado Integral

## CAPÍTULO II

### ÓRGANOS RESPONSABLES

#### Artículo 7. Gerencia Central de Prestaciones de Salud



La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a través de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, es responsable de difundir, implantar, brindar asistencia técnica y evaluar el cumplimiento de lo establecido en la presente Guía.

Realizar actualizaciones del presente documento normativo como resultado del monitoreo y evaluación del proceso en su implementación a las Redes Asistenciales y prestacionales de ESSALUD, así como de las actualizaciones de la normativa sectorial relacionadas al modelo de cuidado integral MCI.

#### Artículo 8. Gerencia Central de Operaciones



La Gerencia Central de Operaciones a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales es responsable de evaluar, monitorear y supervisar la implementación de la presente Guía.

#### Artículo 9. Gerencia y/o Dirección de la Red Asistencial/Prestacional

- 9.1 Es responsable de implementar la presente Guía, a través de las IPRESS de su jurisdicción.
- 9.2 Es responsable de gestionar los recursos para la implementación, ejecución, evaluación y control de los procesos operativos y el cumplimiento del presente documento técnico.

#### Artículo 10. Director/jefatura del Departamento/Servicio de la IPRESS

- 10.1 Es responsable el director/jefatura del Departamento/ Servicio de la IPRESS o quien haga su vez de implementar en su ámbito la prestación de la visita domiciliaria integral, según la capacidad resolutoria de la IPRESS a su cargo.
- 10.2 Es responsable el jefe del Departamento/Servicio o quien haga sus veces, de programar al equipo multidisciplinario para la VDI, según la demanda de atención de acuerdo con la cartera de servicios de salud de complejidad creciente vigente.
- 10.3 Es responsable el jefe del Departamento/Servicio de las IPRESS, de elaborar y monitorear el cumplimiento de la programación asistencial del profesional, la misma que debe estar en el sistema con cuatro meses de anticipación según normas institucionales; de acuerdo al perfil y competencias, para el desarrollo de la visita domiciliaria integral.

### CAPÍTULO III

#### DISPOSICIONES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

##### Artículo 11. De la organización de la visita domiciliaria integral

- 11.1** Las prestaciones de salud de visita domiciliaria integral en el Seguro Social de Salud constituyen una oferta flexible de la consulta ambulatoria, que se implementa de acuerdo con la capacidad resolutoria de las IPRESS a nivel nacional y de la Gerencia de Oferta Flexible.
- 11.2** Las Redes Asistenciales/Prestacionales gestionan, de corresponder, la organización de la visita domiciliaria integral dentro de la Gerencia Clínica/Quirúrgica o Departamento/Servicio Médico Quirúrgico de las IPRESS de su jurisdicción que requieran dicho nivel de organización, de acuerdo a normatividad vigente, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos propios.
- 11.3** Conforman el equipo multidisciplinario básico de visita domiciliaria integral, los profesionales de salud por un/a médico/a, un/a enfermera, un/a obstetra y un/a técnico o auxiliar asistencial de salud.
- 11.4** El equipo multidisciplinario se amplía con otros profesionales (odontólogo, licenciado/a en nutrición, licenciado/a en psicología, el/la trabajadora social, tecnólogo/a de medicina física y rehabilitación, etc.) según los perfiles epidemiológicos de demanda y las necesidades de salud de la población y disponibilidad de recursos humanos de las IPRESS.
- 11.5** Los profesionales (equipo multidisciplinario), programados en VDI de las IPRESS realizan actividades de prevención y promoción a los pacientes de acuerdo con el curso de vida y las diez prioridades sanitarias institucionales aprobadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, anemia, tuberculosis, ITS/VIH-SIDA, atención preconcepcional, planificación familiar, atención prenatal reenfocada, entre otras), según la situación epidemiológica del territorio de influencia de las IPRESS, así como tratamiento y rehabilitación cuando se requiere.
- 11.6** Los profesionales (equipo multidisciplinario) son responsables de brindar la prestación de la VDI con calidad y calidez; así como de garantizar la confidencialidad de la información de los usuarios en cumplimiento de las normas vigentes sobre protección de datos personales.
- 11.7** Los profesionales (equipo multidisciplinario), son responsables de articular el manejo individual de las familias dentro de sus contextos culturales y sociales, para un análisis reflexivo del profesional que promueva el trabajo en equipo y la participación de la visita domiciliaria.

##### Artículo 12. De los recursos para la visita domiciliaria integral

- 12.1.** El gerente/director de la Red Asistencial/Prestacional o quien haga sus veces:
- Gestiona los recursos necesarios a fin de dotar de equipos informáticos y de comunicación portátiles, materiales e insumos médicos necesarios para el cumplimiento de metas establecidas de visita domiciliaria integral.
  - Realiza la programación anual de bienes y servicios para la ejecución de la visita domiciliaria integral.
- 12.2.** La movilización del personal de salud para la visita al domicilio del paciente se realiza a través de vehículo institucional, la contratación de servicios de movilidad (transporte utilizado de acuerdo a la realidad local) de acuerdo con normas establecidas<sup>13</sup> y/o las disposiciones de asignación de movilidad local, según presupuesto operativo de la red.

<sup>13</sup> Directiva de Gerencia General N.º 15-GCL-ESSALUD-2019 V.01, "Normas para la contratación de bienes y servicios por montos iguales o inferiores a ocho (08) Unidades Impositivas Tributarias (UIT) en el Seguro Social de Salud – EsSalud".

### Artículo 13. De los procedimientos y actividades para la visita domiciliaria integral

- 13.1** La captación del asegurado para la VDI se realiza desde la atención ambulatoria, los profesionales identifican factores de riesgo (**anexo N.º 3**), que ameriten realizarles la visita domiciliaria integral y revisa los criterios de inclusión y exclusión establecidos:
- a) Asegurado de cualquier etapa del curso de vida (**anexo N.º 4**), a quien se le identifique algún factor de riesgo o por criterios establecidos según normas vigentes.
  - b) Firma de consentimiento informado (**anexo N.º 10**).
  - c) El criterio de exclusión, cuando el paciente y/o familiar no acepta la visita domiciliaria y no firma el consentimiento informado.
- 13.2** En la planificación de la VDI (**Anexo N.º 2A**), se realiza:
- a) La programación en la plataforma institucional vigente (ESSI), utilizando los códigos de enlace (**anexo N.º 1**).
- 13.3** En la ejecución de la VDI se realiza la valoración del riesgo y/o daño a través de la entrevista y observación (**anexo N.º 2B**).
- a) El profesional de la salud en la VDI, de acuerdo a sus competencias, considera las diferentes instancias de contacto de los integrantes de la familia para el seguimiento, y evaluación del plan de la visita domiciliaria con objetivos medibles (**anexo N.º 2C**).

### Artículo 14. Del registro de la visita domiciliaria

- 14.1.** El registro de la VDI es ingresado al sistema informático vigente (ESSI) (**anexo N.º 1**).
- 14.2.** Solo se registran en el ESSI las VDI efectivas, las no efectivas se justifican con el jefe inmediato superior para el descargo del tiempo de traslado y de la movilidad utilizada, de ser el caso:
- a) Se considera VDI efectiva cuando se ejecutan las actividades o prestaciones de salud planificadas o las identificadas durante la VDI.
  - b) Se considera VDI no efectiva cuando no se encuentra el domicilio, cuando no permiten el ingreso al domicilio o cuando exista un riesgo para la integridad del profesional de salud.
- 14.3.** No se registran en el ESSI como VDI, aquellas visitas mencionadas en el **anexo N.º 5**.
- 14.4.** La información generada en la VDI debe ser anexada a la Historia Clínica del asegurado (**anexos N.º 7 y 8**).
- 14.5.** El registro de VDI forma parte del reporte mensual de los servicios de las IPRESS que son informados a las Unidades de Estadística (**anexo N.º 9**).
- 14.6.** Existen otras atenciones fuera del establecimiento que no son considerados como VDI (**anexo N.º 5**).

### Artículo 15. Consideraciones éticas

- 15.1.** La VDI es una actividad en el cual se rige los principios éticos<sup>14</sup> de:
- a) **Beneficencia:** hacer el bien. Se entiende que consentir en recibir al equipo de salud en el domicilio en el contexto de una VDI, significará para la persona un beneficio en su atención de salud. El equipo de profesionales podrá contar con un mejor conocimiento del proceso de salud y enfermedad que la aqueja y de su entorno familiar, lo que facilita la comunicación y permite efectuar las intervenciones o entregar indicaciones de salud con una mayor pertinencia a cada caso en particular.

<sup>14</sup> Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades – Departamento de Ciclo Vital. Resolución Exenta N.º 403, del 9 de marzo de 2018. CHILE. Pág.11

- b) **No maleficencia:** no dañar. De ninguna manera, el hecho que la persona haya aceptado la visita del equipo de salud a su domicilio puede implicar un daño para ella ni para su familia. La información que se obtendrá tendrá que ser utilizada solo en su beneficio y habrá que cuidar toda situación o decisión del equipo que pudiera impactar de manera negativa en la persona o su grupo familiar.
- c) **Justicia:** el principio de justicia, en este caso, está relacionado con la posibilidad que tiene todo paciente de acceder a una VDI en el contexto de las atenciones de salud que se le ofrecen en el centro de atención primaria al que está adscrito. Se entiende también, que habrá un procedimiento para determinar de manera objetiva la prioridad que tendrá cada caso para ser visitado, dada la limitación del recurso y en una visión de justicia distributiva de estos.
- d) **Autonomía:** se debe tener presente que las personas son autónomas para consentir voluntariamente si aceptan o no ser visitadas por el equipo de salud en su domicilio. Así como también una vez en la visita misma, pueden reservarse el derecho a no responder ciertas preguntas o a no aceptar algunas indicaciones, sin que esto afecte el acceso a las atenciones de salud que el sistema le brinda. Todo lo anterior no libera al equipo de la responsabilidad de velar por su salud. En esos casos, si bien la VDI permite obtener información relevante que en otro contexto de atención es difícil de acceder, el equipo puede ofrecer otras alternativas de intervención para continuar resguardando el cuidado de la salud.

