



RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 302-2017-GR.CAJ/DRS-DESP.

Cajamarca, 29 MAR 2017

VISTO:

El oficio N° 097-2017-GR.CAJ/DRS-DESP-AIS, de fecha 22 de febrero del 2017, en el cual solicitan la aprobación mediante acto resolutorio de la "Directiva Administrativa N° 01-2017-MAIS -BFC "Directiva Administrativa que Regula los Procedimientos para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC)".

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud - Ley N° 26842 en su título Preliminar III y VI establece que toda persona tiene derecho a la protección de salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea. Siendo responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, de fecha 30 de Mayo, reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como la única autoridad en salud en cada Gobierno Regional;

Que, con Resolución Ministerial N° 587-2009-MINSA, se estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar, cuyo órgano responsable es la Dirección General de Salud de las Personas, y que tiene por objetivo concentrar esfuerzos en el fortalecimiento del primer nivel de atención tomando como eje fundamental al Equipo Básico de Salud para un mayor beneficio de la población en situación de pobreza y pobreza extrema correspondiendo integrar a todos los profesionales de la salud necesarios para abarcar las intervenciones preventivo- promocionales en el núcleo familiar, llevándolas a los lugares más apartados del país;

Que, con Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, se aprobó, el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad" cuya finalidad es mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud por etapas de vida; estableciendo lineamientos, principios y procedimientos para la implementación en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en el marco de la Atención Primaria de la Salud;

Que, el Decreto Legislativo N° 1153-2013, tiene por objeto regular la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del estado, cuya finalidad es alcanzar mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano y que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado, asimismo en el Capítulo II de las Compensaciones y Entregas Económicas, Artículo 8 Estructura de la Compensación Económica del Personal de Salud, ítem 8.3, en su acápite c) Atención Primaria de Salud; establece la entrega económica que se asigna al puesto de establecimientos de salud del primer nivel de atención categoría I-1 al I-4 del Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales, destinada a realizar intervenciones de atención primaria de salud a las familias y comunidades, debiendo cumplir adicionalmente con el perfil previamente determinado;

Que, estando a lo dispuesto por la Dirección General, y con las visaciones de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de promoción de la Salud, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud Cajamarca; y





RESOLUCIÓN REGIONAL SECTORIAL N° 302-2017-GR.CAJ/DRS-BES P.

Cajamarca, 29 MAR 2017,

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y la Ordenanza Regional N°001-2015-GR.CAJ/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR la Directiva Administrativa N° 01-2017-MAIS-BFC "Directiva Administrativa que Regula los Procedimientos para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS BFC , que forma parte integrante de la presente Resolución --

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, a la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, Directores Sub Regionales y Directores de Redes de Salud , la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento normativo.-----

Regístrese y Comuníquese

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
Juan Victor Valencia Hipólito
Director Regional





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°001- 2017- MAIS-BFC

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS BFC)

Cajamarca Marzo 2017



INDICE

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS BFC)

	Pág.
I. FINALIDAD	01
II. OBJETIVOS	01
III. AMBITO DE APLICACION	01
IV. BASE LEGAL	01
V. DISPOSICIONES GENERALES	02
5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES QUE RIGEN LA ATENCIÓN INTEGRAL BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD.	02
5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS	02
5.3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD	04
5.4. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCION DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUIDAD	06
VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS	08
6.1. DE LA METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-FBC	08
6.1.1 Conformación equipo de trabajo para el fortalecimiento del MAIS-FBC	08
6.1.2 Funciones del equipo de trabajo para el fortalecimiento del MAIS-FBC	08
6.1.3 Organización del establecimiento de salud para la prestación intramural	09
6.1.4 Organización del establecimiento de salud para la prestación extramural: De las funciones del sectorista	10
6.2. DE LA EVALUACION	13
a. Indicadores de estructura	13
b. Indicadores de Proceso	14
c. Indicadores de Resultado	15
d. Indicadores de Impacto	15
6.3. DEL MONITOREO	15
6.4. DE LA SUPERVISION	16
6.5. DEL INFORME	16
VII. RESPONSABILIDADES	16
7.1 DE LA DIRESA	16
7.2 DE LA RED Y MICRORED	16
7.3 DEL LOS JEFES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	17
VIII. DISPOSICION COMPLEMENTARIA	17
IX. DISPOSICIONES FINALES	17
X. ANEXOS	18



INDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 01: FICHA FAMILIAR E INSTRUCTIVO PARA LLENADO FICHA FAMILIAR	18
ANEXO N°02: CALIFICACION DE RIESGOS INDIVIDUALES	28
ANEXO N°03: FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA	29
ANEXO N° 04: CALIFICACION DEL RIESGO DE LAS FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA	30
ANEXO N° 04-A: PRIORIZACION DEL RIESGO A NIVEL FAMILIAR	30
ANEXO N° 05: CUADERNO DE CITAS	31
ANEXO N°06: IDENTIFICACION DE RIESGOS POR ETAPA DE VIDA PARA ELABORACION PLAN DE ATENCION FAMILIAR	32
ANEXO N°07: PLAN DE ATENCION FAMILIAR	33
ANEXO N° 08: ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIA	34
ANEXO N° 09: CODIGOS POR ACTIVIDAD EN LA FAMILIA Y COMUNIDAD	35
ANEXOS N°10: PAQUETES DE ATENCIÓN SEGÚN ETAPAS DE VIDA	40
ANEXO N° 11: FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS Y CODIGOS DE REGISTRO	47
ANEXO N° 12: LIBRO DEL SECTORISTA Y SU INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO	49





DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°001-2017- MAIS-BFC

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS BFC)

I. FINALIDAD

Establecer los procedimientos para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel de Atención en la Región de Salud Cajamarca en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

II. OBJETIVOS

- Fortalecer el desempeño en el primer nivel de atención, en la implementación de la atención integral de salud basada en familia y comunidad con calidad, equidad, eficiencia y efectividad.
- Estandarizar la metodología de trabajo para la implementación del MAIS-BFC en el primer nivel de atención.
- Adecuar la organización de los servicios de salud en el marco del MAIS BFC en el primer nivel de atención.
- Mejorar la prestación en los servicios de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y reorientación de los servicios con calidad.
- Monitorear, supervisar y evaluar las intervenciones en marco del MAIS BFC, en el primer nivel de atención.

III. AMBITO DE APLICACION

Las disposiciones contenidas en la presente directiva son de aplicación para todos los establecimientos del primer nivel de atención de la Dirección Regional de Salud Cajamarca.

IV. BASE LEGAL



- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 23536, Ley que establece las Normas Generales que regulan el trabajo y la Carrera de los Profesionales de la Salud.
- RM N°464-2011/MINSA. Norma técnica de Modelo de atención integral de salud basada en familia y comunidad. (MAISBFC).
- R.M.N°111-2005/MINSA, que aprueba Lineamientos de la Política Nacional de Promoción de la Salud.
- RM N° 299-2011- MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 174-MINSA-DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Trabajo con el Agente Comunitario de Salud".
- RGRN° 0145-2011-GR.LL/GGR/GRSS que aprueba el Documento Técnico N° 001-2011-GR-LL-GGR/GRSS-DEPROMSA-V.01 "Pautas para la implementación del Sistema de Vigilancia Comunal en Salud".
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

- DL N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- DS N° 032-2014-SA, que aprueba los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud para los profesionales, que se refiere el Decreto Legislativo 1153 y sus modificatorias.
- RM N°0232-91-SA-P que establece y aprueba la Directiva N°09-91 que reglamentan las guardias comunitarias diurnas en los Puestos y Centros de salud del Ministerio de salud que brindan atención preventiva permanente.
- R.D.S.N°349-2016 –GR.CAJ/DRS-OE.GD.RR.HH, Reglamento Interno que regula la Asistencia y Permanencia del personal de la DIRESA, nombrados y contratados.
- RM N° 278-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021.
- RM N°572-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP, V.01- "Monitoreo de Desempeño de la Gestión en EE.SS. del I, II y III nivel de atención".



V. DISPOSICIONES GENERALES



5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES QUE RIGEN LA ATENCIÓN INTEGRAL BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD.

- 
- 
- Asumir que el foco primario de la prestación de la atención de salud en el primer nivel de atención está en la familia y el entorno en que viven sus miembros.
 - La familia constituye el objeto central de la atención, debe ser considerada como sujeto responsable de su cuidado.
 - El equipo básico de salud familiar y comunitaria (EBS-FC), en el nivel primario, promueve la responsabilidad de la familia, la organización de la comunidad y los servicios de salud, para el cuidado de la salud.
 - El modelo MAIS-BFC fortalece y desarrolla la participación ciudadana.
 - La organización de los servicios en redes de salud, a partir de la integración funcional entre establecimientos de salud de los diferentes subsectores.
 - La reorientación de los servicios hacia la calidad a través de la implementación de la cultura de la gestión de procesos basada en la obtención de resultados.
 - Poner énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Promover la gestión de la salud, con enfoque territorial.
 - Asegura, a través de diversos mecanismos de financiamiento, equitativos y sostenibles los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad.



5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS

A efectos de poder viabilizar la correcta aplicación de la presente directiva, los términos que siguen tienen el siguiente significado:

- 
- 
- a. **Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS BFC):** Conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente, garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud. Además, orientan los términos sobre los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el sector salud y

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país.

- b. **Atención Integral de Salud:** Intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención de la persona, familia y comunidad.
- c. **Atención extramural:** Atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona, familia y comunidad, fuera del establecimiento, según competencias y nivel de complejidad a través de la visita domiciliaria, visitas a escuelas, organizaciones comunitarias y otros ámbitos que convoquen familias de manera participativa para cubrir sus necesidades de salud.
- d. **Atención intramural:** Atención integral de salud que brinda el personal de salud a la persona y familia, dentro del establecimiento, según sus competencias y nivel de complejidad a través de las unidades productoras de servicios para cubrir sus necesidades de salud.

Equipo básico de salud basado en familia y comunidad (EBS): Equipo constituido por profesionales de medicina humana, enfermería, obstetricia y personal técnico de enfermería con competencias en salud familiar y comunitaria. Se puede incorporar otros profesionales: pediatras, ginecólogos, nutricionistas, psicólogos según necesidad e integrar a los agentes comunitarios según corresponda. Promueve la responsabilidad de las familias, organizaciones comunales para el cuidado de la salud.

- f. **Primer nivel de atención (PNA):** Puerta de entrada de la población al sistema de salud, donde se desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Comprende los EESS con categoría I-1 al I-4.

- g. **Atención primaria de salud (APS):** Atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica, en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible a los individuos, familias y en la comunidad a través de su completa participación.

- h. **Intervenciones de salud:**

Intervenciones en la Familia: Acciones orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr un adecuado funcionamiento familiar y el desarrollo pleno de sus miembros según las necesidades identificadas de salud en la familia.

Intervenciones en la comunidad: Identificación de actores sociales, seguido de la sensibilización y organización de la comunidad (instalación o fortalecimiento de SIVICOS, CODECOS (Juntas Vecinales) entre otras organizaciones comunitarias), para luego elaborar el mapeo, sectorización y el censo en coordinación y participación de la comunidad.



Año del Buen Servicio al Ciudadano

- i. **Sectorización:** Estrategia para la implementación del MAIS-BFC, consiste en delimitar un determinado ámbito geográfico por sectores o zonas, con la finalidad de vigilar la salud de la población, asignar responsabilidad al personal de salud, agente comunitario o actores sociales y operativizar el sistema de vigilancia comunal.
- j. **Censo comunal:** Instrumento que permite acopiar y sistematizar la información básica sobre la situación social y sanitaria de la comunidad en general y de las familias en particular. Consiste en el empadronamiento de todos y cada uno de los pobladores de una comunidad y/o sector, se realiza en coordinación con los diferentes actores sociales de la comunidad.
- k. **Mapeo:** Representación gráfica de la identificación y ubicación de las viviendas, familias, gestantes, niños y otros grupos en riesgo; instituciones y otros actores de un ámbito territorial que debe estar publicada en el establecimiento de salud.
- l. **Riesgo:** Método que se emplea para medir la necesidad de atención a grupos de población, ayuda a determinar prioridades de salud y se usa como herramienta para definir la reorganización de los servicios de salud.
- m. **Organización de servicio:** Es el diseño y fijación de las estructuras, procesos, funciones, responsabilidades, métodos y técnicas que ayuden a simplificar el trabajo, con el propósito de obtener la maximización de los recursos materiales, financieros, tecnológicos y humanos para la atención intramural y extramural.