**15.2.** La VDI dirigida a un niño, adolescente o adulto mayor frágil con grado de dependencia, es coordinada previamente con la familia para contar con la presencia de un familiar o cuidador.

**15.3.** Ante el examen físico de un menor de edad o adulto mayor frágil, se solicita la presencia de un familiar o cuidador para asegurar la integridad del paciente.

## ANEXOS

- Anexo N.º 01: Variables para la programación de la visita domiciliaria en el ESSI
- Anexo N.º 2A: Descripción de las actividades a realizar en la visita domiciliaria integral Planificación
- Anexo N.º 2B: Descripción de las actividades a realizar en la visita domiciliaria integral Ejecución
- Anexo N.º 2C: Descripción de las actividades a realizar en la visita domiciliaria integral Evaluación
- Anexo N.º 03: Factores de riesgo por curso de vida
- Anexo N.º 04: Curso de vida
- Anexo N.º 05: Otras atenciones fuera del establecimiento que no son consideradas como VDI
- Anexo N.º 06: Ecomapa
- Anexo N.º 07: Registro de información de la visita domiciliaria integral
- Anexo N.º 08: Informe de la visita domiciliaria integral
- Anexo N.º 09: Registro de reporte mensual
- Anexo N.º 10: Expresión de Consentimiento Informado
- Anexo N.º 11: Indicador
- Anexo N.º 12: Habilidades del personal de salud para la información, educación y comunicación
- Anexo N.º 13: Recomendaciones para VDI según algunas situaciones de riesgo
- Anexo N.º 14: Tarjeta de derivación para la atención por factores de riesgo

**ANEXO N.º 01  
VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL ESSI**

SERV.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	ACTIV.	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	SUBACT.	DESCRIPCIÓN SUBACTIVIDAD	TIPO PROG
AB1	MEDICINA GENERAL	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
AM3	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
F11	ENFERMERA	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
F51	SERVICIO SOCIAL	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
F31	NUTRICIÓN	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
E21	PSICOLOGÍA	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
F33	ODONTOLOGÍA	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS
F21	OBSTETRIZ	A1	ACTIV. COLECTIVAS EXTRAMURO (INTERV. EDU. COMUNICAC)	079	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	POR CUPOS

**Unidad de medida<sup>15</sup>:** visita domiciliaria.

**Concentración:** según normatividad vigente de cada programa de salud.

**Rendimiento:** 1 hora por visita, en zonas rurales el tiempo se adecuará a la accesibilidad geográfica.

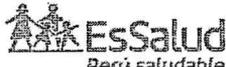
**Fuente:** ESSI, registro manual (formato de visita firmado por el asegurado integrante de la familia).

**Responsable:** profesionales de la salud.



<sup>15</sup> Lineamientos de programación de las Prestaciones de Salud - Res N.º 70-GCPS-ESSALUD-2017

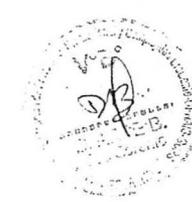
**ANEXO N.º 2A**  
**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL:**  
**PLANIFICACIÓN**

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		<b>VERSIÓN:</b> 01 <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
	<b>PLANIFICACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		
<b>1. DEFINICIÓN:</b>			
En esta etapa se consideran todos los aspectos relevantes que tiene la futura ejecución de la VDI, y que constituyen la base para la realización exitosa de ella.			
<b>2. REQUISITOS:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurado con factor de riesgo detectado durante la atención ambulatoria (consulta externa y otros servicios asistenciales).</li> <li>Gestionar con el Área administrativa o quien haga sus veces en las IPRESS, la movilidad para el traslado a domicilio del personal de salud que realiza la VDI, que se encuentra programado en el ESSI.</li> <li>Acordar y asegurar la presencia del asegurado en su domicilio en el momento de la visita. A través de una comunicación previa con monitoreo telefónico en el día de la visita.</li> </ul>			
<b>3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>			
<b>Paso N.º</b>	<b>Descripción de acciones</b>	<b>Responsables</b>	
1	Incluir la(s) visita(s) a realizarse en la programación de actividades (ESSI), de las IPRESS.	Profesional que realiza la visita domiciliaria.	
2	En esta etapa se decide la fecha y hora, se realiza un primer contacto telefónico con la familia, se aclaran datos de ubicación del domicilio, del trayecto y transporte, organizando los recursos que se utilizarán para efectuarla.		
3	Determinar el motivo de la visita, los objetivos y el plan de visita domiciliaria.		
4	Recolectar información sobre los asegurados a los que se les ha identificado un factor de riesgo durante la atención ambulatoria y a quienes se le hará la VDI (asegurados niños, adultos, adulto frágil, gestantes, entre otros), verificar que cuenten con acreditación vigente de su derecho a la atención.		
5	La IPRESS brinda los medios necesarios para el traslado al domicilio del asegurado, al personal que se encuentra programado en el ESSI para VDI.		
<b>RECOMENDACIONES:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Una adecuada coordinación de las jefaturas/coordinaciones con el área administrativa de las IPRESS, para contar con el traslado al domicilio del usuario beneficiario de la VDI, facilitará las acciones a realizar.</li> </ul>			



**ANEXO N.º 2B**  
**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL:**  
**EJECUCIÓN**

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		<b>VERSIÓN:</b> 01 <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
	<b>EJECUCIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		
<b>1. DEFINICIÓN:</b>			
Es la realización de la visita en la fecha y hora acordada. Se deberá resguardar la puntualidad. Comprende: fase inicial de desarrollo y cierre. Al llegar al establecimiento de salud es fundamental registrar un resumen del caso en la historia clínica, especificando que la actividad realizada corresponde a una VDI.			
<b>2. REQUISITOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso del consentimiento informado (<b>anexo N.º 10</b>) para respetar el derecho de autonomía e información. Este consentimiento se debe entregar para leer y ser firmado por el asegurado o el familiar cuidador responsable, al inicio de cada visita domiciliaria integral.</li> </ul>			
<b>MATERIALES:</b>		<b>PERSONAL:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartera de servicios</li> <li>• Ficha de visita domiciliaria</li> <li>• Mapa de la jurisdicción</li> <li>• Material de IEC/rotafolios, dípticos, trípticos, entre otros</li> <li>• Formato de consentimiento informado</li> <li>• Recetario</li> </ul>		Equipo Multidisciplinario  <b>Tener conocimiento de:</b> Registro de la Ficha de Visita Domiciliaria.	
<b>EQUIPAMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termómetro digital, saturómetro o pulsoxímetro</li> <li>• Estetoscopio, tensiómetro.</li> <li>• Hemoglucotest, baja lenguas</li> <li>• Guantes, EPP</li> <li>• Alcohol gel</li> <li>• Papel toalla</li> <li>• Bolsas desechables</li> </ul>			
<b>3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>			
<b>Paso N.º</b>	<b>Descripción de acciones</b>	<b>Responsables</b>	
	<b>Fase inicial</b>		
1	Saludar cordialmente y presentarse de manera sencilla y respetuosa. Dar a conocer su nombre y del establecimiento de salud del cual procede.	Profesional que realiza la visita domiciliaria.	
2	Preguntar por la persona con la cual se hizo el contacto y se acordó la visita, realizar un recuerdo breve de por qué está allí y finalmente solicitar el <b>consentimiento</b> al asegurado y/o familiar.		
3	Identificar el <b>riesgo y/o daño</b> , observar el entorno familiar y doméstico, adaptándose a las circunstancias y al contexto.		
	<b>Fase de desarrollo</b>		
4	Explicar los objetivos de la visita, preguntar al usuario por los motivos y expectativas de la visita, consensuando los principales problemas en conjunto, dejando espacio para que exprese sus dudas y temores.		
5	Realizar la valoración inicial que permita establecer los problemas biopsicosociales priorizados, ya que no se logran abordar todos.		
6	Evaluar la estructura familiar y sus relaciones para entender el contexto familiar y el conocimiento que ellos tienen acerca de la salud-enfermedad del paciente, para así considerar la realidad familiar en las futuras decisiones.		
7	Realizar el familiograma/genograma para evaluar las redes de apoyo. Se puede utilizar el instrumento llamado <b>ecomapa</b> .		



8	Considerar aspectos culturales, étnicos y otros determinantes sociales de la salud en usuarios que viven en comunidades rurales aisladas y que, de otra forma no pueden acceder a los servicios que necesitan.	
9	Aplicar la Cartera de Servicios de acuerdo a las etapas del curso de vida de los integrantes de la familia en los que es necesario efectuar acciones de orientación familiar, así como fortalecer el trabajo intersectorial en red, se anexa algunas recomendaciones en los anexos N° 12, 13 y 14)	
	<b>Fase de Cierre</b>	
10	Realizar una síntesis de los acuerdos y compromisos, verificando la comprensión de las indicaciones; aclarando el plan de acción inicial de forma verbal y escrita.	
11	Explicitar los temas pendientes para una próxima visita y orientar en el acceso a la red de servicios de EsSalud correspondiente, ante nuevas necesidades y urgencias.	

**RECOMENDACIONES:**

- Registrar y/o actualizar los teléfonos de los miembros de la familia.
- Realizar una adecuada coordinación y compromiso con los usuarios o sus responsables del cuidado facilitará las acciones a realizar.
- Garantizar el horario de la VDI, información adecuada, buen trato y respeto a la privacidad del paciente y su familia.
- Reforzar los factores protectores y felicitar las conductas positivas en salud.
- Brindar información virtual de material seleccionado según necesidad del paciente y/o familia.
- Reforzar los estilos de vida saludables detectados.