5.3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

La salud y la enfermedad son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y que siempre han sido influidas por variables sociales, culturales, económicas y políticas en un determinado momento histórico. Por consiguiente, los Gobiernos han definido sus políticas para atender la salud en respuesta a la forma en que ha sido entendida.

Es así que el entorno y los factores sociales como determinantes de la salud fueron ganando cada vez más importancia y las actividades de promoción de la salud que no dependían de los establecimientos adquirieron mayor relevancia. La mejoría de la salud de la población en general y la promoción de su salud en particular, comenzaron a incluir en sus contenidos el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Ello implicaba diseñar e implementar programas para fortalecer las familias; hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción social sobre la base de la tolerancia social; promover la participación activa y organizada de la población en asociaciones orientadas a la superación; no sólo a la sobrevivencia y crear una cultura sanitaria, política y social basada en reciprocidad y confianza.

5.3.1 Principios y valores orientadores del modelo de atención Integral de salud

- **Integralidad:** Atención a la persona en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, a la familia (unidad básica de salud), la comunidad y el ambiente; y la atención continua que implica la complementariedad de



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

los servicios de un establecimiento o de una Red y procesos de coordinación interinstitucional.

- **Universalidad:** Derecho que garantiza el acceso a un sistema de salud expresado en servicios, producción de bienes y cobertura vinculados a la promoción, prevención y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición.
- **Calidad:** Orientado para la obtención del máximo beneficio para la persona, familia y comunidad; promueve el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud.
- **Corresponsabilidad:** Es la participación activa de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud.
- **Equidad:** Adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud.
- **Solidaridad:** Obligación de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable.
- **Eficiencia:** En un contexto de restricción y limitación de los recursos humanos y financieros, procurándose en las actividades de atención que deban orientarse a los grupos más vulnerables y en los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos y para usarlos en la ejecución de las actividades disminuyendo la repetición, la duplicidad y el desperdicio de los gastos.



5.3.2 Enfoques que influyen en la definición del modelo de atención Integral

Las intervenciones del modelo se desarrollan bajo el Enfoque de Derechos (respeto a la persona), Enfoque de Género (oportunidades hombres y mujeres), Enfoque de Interculturalidad (respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud), Enfoque de Territorialidad (como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves).

5.3.3 Configuración general del modelo de atención Integral de salud basado en familia y comunidad

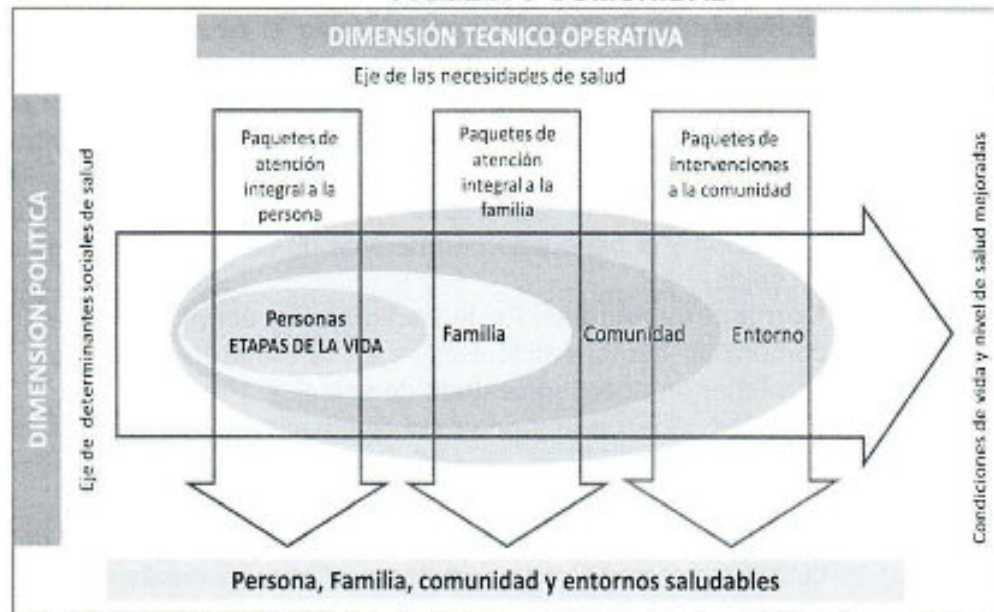
El Modelo concibe las acciones de atención en salud en función:

- Los espacios-objetivo de intervención: la persona, la familia y la comunidad.
- Las situaciones-objeto de intervención: las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud.
- Las dimensiones del abordaje de la atención de salud son la Dimensión política que incluye la gestión e implementación de políticas, programas y planes a cargo de los niveles nacional, regional y local y la Dimensión Técnico Operativa representada por los establecimientos de salud, dependencias públicas y privadas, así como las organizaciones sociales.



Año del Buen Servicio al Ciudadano

ESQUEMA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD



RM N° 464 -2011/MINSA (MAIS B-FC)

El modelo de atención establece que las necesidades de salud deben ser cubiertas por el equipo básico de salud, a través de paquetes de atención integral, donde se ofertan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención a la persona y familia, y actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad en sus diferentes escenarios como instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros.

Las determinantes sociales de la salud son abordadas a través de la intersectorialidad y la participación ciudadana, individual y colectiva, están a cargo del gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana para el diseño de políticas de Estado que se implementan en planes, programas y proyectos sociales y productivos en los niveles de gobierno regional y local.

5.4. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

5.4.1 Componente de Gestión que comprende:

- Dotación suficiente de equipos de salud con competencias para implementar la atención primaria de salud, a través de una adecuada planificación de recursos humanos, reclutamiento, selección y contratación, bonificaciones e incentivos en función a evaluación de desempeño y logro de objetivos institucionales y desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud.
- Desarrollo de procesos de gestión de la salud con enfoque territorial, a través de un planeamiento estratégico integrado (regional y local), monitoreo, supervisión y evaluación, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas, fortalecimiento de los consejos locales de salud, gestión adecuada de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

sanitarios, e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en infraestructura y equipamiento. Asimismo la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad de la atención.

5.4.2 Componente de organización de los servicios para la prestación que comprende:

- Redes de salud articuladas funcionalmente, con la finalidad de reorientar la atención integral de salud hacia la familia y la comunidad, los usuarios externos deben ingresar al sistema de salud a través de la atención en el primer nivel de atención, atención según el nivel de complejidad, y priorizar las actividades de prevención del riesgo y promoción de la salud, promover el acceso universal y uso racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales.
- Registro y categorización de los establecimientos del primer nivel de atención, los mismos que deberán realizar la actividad de salud familiar y comunitaria según las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad.
- Sistema de referencia y contrarreferencia, a fin de garantizar la continuidad de la atención del usuario en los servicios de salud con oportunidad, calidad e integralidad, teniendo en cuenta la utilización de procedimientos estandarizados entre las instituciones.
- Oferta móvil para la atención a poblaciones excluidas y dispersas

5.4.3 Componente de la prestación de servicios de salud, que comprende:

La atención integral a la persona, familia y comunidad a través de un conjunto de intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que son realizadas por los equipos básicos de salud, con la colaboración de los agentes comunitarios de salud en los diversos escenarios: hogar, comunidad, establecimiento de salud, institución educativa, según las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad y se realizan través de paquetes de atención por etapas de vida y paquetes de acuerdo con el ciclo de vida familiar y en el caso de la comunidad se desarrolla paquetes según el contexto local, que incluye la organización del sistema de vigilancia comunal, el sistema de seguimiento, elaboración de planes locales y la adecuación de los servicios de salud para la atención integral.

5.4.4 Componente de financiamiento que comprende:

El estado debe asegurar el financiamiento de las intervenciones a través de financiamiento vía aseguramiento universal en salud, reorientación del financiamiento del presupuesto por resultado a la atención integral de salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, financiamiento per cápita y el financiamiento a través de los programas de estímulo económico municipal.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1. DE LA METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS-FBC

6.1.1 Conformación del equipo de trabajo para el fortalecimiento del MAIS-FBC

A NIVEL DE RED

- Director de la Red de Servicios de Salud.
- Coordinador de Atención Integral.
- Coordinador de Servicios de Salud.
- Coordinador de Promoción de la salud.
- Responsable del SISMED
- Responsable de Estadística.
- Responsable de Recursos Humanos.

A NIVEL DE MICRORED

- Jefe de la Microrred
- Coordinador de Atención Integral del Niño.
- Coordinador de Atención Integral de la Mujer.
- Coordinador de Promoción de la salud.
- Responsable de Estadística.
- Responsable de Recursos Humanos.