**ANEXO N.º 2C**  
**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL:**  
**EVALUACIÓN**

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: Marzo 2022
	<b>EVALUACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		
<b>1. DEFINICIÓN:</b>			
En esta etapa se evalúa la actividad.			
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>			
<b>Paso N.º</b>	<b>Descripción de acciones</b>	<b>Responsables</b>	
1	Evaluar el cumplimiento de objetivos y planificar objetivos tentativos para la próxima visita o control de salud.	Profesional que realiza la visita domiciliaria.	
2	Evaluar los factores protectores y de riesgo que existen en el entorno del usuario beneficiario de la VDI.		
3	Realizar un informe de la VDI que debe contener sugerencias y programación de las siguientes visitas domiciliarias. <b>Ver anexo N.º 7.</b>		
4	Efectuar el seguimiento presencial o no presencial por miembros del equipo multidisciplinario ante nuevos eventos o temas pendientes.		
5	Si el seguimiento es no presencial, programar interconsultas para telemonitoreo, teleconsulta o teleorientación.		
6	Elaboración del <b>anexo N.º 8</b> : informe de la visita domiciliaria integral de la familia en base al curso de vida y factores de riesgo que presenta; en coordinación estrecha y trabajo integral con el equipo multidisciplinario y tomando como referencia el plan de trabajo de la VDI previamente planificada.		
<b>RECOMENDACIONES:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Una visita al domicilio del paciente nos permite evaluar ciertos aspectos que normalmente no son tan objetivables en una atención ambulatoria. Algunos de ellos son:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nutrición y hábitos:</b> en los casos en que se requiera evaluar con mayor profundidad la alimentación familiar para lograr un mejor proceso de cambio de hábitos.</li> <li>• <b>Medicamentos:</b> una visita en el domicilio permite evaluar si hay medicamentos vencidos, no recetados, medicina complementaria, pastilleros, botiquín casero, etc.</li> <li>• <b>Factores de riesgo de caída en el hogar:</b> dentro del hogar evaluar si existen barreras arquitectónicas, como escaleras y la seguridad de las mismas, ver si cuenta con pasamanos o barras de sujeción; presencia de cables en el suelo, la bañera y altura de esta.</li> <li>• <b>El soporte familiar</b> que tiene el paciente para afrontar la necesidad y/o problema de salud.</li> </ul> </li> </ul>			



**ANEXO N.º 3**  
**FACTORES DE RIESGO POR CURSO DE VIDA<sup>16</sup>**

CURSO DE VIDA	FACTORES DE RIESGO	
	BIOLÓGICO	SOCIAL Y PSICOLÓGICO
RECIÉN NACIDO	Bajo/Muy bajo peso al nacer	Madre hospitalizada durante puerperio
	Hospitalizado al nacer: sepsis neonatal, ictericia	Fallecimiento de madre
	APGAR < 7/10	Madre adolescente
	Enfermedad congénita	Pobre apoyo familiar/social
	Problemas relacionados a la lactancia materna	Padres separados/divorciados
		No lactancia materna exclusiva
		Bajo nivel socioeconómico de padres
NIÑO	Anemia	Embarazo adolescente
	Desnutrición	Divorcio de padres
	Malformación congénita	Muerte de un miembro de la familia
	Obesidad	Mudanza
		Cambio de colegio
		Deserción escolar
		Salud mental, violencia familiar
		Familia disfuncional
ADOLESCENTE <sup>17</sup>	Conducta sexual de riesgo	Cambio de colegio
	Baja autoestima	Embarazo adolescente
	Anemia	Deserción escolar
	Desnutrición	Miembro de pandilla
	Dismorfia corporal	Muerte de un miembro de la familia
	Trastorno de ansiedad o depresión	Familia disfuncional
		Salud mental, violencia familiar/género
	Embarazo	Fuga del hogar
		Bajo nivel socioeconómico o pobreza extrema
JOVEN <sup>18</sup>	Estrés laboral	Pérdida de empleo
	ITS, conducta sexual de riesgo	Muerte de un miembro de la familia
	Antecedentes patológicos de importancia	Bajo nivel socioeconómico o pobreza extrema
	Drogadicción y trastornos mentales.	

<sup>16</sup> Cuadro elaborado en base a:

Cabieses, Baltica; Espinoza, Manuel & Zitko, Pedro. (2011). ¿Cómo enfrentar el aumento de conductas individuales de riesgo para la salud en Chile? *Revista médica de Chile*, 139(5), 685-687. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500021>

<sup>17</sup> Rodríguez-Rodríguez N., Cala-Bayeux Á., Rodríguez-Rodríguez A., Acosta-Ortiz M., Guerra-Rodríguez D. Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista Información Científica* [Internet]. [citado 14 Mar 2022]; 95 (6) [aprox: 8 p.]. Disponible en: <http://revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/46>

<sup>18</sup> Echarri Cánovas, Carlos Javier & Pérez Amador, Julieta. (2007). En tránsito hacia la adultez: eventos en el curso de vida de los jóvenes en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 22(1), 43-77. Epub 01 de octubre de 2019. <https://doi.org/10.24201/edu.v22i1.1293>

ADULTO	Estrés laboral	Pérdida de empleo
	ITS, conducta sexual de riesgo	Muerte de un miembro de la familia
	Drogadicción	Familia con ciclo vital en dispersión, síndrome del nido vacío
ADULTO MAYOR <sup>19</sup>	Enfermedad degenerativa, trastornos conductuales	Muerte de un miembro de la familia, principalmente cónyuge
	Dependencia parcial o total	Vive solo, condiciones de vivienda afectan significativamente la salud
	Enfermedades crónicas avanzadas o terminales no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, etc.), transmisibles (infección de virus hepatitis B, C).	Bajo nivel socioeconómico o pobreza extrema
	Postrado	Institucionalizado
	Adulto mayor frágil con marcha inestable y alto riesgo de caídas	
GESTANTE	Gestante con antecedente de depresión o depresión posparto	Madre soltera
	Antecedente de hipertensión inducida por embarazo, parto prematuro o cesareada anteriormente, dos veces.	Violencia familiar
	Antecedentes de preeclampsia o eclampsia	Embarazo no deseado
	Obesidad o antecedente de morbilidad materna extrema	Pérdida de empleo, violencia intrafamiliar
	Madre adolescente	Gestante que no acude a su cita
	Discapacidad física o mental	



<sup>19</sup> Celis-Morales, Carlos; Leiva-Ordóñez, Ana María; Nazar, Gabriela; Albala, Cecilia; Troncoso, Claudia & Cigarroa-Cuevas, Igor. (2021). El 40 % de los casos de demencia podrían ser prevenidos si se modifican factores de riesgo a través del curso de vida. *Revista médica de Chile*, 149(1), 152-154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100152>

**ANEXO N.º 04**  
**CURSO DE VIDA<sup>20</sup>**

<b>CURSO DE VIDA</b>	
<b>RECIÉN NACIDO</b>	Desde el nacimiento hasta los 28 días
<b>NIÑO</b>	29 días a 11 meses 29 días 1 año a 4 años 11 meses 29 días 5 años a 11 años 11 meses 29 días
<b>ADOLESCENTE</b>	12 años a 17 años 11 meses 29 días
<b>JOVEN</b>	18 años a 29 años 11 meses 29 días
<b>ADULTO</b>	30 años a 59 años 11 meses 29 días
<b>ADULTO MAYOR</b>	60 años en adelante
<b>SITUACIONES ESPECIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GESTANTE:</b> desde el diagnóstico hasta el parto.</li> <li>• <b>PUERPERIO:</b> desde el parto hasta los 42 días posparto.</li> <li>• <b>PACIENTE AFECTADO POR TUBERCULOSIS:</b> dentro de las primeras 48 horas después del diagnóstico, cuando no asiste por más de tres días a recibir el tratamiento supervisado, en paciente con DOTS domiciliario y DOT con Red de soporte familiar u otro motivo que amerite.</li> </ul>



<sup>20</sup> Documento Técnico "Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)". MINSA, Perú. 2020

**ANEXO N.º 05**  
**OTRAS ATENCIONES FUERA DEL ESTABLECIMIENTO QUE NO SON CONSIDERADAS COMO VDI**

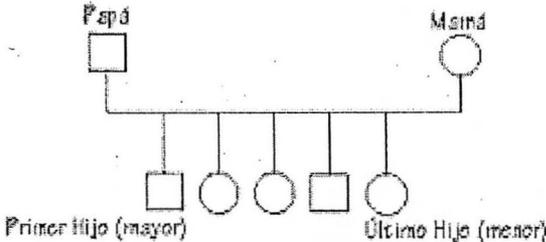
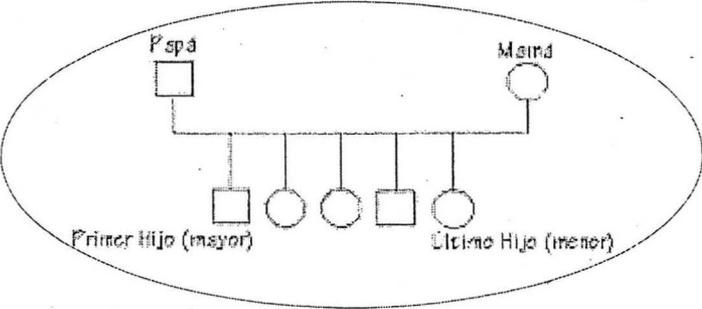
<b>Visita Integral al colegio o al trabajo<sup>21</sup></b>	No es visita a domicilio; es visita al colegio, o en el trabajo.
<b>Atención domiciliaria de cuidados paliativos<sup>22</sup></b>	Está centrada en el proceso de enfermedad que puede ser realizada en el establecimiento, pero por problemas de acceso o situaciones especiales como dependencia severa, incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor; se realiza fuera del establecimiento.
<b>Visita epidemiológica<sup>13</sup></b>	Investigación epidemiológica destinada a vigilar al caso índice de una enfermedad bajo vigilancia, brote, enfermedad emergente o que supone un riesgo para la población.
<b>Rescate o citación de pacientes<sup>13</sup></b>	Es cuando se acude al domicilio del paciente cuando este no asiste a una cita o para informar sobre una nueva hora agendada en el establecimiento.
<b>Visita frustrada<sup>13</sup></b>	Cuando se acude a realizar un visita domiciliaria y no se logra efectivizar.