6.1.2 Funciones del equipo de trabajo para el fortalecimiento del MAIS-FBC

El equipo de trabajo para la implementación del MAIS-FBC, deberá cumplir las siguientes funciones:

- Sensibilizar e involucrar a todo el personal de salud para la implementación del MAIS FBC.
- Elaborar Plan de Capacitación anual y ejecutar, involucrando a todo el personal en la metodología e instrumentos a utilizar para la implementación del MAIS BFC.
- Realizar educación permanente en salud por lo menos una vez al mes, según dificultades encontradas en la aplicación del MAIS-FBC, en los EE.SS.
- Monitorear el cumplimiento de las actividades de la sectorización o delimitación de sectores, zonas y/o comunidades, la designación de responsables por sectores y/o comunidades (sectorista).
- El equipo de trabajo debe monitorear y evaluar en forma mensual:
 - Cumplimiento de horarios del personal de salud, de acuerdo a programación y la publicación de estos.
 - Publicación y cumplimiento de la cartera de servicios que ofrece el Establecimiento de Salud tanto intra como extramural.
 - La elaboración y publicación del Flujogramas de atención intra y extramural con adecuación cultural.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de planes de salidas y las actividades extramurales realizadas por el personal.
- Aplicar semestralmente la Directiva administrativa N°182-MINSA/DGSP "Monitoreo del desempeño de establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención"
- Realizar actividades de gestión e investigación en relación Modelo de Atención Integral para el logro de sus actividades planteadas.



6.1.3 Organización del establecimiento de salud para la prestación intramural

6.1.3.1 Adecuación los servicios para la atención integral

- Señalar y ambientar los consultorios de atención con adecuación cultural.
- Elaborar flujogramas de atención intra y extramural.
- Implementar los consultorios de atención integral (niño, adolescente, joven, adulto mayor y gestante), con las guías, protocolos y manual de procedimientos.
- Elaborar la planificación y programación de la atención (horarios, citas, guardias comunitarias).
- Realizar reuniones mensuales para analizar el cumplimiento de actividades por cada personal de salud.
- Elaborar e implementar planes de mejora en base a la problemática identificada.
- Realizar la autoevaluación de manera semestral.

6.1.3.2 Admisión integral y triaje: El personal responsable de la admisión integral deberá estar debidamente uniformado, identificado y capacitado para facilitar el acceso de las personas al establecimiento de salud (primer contacto), reconocer las emergencias y derivarlas según corresponda, y debe cumplir con las siguientes funciones:

- Apertura y/o realiza la búsqueda de la ficha familiar y las fichas individuales según etapa de vida que corresponda.
- Llenado de la ficha familiar, registrando la información básica de la persona y su familia.
- Identificación de las personas afiliadas al Seguro Integral de Salud.
- Verificar que en la ficha familiar se encuentre el plan de atención integral.
- Realizar y registrar la toma de signos vitales de los usuarios que acuden a consulta externa, excepto atención integral de niños y gestantes.
- Manejar y actualizar del cuaderno de citas, con los responsables de cada etapa de vida.
- Informar al responsable de cada sector el incumplimiento a citas programadas.
- Realizar el registro de las actividades diarias intramurales que realiza el personal de salud del establecimiento en el registro diario de atención.
- La actualización de información de las fichas familiares, es responsabilidad del sectorista en coordinación con el responsable de admisión y triaje.
- Monitorear el registro de las actividades extramurales diarias, en la ficha familiar realizadas por el sectorista.
- Recepcionar la referencia y derivarla al área correspondiente.
- Archivar y ordenar las fichas familiares por sectores.
- Realizar el reporte de las ocurrencias en cada turno.



*Año del Buen Servicio al Ciudadano

6.1.3.3 Consultorios de atención integral: El personal responsable del consultorio deberá cumplir con las siguientes funciones:

- Brindar cuidados esenciales por etapa de vida, garantizando el cumplimiento del Paquete de Atención Integral de salud.
- Identificar otras necesidades y riesgos de salud tanto individuales como de la familia.
- Realizar interconsultas según necesidad, refiriendo si el caso lo amerita.
- Realizar el registro oportuno de las Fichas Únicas de Atención (FUAs), historias clínicas, HIS y otros según la atención realizada.
- Programar la Visita Domiciliaria de acuerdo al caso, como extensión del servicio brindado en el EESS.
- Programar la cita e informar al usuario y al responsable de admisión integral.

6.1.3.4 Instrumentos de registro y seguimiento que se deben utilizar en forma obligatoria:

- Registro de Atención Diaria
- Cuaderno de citas.
- Tarjetero para el seguimiento a gestantes.
- Tarjetero para el seguimiento a usuarias de planificación familiar.
- Registro de seguimiento a niños según norma.
- Libro del sectorista.
- Padrón nominal de niños, gestantes y pacientes TBC, VIH-SIDA.

6.1.4 Organización del establecimiento de salud para la prestación extramural De las funciones del sectorista:

6.1.4.1 De la elaboración del censo comunal o del sector

- Realizar el censo comunal (anual) del 100% de familias de su sector y/o comunidad, llenando y/o completando la ficha familiar.
- Elaborar el mapa o croquis de su sector y/o comunidad y actualizarlo cada 6 meses.
- Valoración de la familia (ciclo vital y tipo de familia).
- Elaborar y clasificar los riesgos individual, familiar y comunal, así como la actualización y vigilancia de los mismos.
- Tabular la información por grupos poblacionales: Niños, Adolescentes, Joven, Adultos y adultos mayores, separar los grupos vulnerables: niños menores de 5 años, MEF, gestantes y personas con discapacidad, según padrón nominal, por etapa de vida, comunidad y/o sector.
- Calificar el riesgo individual, familiar y comunal tomando en cuenta los criterios preestablecidos.

6.1.4.2 De la elaboración y presentación del diagnóstico y Plan comunal

- Elaborar el diagnóstico para el plan comunal de su sector y/o comunidad, en coordinación con actores sociales de su comunidad.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- b. Socializar a la comunidad la situación de salud de la población mostrando los resultados del censo y priorización de familias en riesgo.
- c. Socializar a la comunidad las alternativas de soluciones viables por parte del personal de salud y de la población.
- d. Elaboración del Plan Comunal.
- e. Distribuir las tareas entre los diferentes actores existentes en la comunidad, para dar solución a los problemas identificados.
- f. Monitorear el cumplimiento de las actividades del Plan Comunal.
- g. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.3 De las Visitas domiciliarias

- a. Elaborar el Plan familiar integral, tomando en cuenta las necesidades identificadas en la ficha familiar, para verificar el cumplimiento del paquete de cuidados esenciales por etapa de vida.
- b. Revisar los instrumentos de registro y seguimiento en el EESS antes de la fecha programada para la guardia comunitaria y actualizarlos en forma frecuente.
- c. Actualizar los datos de las fichas familiares, según eventos presentados en la familia.
- d. Aplicar el plan de atención familiar a nivel individual, familiar y comunitario.
- e. Realizar 4 visitas anuales como mínimo a cada familia según necesidades de salud identificadas en el Plan de atención familiar.
- f. Realizar la captación y referencia según el caso encontrado durante la visita domiciliaria.
- g. Realizar consejerías de acuerdo a los riesgos detectados.
- h. Identificar focos de riesgo comunitarios.
- i. Identificar zonas vulnerables frente a contingencias y desastres naturales.
- j. Establecer acuerdos y compromisos con la familia de acuerdo al Plan de atención familiar.
- k. Registrar las actividades en las Ficha Familiar, FUA, FAC, HIS y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.4 De las sesiones demostrativas y educativas

- a. Convocar a madres gestantes, lactantes y con niños menores de 3 años y población en riesgo para la sesión demostrativa o educativa.
- b. Preparar materiales, insumos y alimentos.
- c. Realizar sesiones demostrativas o educativas afianzando sus conocimientos en alimentación, nutrición y lavado de manos.
- d. Elaborar informe de las sesiones demostrativas o educativas realizadas.
- e. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.5 De las intervenciones en Instituciones Educativas

- a. Realizar actividades preventivas promocionales en las instituciones educativas, según ejes temáticos de comportamientos saludables: alimentación y nutrición, Higiene y saneamiento, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito y promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- b. Integrar el CONEI
- c. Capacitar a docentes, APAFAs y CONEIs.
- d. Monitorear las instituciones educativas a través de la matriz de logros de evaluación de indicadores de instituciones educativas para el desarrollo sostenible.
- e. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.6 De las intervenciones en la comunidad