<sup>21</sup> MINSAL/Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades - Departamento de Ciclo Vital Subsecretaría de Redes Asistenciales. "Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"-2018 CHILE.

<sup>22</sup> RES N.º 1322-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva N.º 17-GCPS-ESSALUD-2021 "Norma para las prestaciones de salud en atención domiciliaria".

**ANEXO N.º 6  
ECOMAPA**

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
	<b>ELABORACIÓN DE UN ECOMAPA</b>	
<b>1. DEFINICIÓN:</b>		
Instrumento que permite la representación gráfica que facilita al equipo de salud, a reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia <sup>23</sup> .		
<b>MATERIALES:</b>		<b>PERSONAL:</b>
Lápiz papel		Profesional de la salud que realiza la VDI.
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>		
Paso N.º	Descripción de acciones	Responsables
1	<b>Elaborar el familiograma y/o genograma:</b>  Son dos instrumentos que permiten valorar la dinámica, composición, la estructura y tipo de familia, las relaciones, roles que asume y el ciclo evolutivo por el cual está pasando. <b>Familiograma:</b> familia Nuclear y una generación. <b>Genograma:</b> familia extensa con ascendientes y descendientes.  	Profesional que realiza la visita domiciliaria.
	Rodear todo el conjunto con un círculo, alrededor del cual comenzará el verdadero proceso de creación del ecomapa familiar.  	
2	<b>Identificar el entorno:</b>  Alrededor del círculo central ubicaremos otros círculos que representan los recursos extrafamiliares. Los círculos pueden ser de diferentes tamaños, dentro de estos círculos escribiremos las distintas redes de la familia, como el colegio, la iglesia, los amigos, los vecinos, etc. Ejemplo:	



<sup>23</sup> ¿Cómo elaborar un familiograma paso a paso? OPS-OMS. Disponible en: [https://digi.usac.edu.gt/bvsalud/documentos/eblueinfo/All/All\\_034.pdf](https://digi.usac.edu.gt/bvsalud/documentos/eblueinfo/All/All_034.pdf)

3	<p><b>Establecer las conexiones con la familia:</b></p>	
	<p>Para indicar las relaciones de las redes extrafamiliares con la familia trazamos líneas que unirán cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular o con todo el círculo familiar cuando lo que interesa es resaltar que ese recurso extrafamiliar o actores sociales tiene importancia similar para toda la familia. Ejemplo:</p>	
	<p>Las líneas rectas significan conexiones fuertes, las punteadas conexiones tenues, las líneas quebradas relaciones estresantes. Las flechas indican el flujo de energía y de los recursos. Ejemplo:</p>	
<p><b>RECOMENDACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar los recursos más importantes de cada familia.</li> </ul>		

**ANEXO N.º 7**  
**REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL<sup>24</sup>**

Nombre del Establecimiento:

Fecha: / /

Nombre completo del profesional(es) responsable(es) de la VDI:

Nombre de quien (es) visita (n):

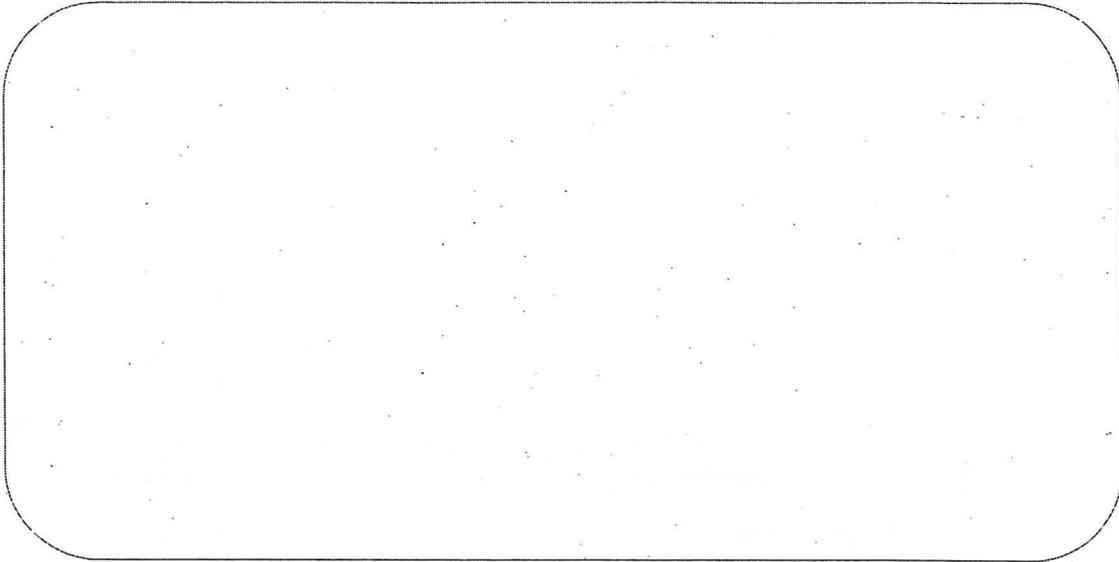
Motivo de la visita:

Dirección:

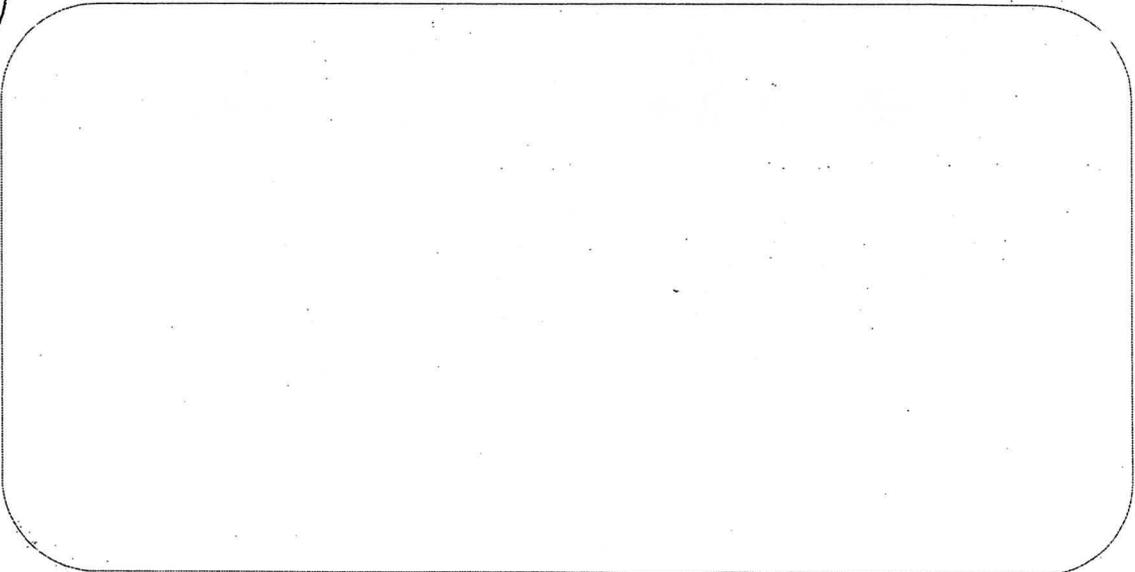
Teléfono:

Miembros de la familia presentes en la entrevista:

**I. GENOGRAMA/FAMILIOGRAMA**



**ECOMAPA**



<sup>24</sup> Ficha elaborada en base a:

Visita domiciliaria: Una Estrategia de Atención y Acompañamiento al Niño, Niña y su Familia. Ministerio de Salud Pública Departamento de Programación Estratégica Área Ciclos de Vida-Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/visita%20domiciliaria.pdf>.

## II. FAMILIA

N.º de personas que viven en la casa:

N.º de adultos:

N.º de niños menores de 6 años:

Jefe de hogar: Madre  Padre  Abuelos  Otros (especificar):

N.º de familias que viven en el domicilio:

Etapa del ciclo vital en que se encuentran:

## III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda: Sólida  Madera  Material  Ligero

Problemas de habitabilidad:

Daños estructurales  Falta de equipamiento doméstico básico

Instalación eléctrica precaria

Servicios básicos (agua, luz, manejo de excretas) si  no

Manejo adecuado de basuras y vectores: si  no

Hacinamiento: si  no

N.º de dormitorios  N.º de camas/cunas

Contaminación intradomiciliaria:

Problemas de ventilación  Humedad   
Acopio de basuras/desechos  Aseo y orden deficiente

Contaminación estufas/tabaco  Tenencia de mascotas

Características de la vivienda que dificultan el cumplimiento de algún objeto (describir):

Apgar Familiar (funcionalidad familiar)<sup>25</sup>

Miembro familiar que responde el instrumento:

	Preguntas	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
<b>Adaptación</b>	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
<b>Participación</b>	Me satisface la forma en que tomamos las decisiones importantes en mi familia, compartiéndolas entre todos.					
<b>Generancia o crecimiento</b>	Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
<b>Afecto</b>	Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
<b>Recursos</b>	Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero.					
<b>Soporte de amigos</b>	Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos. ¿Tiene alguna persona, amigo o amigo cercano, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

FUNCIÓN FAMILIAR	PUNTAJE
ALTA SATISFACCIÓN: BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	18 - 20
MEDIANA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN LEVE	17 - 14
BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN MODERADA	13 - 10
BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN SEVERA	9 Ó MENOS

<sup>25</sup> Elaboración propia del instrumento en base a:

Fascículos CADEC-Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar Dra. Eva Estrella Sinche\*, Dr. Miguel Suárez Bustamante\*\*.

Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2013/08/rampa-apgar-y-familiograma.pdf>

**IV. REDES DE APOYO**

Familiares .....

Vecinos.....

Participan en alguna organización (iglesia, junta de vecinos, etc.).....

¿Cuál? .....

.....

**V. BARRIO/ZONA**

Cuenta con áreas verdes cercanas: si  no

Adecuado acceso a instituciones gubernamentales (municipio, centro de salud, etc.)

si  no

Percepción de inseguridad: si  no



**VI. FACTORES DE RIESGOS**

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....



**VII. ACUERDOS CON LA FAMILIA**

.....

.....

.....

.....



**ANEXO N.º 8  
INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASEGURADO:

DNI:

TELÉFONO:

FECHA DE LA VISITA DOMICILIARIA:

**I. OBJETIVOS DE LA VISITA**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**II. ACTIVIDADES REALIZADAS**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**III. PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**IV. PLAN DE INTERVENCIÓN**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**V. OBSERVACIONES**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 Firma y sello del profesional  
 Nombre del profesional

.....  
 Firma y huella del asegurado (familiar o  
 persona a cargo)  
 Nombre del asegurado:



### ANEXO N.º 10 EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... identificado(a) con DNI/pasaporte/carné de extranjería N.º ..... en mi condición de asegurado/cuidador primario/ representante legal o persona responsable del (de la) asegurado (a) ..... identificado(a) con DNI/pasaporte/carné de extranjería N.º .....

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente:

Como equipo de salud queremos proponerle realizar una visita domiciliaria integral, que consiste en una visita en su domicilio, efectuada por integrantes del equipo y que busca conocer la situación de salud de usted y su familia, asegurar una atención continua que responda a sus necesidades reales y fortalecer la relación entre usted, su familia y nuestra IPRESS.....

Esta visita domiciliaria es parte de un plan de acompañamiento que elaboraremos en conjunto, con el fin de seguir potenciando el cuidado de los integrantes del grupo familiar en base a las herramientas que cada uno puede aportar a este proceso. Este plan puede incorporar nuevas visitas domiciliarias.

La visita domiciliaria tiene una duración de una hora aproximadamente, será ejecutada habitualmente por dos personas del equipo y será confirmada previamente por el equipo de salud, recordándole el día y la hora de la visita acordada.

Es importante que Ud. sepa que:

- Las acciones que se realicen durante la visita serán con su previo consentimiento.
- Las preguntas se harán siempre pensando en favorecer el bienestar suyo y de su familia.
- Tiene derecho a no contestar y a hacer preguntas si hay algo que no le queda claro.
- La información allí entregada es confidencialidad en los términos establecidos por la normativa vigente de EsSalud.
- Puede rechazar la visita y por esta razón no perderá ninguna de las otras prestaciones a las que tiene derecho para la atención de usted y su familia
- La visita domiciliaria integral presencial requiere la participación activa y continua del asegurado y sus familiares en un esfuerzo conjunto por brindar una atención digna y de calidad.
- La IPRESS no brinda servicio de traslado del asegurado, ni atención de emergencia en el domicilio.

He comprendido la información anterior, pudiendo preguntar y aclarar mis dudas y siendo la decisión conjunta médico o profesional no médico-asegurado y/o familiar **doy mi consentimiento** para el ingreso a la visita domiciliaria integral presencial.



.....  
Firma o huella digital del padre/madre, tutor o familiar mayor de edad  
DNI N.º .....

.....  
Firma y sello del personal de salud que informa y toma el consentimiento  
DNI N.º .....

#### REVOCATORIA/DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

**NO autorizo la realización de visita en mi domicilio, asumiendo las implicancias de ello para mi salud. El motivo por el cual no acepto es:.....**

.....  
Firma o huella digital del padre/madre, tutor o familiar mayor de edad  
DNI N.º .....

.....  
Firma y sello del personal de salud que informa y toma el consentimiento  
DNI N.º .....

Fecha:.....de.....de 202

Hora:.....

**ANEXO N.º 11**  
**INDICADOR**

<b>Ficha técnica del indicador</b> <b>PORCENTAJE DE VISITAS EFECTIVAS</b>	
<b>Perspectiva/Objetivo Estratégico Institucional</b>	OE2: "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades".
<b>Objetivo del indicador</b>	Medir el cumplimiento de las visitas domiciliarias integrales programadas para brindar las actividades preventivas promocionales.
<b>Definición operacional</b>	<b>Numerador:</b> Número de visitas domiciliarias integrales realizadas al asegurado y/o familia en las que se brindaron prestaciones preventivas, de promoción y/o rehabilitación. <b>Denominador:</b> Número de visitas domiciliarias integrales programadas.
<b>Tipo de indicador</b>	Continuo de incremento.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N.º de visitas domiciliarias efectivas} \times 100}{\text{N.º de visitas programadas}}$
<b>Unidad de medida</b>	Visitas domiciliarias efectivas
<b>Estándar</b>	100.00 %
<b>Fuente</b>	Sistema ESSI u otro sistema informático vigente
<b>Frecuencia de la medición</b>	Mensual
<b>Responsable</b>	Redes Prestacionales y Asistenciales



## ANEXO N.º 12 HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

### VISIONARIO:

- Actitud y habilidad para el trabajo en equipo, para elaborar el plan de actividad considerando la participación interdisciplinaria que permita abordar integralmente el tema de salud.
- Identifica a los usuarios con mayor necesidad de conocimiento y sensibilización respecto al cuidado de su salud, considerándolos en el desarrollo de las próximas actividades educativas de salud, con enfoque principalmente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Realiza su mayor esfuerzo en transmitir correctamente las ideas y mensajes de salud, el resultado de ello se verá reflejado en la transformación de comportamientos de estilos de vida saludables del o los usuarios.

### PRIORIZADOR:

- Optimiza los tiempos, con la finalidad de brindar los conocimientos adecuados, reforzando los más trascendentes para el grupo objetivo a intervenir.
- Innova, crea y tiene apertura para renovar estrategias y procesos educativos que permitan conseguir la atención y lograr los objetivos de las actividades programadas.

### EMPÁTICO:

- Capacidad de liderazgo para llevar a buen curso la/las actividad (es).
- Valora y respeta la interculturalidad.
- Utiliza palabras y términos lo más claros y sencillos posible, aún para explicar procesos complejos, evitando el uso de términos técnicos, de ser necesario, traducirlos a un lenguaje más amigable.
- En todo momento, busca entender y ponerse en el lugar de los participantes del grupo a intervenir, generando un clima de confianza, mediante una comunicación horizontal; de tal forma que ello permita identificar las fortalezas y debilidades de los participantes, para orientarlos. Evita caer en la excesiva confianza y la sobreprotección.

### ASERTIVO:

- Escucha, dialoga y defiende las posiciones correctas.
- Felicita la participación de los integrantes del grupo, las ideas correctas que se desprendan de la comunicación.
- Corrige sin hacerlo notar, de tal forma que permita continuar dando apertura en la participación de los integrantes.
- Maneja situaciones difíciles y/o imprevistos durante el desarrollo de la actividad, manteniendo y generando control entre todos los asistentes.

### SINTÉTICO-ANALÍTICO:

- Demuestra dominio del contenido de la información.
- Aborda el tema a tratar de manera amplia, clara y sencilla, pero que permita rescatar las ideas o mensajes fuertes, que permita a los participantes asumirlos como suyos para llevarlos a la práctica.

### PERSUASIVO:

- Orienta y promueve la búsqueda de las alternativas de solución a las diferentes problemáticas que se presenten, juntamente con los participantes, que conduzcan a la toma correcta de decisión por parte del/los participantes.
- Actúa proactivamente, respondiendo rápida y oportunamente las interrogantes y discerniendo las dudas que puede evidenciar a través del lenguaje no verbal de los participantes (gestos, miradas, etc.).
- Identifica los posibles conflictos de ideas que se puedan suscitar entre los participantes para solucionarlos con oportunidad.
- Ante aspectos posiblemente complejos para el/los participantes, pregunta y repregunta lo mismo, pero de otra manera, para verificar si se entendió.
- Identifica, entre los participantes, a aquellos que requieran mayor apoyo o incluso seguimiento posterior a la actividad.



**ANEXO N.º 13**  
**RECOMENDACIONES PARA VDI SEGÚN ALGUNAS SITUACIONES DE RIESGO:**

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>  <b>RECOMENDACIONES PARA LA VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
<p>La visita domiciliaria adquiere su mayor efectividad en el contexto de una relación continua entre el equipo de salud, la familia y la comunidad. La compenetración en los diversos aspectos que caracterizan a cada familia y su entorno social, así como la protagónica participación de los miembros de la familia y de los miembros de la comunidad, son fundamentales para que las niñas y los niños alcancen realmente un desarrollo pleno. Por otra parte, también la visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas claves.</li> <li>- Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.</li> </ul>		
<p><b>1. OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover las condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo de las niñas y niños en el entorno familiar.</li> <li>➤ Fomentar el desarrollo integral del niño y niña.</li> </ul>		
<p><b>2. DESCRIPCION DE LAS RECOMENDACIONES<sup>1</sup>:</b></p>		
Visita domiciliaria en el menor de 5 años de edad, en el marco de las atenciones de <b>Crecimiento y Desarrollo.</b>	Fortalecer prácticas claves como lactancia materna (observar la técnica y realizar sugerencias a la madre si es necesario), alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa.	
Niños menores de 5 años de edad con retraso del desarrollo psicomotor.	<p><i>Niño o niña de 8 meses de edad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desincentivar el uso de andador: (explicar que el niño descarga el peso de su cuerpo en la silla y no sobre sus piernas, lo que podría conllevar a que los músculos de sus piernas no se fortalezcan lo suficiente como para después iniciar la marcha).</li> <li>- Estimulación (Observar quién cuida al niño o niña, indagar acerca de su nivel educacional, intentar saber si dedica algún tiempo del día exclusivamente para estimularlo(la) y fomentar la dedicación de estimular al niño o niña diariamente).</li> </ul> <p><i>Del niño o niña de 18 meses:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar acerca de la importancia de que el niño o niña se desplace caminando de manera independiente, en distintas direcciones, de no contar con el espacio suficiente en el hogar, estimular para que lo saquen de paseo a algún recinto donde pueda consolidar la marcha ya adquirida y el desplazamiento sobre distintos niveles y superficies, por ejemplo subir y bajar las escaleras, pequeños montículos, etc., en un principio apoyado por el adulto, quien lo sostiene de la mano y luego de manera independiente.</li> <li>- Indicar a los padres y/o cuidadores que le enseñen onomatopeyas simples asociadas a imágenes de los animales correspondientes; para ello le pueden confeccionar un "Cuaderno de Lenguaje" donde peguen en cada hoja láminas de animales comunes, como perro, gato, pollo, etc. (Es importante que las láminas utilizadas correspondan a animales reales y no a caricaturas). Decirle al niño o niña, "Mira aquí hay un perro", "¿Qué es?", "Es un perro", "El perro dice Guau-Guau", etc.</li> </ul> <p><i>Del niño de 3 años:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar en torno a la importancia de que el niño o niña esté familiarizado con libros, cuadernos y otros implementos propios del ámbito escolar como una manera de ir aproximándolo/la al mundo del colegio. Sugerir</li> </ul>	Profesional de la salud que realiza la visita domiciliaria.

	<p>afiches u otros adornos para su entorno, relacionados con las figuras geométricas básicas, los colores primarios, los números, las vocales, etc.</p> <p><i>Del niño de 4 años:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar a los padres y/o cuidadores si el niño o niña colabora en las actividades de la vida diaria. Explicarles lo importante que es estimularlo(la) para que realice estas actividades de la manera más independiente posible, ya que son fuente de estímulos para todas las áreas del desarrollo, incluso para el desarrollo psicoafectivo ya que favorece su madurez emocional.</li> </ul>	
<p>Niños menores de 3 años de edad con diagnóstico de anemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verificar la información registrada en el carnet de crecimiento y desarrollo, peso al nacer, control CRED, dosaje de hemoglobina, entrega de suplementación de hierro, estado vacunal.</li> <li>➤ Explorar en la visita en niños menores de 24 meses o según corresponda la lactancia materna exclusiva o la continuidad de la lactancia, alimentación complementaria suplementación y tratamiento con hierro, con la finalidad de brindar las recomendaciones generales y brindar mensajes fuerzas para la adopción de medidas adecuadas frente al estado de salud del menor.</li> <li>➤ Explicar mensajes claves de alimentación que deben ser mejoradas.</li> <li>➤ Si la niña, niño dejó el suplemento o tratamiento con hierro por más de 3 meses, no realizo los controles de hemoglobina, programación de fecha para asistencia a una sesión demostrativa de preparación de alimentos (teniendo en consideración el contexto epidemiológico y las recomendaciones emitidas por el estado), tiene algún efecto colateral u otro debe realizar la consejería y referirlo al establecimiento de salud con la <b>Tarjeta de Derivación</b>.</li> </ul>	
<p>Orientaciones para una dieta sana, pautas de sueño y actividad física como medidas preventivas de obesidad infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas.</li> <li>➤ Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.</li> <li>➤ Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo.</li> <li>➤ Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos.</li> <li>➤ Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.</li> </ul>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. R.M. N° 537-2017/MINSA.</li> <li>2. Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil. RM N° 834-2019/MINSA.</li> <li>3. Acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud, 2016. Disponible en <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf</a></li> <li>4. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. Orientaciones técnicas. Red de protección social Gobierno de Chile. Disponible en: <a href="https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf">https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf</a></li> </ol>		



 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>  <b>RECOMENDACIONES PARA VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON ADULTO MAYOR</b>		<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
<p>Cuando se decide intervenir una familia con un integrante adulto mayor, es importante considerar la alta heterogeneidad en esta etapa del ciclo vital y es importante reconocer que el ser adulto mayor no es necesariamente sinónimo de enfermedad. Lo habitual es que los equipos priorizan sus acciones y entre ellas, la visita domiciliaria a familias con integrante(s) con dependencia en algunos de sus grados.</p>			
<b>1. OBJETIVOS:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar una visita de evaluación familiar en el domicilio de la persona mayor, cuando esta atención sea necesaria para pesquisa o confirmación de situaciones de riesgo para la persona mayor (abandono, maltrato, violencia intrafamiliar, entre otros).</li> <li>➤ Promover la mantención funcional y estilos de vida saludable en las personas mayores y sus familias.</li> <li>➤ Identificar y modificar los riesgos en el adulto mayor, se incluyen el entorno donde vive la persona para detectar riesgos; intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo asociados a situaciones de salud, medicación y trastornos visuales corregibles; evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas.</li> <li>➤ Abordar factores de riesgo en las personas mayores autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia.</li> <li>➤ Evaluar junto a la persona mayor y su familia las mejores intervenciones disponibles para personas dependientes a nivel de red de salud y red intersectorial.</li> </ul>			
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES<sup>1</sup>:</b>			
 En adultos mayores asintomáticos, ¿el tamizaje de glucosa en sangre mejora los resultados en salud?	Se sugiere realizar tamizaje de glucosa en ayunas a aquellas personas con los siguientes factores de riesgo: Inactividad física, fumador o exfumador, presión arterial sistólica y/o diastólica elevada, dislipidemia (colesterol total, LDL, triglicéridos elevados, o HDL disminuido), antecedente de síndrome de ovario poliquístico, e historia familiar de diabetes.	Profesional de salud que realiza la visita domiciliaria.	
 En adultos mayores de la comunidad, ¿el tamizaje de hipertensión arterial mejora los resultados en salud?	Se sugiere obtener al menos una medición de presión arterial adicional fuera del ambiente clínico (domicilio, farmacia, u otros) para confirmación diagnóstica, antes de iniciar tratamiento, siguiendo la técnica sugerida para la medición de presión arterial.		
 En adultos mayores de la comunidad, ¿el tamizaje de episodio depresivo mejora los resultados en salud?	En adultos mayores de 60 años o más, recomendamos realizar tamizaje de episodio depresivo.  Se sugiere utilizar el Geriatric Depression Scale (Yesavage) en su versión corta de 4 preguntas de Van Marwijk para el tamizaje de episodio depresivo. Considerando una pregunta o más positiva como diagnóstico de episodio depresivo.  <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿En general, está satisfecho/a con su vida? – Respuesta positiva: No</li> <li>➤ ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? – Respuesta positiva: Sí</li> <li>➤ ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? – Respuesta positiva: No</li> <li>➤ ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? – Respuesta positiva: Sí</li> </ul>		
En adultos mayores de la comunidad, ¿realizar intervenciones de prevención de caídas disminuye la incidencia de caídas y otros	En adultos de 60 años o más con antecedente de caídas o factores de riesgo a caídas, sugerimos realizar intervenciones multifactoriales para prevenir caídas.  Se sugiere considerar los siguientes factores asociados a riesgo de caída:  Ayuda para deambular, uso de medicamentos relacionados con caídas (psicotrópicos, benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepressivos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, inhibidores de colinesterasa, opioides, antihipertensivos, hipoglucemiantes), capacidad visual disminuida, antecedente de caída previa, o problemas en el balance y movilidad limitada o marcha lenta.		

<p>desenlaces en salud?</p>	<p>Estos últimos evaluados con la escala de Balance de Berg, prueba de Timed get up and go (Levántate y anda con tiempo), 5 veces parar-sentarse y/o test de velocidad de la marcha.</p> <p>Se sugiere que la rutina de ejercicios sea supervisada por un profesional de la salud (médico con competencias en rehabilitación, médico especialista en medicina física y rehabilitación, o fisioterapeuta).</p> <p>Se recomienda una rutina de ejercicios personalizada para cada adulto mayor, enfocadas en el fortalecimiento muscular, aérobicos y ejercicio de balance.</p> <p>Se deberá realizar por lo menos 150 minutos de ejercicios, dividido en 3 a 5 sesiones por semana o según las propias condiciones del adulto mayor lo permitan.</p> <p>La rutina puede organizarse por la IPRESS donde se encuentra el paciente o en colaboración con los centros del adulto mayor de EsSalud más cercano, coordinando criterios de intervención comunes.</p> <p>Se sugiere que las intervenciones multifactoriales estén dirigidas a solucionar o controlar los factores de riesgo modificables para caídas o problemas identificados en la evaluación inicial del paciente.</p> <p>Esta evaluación inicial podría incluir una valoración geriátrica integral interdisciplinaria o una evaluación de varios de los componentes individuales de la valoración geriátrica integral (equilibrio, movilidad, marcha, visión, presión arterial postural, medicación, medio ambiente domiciliario del adulto mayor, cognición y salud mental).</p> <p>En caso no se tenga posibilidad de realizar la valoración geriátrica integral o parte de ella, debido a que en el centro de salud no se tenga la capacidad para realizarla, se sugiere referir al paciente a un centro de salud de mayor complejidad para realizarla.</p>	
<p>En adultos con exceso de peso y factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV) ¿Se recomienda ofrecer o referir intervenciones intensivas de asesoramiento conductual fomentando dieta saludable y actividad física para prevenir la ECV?</p>	<p>En personas adultas con exceso de peso y/o factores de riesgo cardiovascular se recomienda intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para la prevención de ECV.</p> <p>Se sugiere realizar las intervenciones intensivas de asesoramiento conductual a aquellas personas con los siguientes factores de riesgo:</p> <p>Edad avanzada, presión arterial sistólica o diastólica elevada, fumador o exfumador, dislipidemia (colesterol total, LDL, triglicéridos elevados, o HDL disminuido), hipertrofia ventricular izquierda, diabetes mellitus y exceso de peso definido con un índice de masa corporal <math>\geq 30</math> Kg/m<sup>2</sup> o con una circunferencia abdominal <math>\geq 102</math> cm en varones y <math>\geq 88</math> en mujeres.</p> <p>Se sugiere que la asesoría conductual tenga como objetivo el cambio de comportamientos dirigidos a una dieta saludable y actividad física regular.</p> <p>La asesoría conductual se realizará inicialmente con entrevistas motivacionales personales, complementadas con seguimiento periódico por vía telefónica y debates didácticos y abiertos en grupos pequeños.</p> <p>En ese sentido, la intervención deberá consistir en una educación didáctica, preparación para resolver problemas y dudas, y planes de atención individualizados, considerando la participación también de la familia y/o cuidadores del paciente en la asesoría conductual.</p> <p>Se sugiere que las intervenciones sean impartidas por profesionales especialmente capacitados, incluidos dietistas o nutricionistas, fisioterapeutas o profesionales del ejercicio, educadores de salud o psicólogos.</p>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p> <p>1. "Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica Sobre Intervenciones de Mantenimiento de Salud para Adultos Mayores en Primer Nivel de Atención. Lima: EsSalud; 2020".</p>		

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>  <b>RECOMENDACIONES PARA VISITA DOMICILIARIA AL ADULTO CON EPISODIO DEPRESIVO LEVE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022	
<p>Luego de que el médico opta por brindar una terapia (farmacológica o psicoterapia), existe la posibilidad de indicar realizar ejercicios como complemento de estas terapias. El ejercicio físico está relacionado con varios beneficios en la salud física y mental. De manera particular se cree que el ejercicio físico puede prevenir la depresión y reducir los síntomas depresivos en quienes ya la desarrollaron. Sin embargo, esto no está del todo claro y por ello se creyó conveniente evaluar los efectos del ejercicio sobre los síntomas depresivos<sup>1</sup></p>			
<p><b>1. OBJETIVO:</b></p> <p>➤ Brindar recomendaciones basadas en evidencia para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en primer nivel de atención, con el fin de contribuir a reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta condición</p>			
<p><b>2. DESCRIPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES<sup>1</sup>:</b></p>			
 <p>En población adulta, ¿se deberían brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos?</p>	<p>Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa basadas en terapia cognitivo conductual como, por ejemplo: charlas sobre desarrollo de la inteligencia emocional, estrategias que faciliten la resolución de problemas personales, actitudes que debe adoptar la persona para afrontar dichos problemas, entre otros.</p> <p>Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa principalmente a grupos de riesgo: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, mujeres en periodo de parto, y a aquellos pacientes que tengan síntomas depresivos pero que no cumplan los criterios para episodio depresivo según CIE-10.</p>	<p>Profesional de salud que realiza la visita domiciliaria.</p>	
 <p>En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿se debería indicar realizar ejercicio físico?</p>	<p>En pacientes adultos con episodio depresivo leve, recomendamos indicar la realización de ejercicio físico.</p> <p>En pacientes con episodio depresivo leve, prescribir ejercicios como caminar, trotar o correr durante 30 minutos, tres veces por semana, de acuerdo con la condición física de cada paciente.</p> <p>En pacientes con episodio depresivo leve, la actividad física se prescribirá como un complemento de la terapia farmacológica o psicoterapia.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p>			
<p>1. "Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2019"</p>			

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>	<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b>		<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022
<b>RECOMENDACIONES PARA LA VISITA DOMICILIARIA A GESTANTES- PUÉRPERAS</b>			
Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigida a la gestante o puérpera, y aquellas que no acuden a su cita con un máximo de 72 horas de vencida la cita.			
<b>1. OBJETIVOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y puérperas, incluye plan de parto.</li> <li>➤ Implementar Radar de gestantes, tarjetero, mapeo o libro de seguimiento, priorizando las gestantes y puérperas con factores de riesgo (edad, paridad, antecedentes, morbilidad, etc.) para reportar a visita domiciliaria a gestantes que no acuden a su cita programada, con un máximo de 72 horas vencida su cita.</li> <li>➤ Promover estilos de vida saludable, actividad física y la participación de Psicoprofilaxis obstétrica.</li> <li>➤ Identificar los riesgos en gestante y puérpera, se incluyen el entorno donde vive la persona para detectar riesgos.</li> </ul>			
<b>2. DESCRIPCION DE LAS RECOMENDACIONES:</b>			
	<b>ACCIONES</b>	<b>Responsables</b>	
Captación de Gestantes	Identificar a una gestante en la comunidad, establecer una relación cordial, programar una cita presencial promoviendo la atención prenatal reenfocada (precoz). Evaluar los signos de alarma y factores de riesgo.	Profesional de la salud que realiza la visita domiciliaria.	
Acompañamiento de Gestantes	Ficha del plan de parto (2° y 3° entrevista).		
Seguimiento Gestantes y puérperas.	Identificar el riesgo Obstétrico valorando: Edad, paridad, antecedentes obstétricos, morbilidades, sociales, psicológicos, etc. <b>En la visita Domiciliaria al iniciar</b> Fecha: corresponde al día (mes y año) de la visita. Edad Gestacional: corresponde a la semana de la gestación a la fecha. Fecha de parto: corresponde al día (mes y año) del parto. IMC pre-gestacional: anotar bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad. Hemoglobina: registre el valor de la hemoglobina Prueba de VIH: registre la fecha de la prueba Signos de alarma: Sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, cefalea intensa, edema, dolor abdominal, vómitos, contracciones antes de la fecha de parto, fiebre, etc. <b>Durante la visita:</b> Salude, establecer una relación cordial "hemos venido a visitarla para saber cómo esta". Pida su carnet de atención materno perinatal, exámenes ficha de plan de parto, etc. Tiene que ser una conversación fluida (evitar leer la ficha de entrevista) escuche con atención y anote. Invitar a los talleres de Psicoprofilaxis Obstétrica, Estimulación Prenatal y el componente educativo de charlas y Sesiones demostrativas <sup>1</sup>		
Gestantes con anemia	Valorar la fecha ultima de tamizaje de hemoglobina.  <b>Alimentación:</b> ¿Qué tipo de preparaciones come?, Ayer comió alguno de estos alimentos: pescado, huevo, bazo, leche, queso, explore y anote. ¿Cuántas veces al día come? 3 comidas y 1 refrigerio gestante/3 comidas y 2 refrigerios puérpera. ¿Qué cantidad come? Verificar el tamaño del plato. En los últimos 3 días comió frutas y verduras / menestras.  <b>Suplementación:</b> ¿Toma Suplementos? Muéstrame lo que toma, especificar n la ficha. (hierro, Ac. Fólico, calcio) ¿Cuándo toma y cada cuánto? anote. ¿Con que bebida lo toma? Agua, cítricos, mate, anote. ¡Ha tenido algún malestar		



	<p>al tomar el suplemento?, Si responde SI ¿Cuáles? Anote. ¿Por qué no toma? Explore el motivo por el que no toma suplemento y anote. N° tabletas consumidas en el mes x100/n° tabletas que recibió mayor 75% adherencia adecuada/ menor75% adherencia inadecuada. Compromiso: anotar el cumplimiento o no de lo acordado.<sup>2</sup></p>	
<p>Gestantes factor de riesgo de hipertensión o Preeclampsia</p>	<p>Verificar los registros de la presión arterial y el peso.</p> <p>Gestantes con riesgo a desarrollar preeclampsia: Antecedentes Enfermedad hipertensiva del embarazo, enfermedad renal crónica, Lupus eritematoso sistémico, Diabetes tipo 1 o 2, Hipertensión crónica.</p> <p>Gestante en riesgo a desarrollar preeclampsia cuando presenta al menos dos de los siguientes criterios: primer embarazo, Edad mayor de 40 años, Intervalo intergenésico de 10 años, Índice de masa corporal mayor a 30Kg/m<sup>2</sup> durante el primer control, antecedentes familiares de preeclampsia, embarazo múltiple, uso de técnicas de reproducción asistida.</p> <p><b>Preguntar por los signos de alarma:</b> cefalea, escotomas, tinitus, incremento de peso, hinchazón de manos y pies, etc.</p> <p>Verificar el consumo de medicación/ Suplementos e indicaciones, brindar orientación y consejería en señales de peligro y reforzar el cumplimiento de las atenciones prenatales integrales en el nivel que le corresponda.<sup>3</sup></p>	
<p>Gestantes Adolescentes</p>	<p>Las adolescentes menores de 15 años y de alto riesgo obstétrico serán atendidas en el III Nivel, o de acuerdo a la capacidad resolutoria de la red.</p> <p>Para adolescentes mayores de 15 años mínimo 6 atenciones y menores de 15 años mínimo 8 atenciones.</p> <p>Verificar el domicilio y quien es el responsable de la menor (situación familiar - económica) Ausencia de figura de apoyo, anotar. Verificar la continuidad escolar.</p> <p>Embarazo actual: No atención prenatal, anemia, amenaza de aborto, hiperémesis gravídica, hemorragia del 2° y 3° trimestre, RPM, Preeclampsia, Embarazo múltiple, Restricción del Crecimiento Intrauterino, etc.</p> <p>Presencia de síntomas depresivos ¿Cansancio o decaimiento? ¿Triste? / Uso de sustancias Alcohol / cigarrillos / marihuana u otra droga. Presencia de Violencia en la familia o pareja, violencia Psicológica o física.</p> <p>Brindar orientación y reforzar el cumplimiento de las atenciones prenatales integrales en el nivel que le corresponda<sup>4</sup></p>	
<p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°86-GCPS-ESSALUD-2017 Directiva atención integral de la salud materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio"</li> <li>2. Resolución Ministerial 834-2019/MINSA Directiva Sanitaria para la Implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.</li> <li>3. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo GPC N°45 noviembre 2021 IETSI-ESSALUD.</li> <li>4. Resolución de Gerencia Central de prestaciones de salud N°87 GCPS-ESSALUD -2014 Directiva para la atención Integral de la Gestante en el Seguro social-ESSALUD.</li> </ol>		

 <b>GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD</b>		<b>GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL</b> <b>RECOMENDACIONES PARA VISITA DOMICILIARIA EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> <b>FECHA:</b> Elaborado: marzo 2022								
<p>Se realizarán visitas domiciliarias a las usuarias que no asistan a sus controles o cita, este seguimiento a las/os usuarias/os de planificación familiar se realizará según el método anticonceptivo ( insumo) de planificación familiar.<sup>1</sup></p>											
<p><b>1. OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de usuarias de planificación familiar.</li> <li>➤ Implementar libro de seguimiento en usuarias que no acuden a sus controles y registro de mujeres con factores de riesgo con comorbilidades o alto riesgo reproductivo.</li> <li>➤ Realizar el seguimiento a los usuarios/as, para evaluar la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos, implementando estrategias, para mejorar las adherencias.</li> </ul>											
<p><b>2. DESCRIPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES:</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Captación de Usuaris</th> <th style="width: 50%;">ACCIONES</th> <th style="width: 25%;">Responsables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> <p>Promoción y prevención de la paternidad y maternidad saludable.</p> <p>Las actividades masivas de comunicación relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de riesgos que causen morbi-mortalidad maternal y neonatal.</p> </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> <p>Profesional de la salud que realiza la visita domiciliaria.</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>Seguimiento de Usuaris de Planificación Familiar.</p> </td> <td> <p>Mujeres en edad fértil (MEF) con comorbilidades o de muy alto riesgo reproductivo: enfermedades cardiovasculares, trastornos de la coagulación, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus con compromiso de órgano blanco, síndrome antifosfolipídico, enfermedades respiratoria graves, enfermedades renales graves, enfermedades neurológicas, enfermedades hepáticas, trasplantadas renal, hepática, pulmón , cirugía bariátrica en los últimos 2 años, cáncer de mama/ovario/estomago, otros que requieren tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, Tuberculosis activa sin tratamiento o con mala respuesta terapéutica.<sup>2</sup></p> <p>Se realizará visitas de seguimiento a usuarias que hayan abandonado el método anticonceptivo y no tengan medio de comunicación, de ser posible administrar el método anticonceptivo que la usuaria consume.<sup>3</sup></p> <p>Tener en consideración Orientación y Consejería en casos especiales: Atención adolescentes, pacientes con trastorno mental brindar información al paciente y cuidador, familia o representante legal, Anticoncepción de emergencia no es un método de uso regular, debe ser considerado como alternativa de uso excepcional para prevenir embarazos no deseados.</p> </td> </tr> </tbody> </table>				Captación de Usuaris	ACCIONES	Responsables		<p>Promoción y prevención de la paternidad y maternidad saludable.</p> <p>Las actividades masivas de comunicación relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de riesgos que causen morbi-mortalidad maternal y neonatal.</p>	<p>Profesional de la salud que realiza la visita domiciliaria.</p>	<p>Seguimiento de Usuaris de Planificación Familiar.</p>	<p>Mujeres en edad fértil (MEF) con comorbilidades o de muy alto riesgo reproductivo: enfermedades cardiovasculares, trastornos de la coagulación, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus con compromiso de órgano blanco, síndrome antifosfolipídico, enfermedades respiratoria graves, enfermedades renales graves, enfermedades neurológicas, enfermedades hepáticas, trasplantadas renal, hepática, pulmón , cirugía bariátrica en los últimos 2 años, cáncer de mama/ovario/estomago, otros que requieren tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, Tuberculosis activa sin tratamiento o con mala respuesta terapéutica.<sup>2</sup></p> <p>Se realizará visitas de seguimiento a usuarias que hayan abandonado el método anticonceptivo y no tengan medio de comunicación, de ser posible administrar el método anticonceptivo que la usuaria consume.<sup>3</sup></p> <p>Tener en consideración Orientación y Consejería en casos especiales: Atención adolescentes, pacientes con trastorno mental brindar información al paciente y cuidador, familia o representante legal, Anticoncepción de emergencia no es un método de uso regular, debe ser considerado como alternativa de uso excepcional para prevenir embarazos no deseados.</p>
Captación de Usuaris	ACCIONES	Responsables									
	<p>Promoción y prevención de la paternidad y maternidad saludable.</p> <p>Las actividades masivas de comunicación relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de riesgos que causen morbi-mortalidad maternal y neonatal.</p>	<p>Profesional de la salud que realiza la visita domiciliaria.</p>									
<p>Seguimiento de Usuaris de Planificación Familiar.</p>	<p>Mujeres en edad fértil (MEF) con comorbilidades o de muy alto riesgo reproductivo: enfermedades cardiovasculares, trastornos de la coagulación, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus con compromiso de órgano blanco, síndrome antifosfolipídico, enfermedades respiratoria graves, enfermedades renales graves, enfermedades neurológicas, enfermedades hepáticas, trasplantadas renal, hepática, pulmón , cirugía bariátrica en los últimos 2 años, cáncer de mama/ovario/estomago, otros que requieren tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, Tuberculosis activa sin tratamiento o con mala respuesta terapéutica.<sup>2</sup></p> <p>Se realizará visitas de seguimiento a usuarias que hayan abandonado el método anticonceptivo y no tengan medio de comunicación, de ser posible administrar el método anticonceptivo que la usuaria consume.<sup>3</sup></p> <p>Tener en consideración Orientación y Consejería en casos especiales: Atención adolescentes, pacientes con trastorno mental brindar información al paciente y cuidador, familia o representante legal, Anticoncepción de emergencia no es un método de uso regular, debe ser considerado como alternativa de uso excepcional para prevenir embarazos no deseados.</p>										
<p><b>BIBLIOGRAFÍA.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°76-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención integral en planificación familiar en el Seguro Social de Salud- ESSALUD".</li> <li>3. Resolución N°042-GCPS-2021-ESSALUD "Documento orientador: "atención preconcepcional en el seguro social de salud - ESSALUD".</li> <li>4. Resolución Ministerial N° 450 que aprueba la directiva sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP Para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19.</li> </ol>											

**ANEXO N° 14**  
**TARJETA DE DERIVACIÓN PARA LA ATENCIÓN POR FACTORES DE RIESGO<sup>26</sup>**

	<b>TARJETA DE DERIVACIÓN PARA LA ATENCIÓN POR FACTORES DE RIESGO</b>
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	
<b>NOMBRES DEL PADRE/MADRE/CUIDADOR:</b>	
<b>ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:</b>	
<b>N° DNI/CE:</b>	
<b>EDAD:</b>	<b>CURSO DE VIDA:</b> _____
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>TELÉFONO/CELULAR:</b>	
<b>FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:</b>	1
	2
	3
_____ <b>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE SALUD</b>	



<sup>26</sup> Elaborado en Base a: Anexo 4: Atención preferencial para la reducción de la anemia materno infantil y DCI. Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01. Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica infantil.

## INSTRUCTIVO PARA LA TARJETA DE DERIVACIÓN PARA ATENCIÓN.

**FINALIDAD:** La tarjeta para atención se empleará principalmente en el usuario que se identifique factores de riesgo según por curso de vida (**ANEXO N.º3**) y las cuales requieran de ser atendidos en el establecimiento de salud.

**ALCANCES:** La tarjeta de atención puede ser asignado al usuario asegurado y no asegurado. En el caso de los no asegurados, podrán acudir al establecimiento de salud del Ministerio de salud más cercano a su domicilio para su atendido. Se deberá tener en cuenta que el estado peruano cuenta con otros programas sociales como: PAÍS, JUNTOS, CONTIGO, CUNA MÁS.

### REGISTRO DE INFORMACIÓN:

1. **Nombres y Apellidos:** registro de nombres completos de manera clara y legible.
2. **Nombres del padre/madre/cuidador:** para el caso de menores de edad registrar los datos de madre/padré o tutor responsable de su cuidado. Para el caso de los adultos mayores (60 años a más) registrar el nombre del cuidador responsable.
3. **Etapa del ciclo vital familiar:** registrar el ciclo vital familiar de la familia (familia en formación, familia en expansión, familia en dispersión, familia en contracción).
4. **Nº DNI/CE:** registrar el documento de identidad con el que cuente el usuario (Ejemplo: DNI, CUI, CE, etc.)
5. **Edad/Curso de vida:** registro de la edad en números de manera clara y legible, así como también el curso de vida del usuario.
6. **Dirección:** registro de dirección completa teniendo en consideración, Nº de casa, Mz/Lt, nombre de calle, nombre de agrupación vecinal o Urbanización.
7. **Teléfono/Celular:** registro de número de teléfono de casa y número de celular.
8. **Factores de riesgo identificados:** registrar los factores de riesgo identificados para la persona y que requieren de ser atendidos en un establecimiento de salud.