- a. Realizar actividades preventivas promocionales en la comunidad según ejes temáticos de comportamientos saludables: alimentación y nutrición, higiene y saneamiento, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.
- b. Capacitar agentes comunitarios y líderes de la comunidad.
- c. Conformar o reactivar la junta vecinal.
- d. Capacitar a juntas vecinales.
- e. Capacitar a Juntas de administradoras de agua y saneamiento.
- f. Fortalecer la vigilancia comunal.
- g. Realizar actividades de saneamiento básico: verificar el cloro residual y disposición de residuos sólidos.
- h. Realizar educación en salud y/o sesiones educativas a la población.
- i. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.7 De las intervenciones en la vivienda

- a. Promover el reordenamiento de la vivienda.
- b. Inspeccionar la calidad de agua y sal yodada.
- c. Inspeccionar las letrinas y promover el mantenimiento de las mismas.
- d. Inspeccionar la adecuada eliminación de residuos sólidos.
- e. Promover la instalación de huertos familiares.
- f. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.

6.1.4.8 De las intervenciones en el Municipio

- a. Socializar con el comité multisectorial el diagnóstico situacional local de salud conjuntamente con el jefe del establecimiento, priorizando las intervenciones de salud pública.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- b. Elaborar el plan de trabajo conjuntamente con el comité multisectorial y establecer acuerdos y compromisos que incluye la elaboración e implementación de Políticas Públicas de manera participativa.
- c. Reunión técnica con el Comité Multisectorial para analizar el avance de los acuerdos y compromisos.
- d. Capacitación al concejo Municipal y al comité multisectorial para promover entornos saludables y comportamientos saludables según realidad local.
- e. Sustentar los problemas de salud priorizados durante la elaboración del presupuesto participativo local, en coordinación con el jefe del establecimiento.
- f. Realizar el seguimiento para la actualización del padrón nominal de los niños menores de 6 años.
- g. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.



6.1.4.9 Del fortalecimiento del voluntariado en salud

- a. Conformar grupos y/o familias de apoyo de las familias en riesgo.
- b. Brindar consejería a familias de apoyo sobre signos y síntomas de alarma.
- c. Registrar las actividades en las FAC, HIS.y libro del sectorista según corresponda.



6.2. DE LA EVALUACION

Los indicadores que se utilizarán para la evaluación se describen a continuación:

a. Indicadores de estructura:

INDICADOR	FORMULA	META	FUENTE	PERIODO MEDICION
Porcentaje de EE.SS que han realizado la sectorización en la RED.	N° de EE.SS. que han realizado sectorización/ Total de EE.SS de la Red x 100	100%	Resolución Directoral	Anual
N° de profesionales y técnicos asistenciales programados para la atención en comunidad y/ sector	N° de profesionales y técnicos asistenciales programados para la atención en comunidad y/ sector/total de personal del establecimiento de salud.	100%	Horarios	mensual



b. Indicadores de Proceso:

INDICADOR	FORMULA	META	PERIODO MEDICION
N° de visitas a comunidad realizadas por sectorista.	N° de visitas a comunidad realizadas por sectorista/ total de visitas programadas.	05	Mensual
Porcentaje de Familias visitadas	N° de familias visitadas / N° total de familias programadas en el mes x 100	20	Mensual
% de familias con niños menores de 5 años visitados	N° de familias con niños < de 5 años visitados / N° total de familias con niños < de 5 años programadas x 100	75%	Mensual
% de familias con gestantes y /o púerperas visitadas	N° de familias con gestantes y /o púerperas visitadas / N° total de familias con gestantes y púerperas visitadas programadas x 100	25%	Mensual
Proporción de familias calificadas según riesgo (Bajo, mediano y alto riesgo)	N° de familias calificadas según riesgo / total de familias del sector o comunidad X 100	100%	Semestral
Porcentaje de familias en Alto riesgo con plan de atención integral familiar aplicado.	N° de familias en alto riesgo con plan de atención integral familiar aplicado / Total de familias en alto riesgo	100%	Mensual
Porcentaje de comunidades con Diagnóstico Comunal.	N° de comunidades con Diagnóstico Comunal / Total de comunidades del EESS x 100	100%	Semestral
Porcentaje de agente comunal activos (promotor o partera) por comunidad	N° agente comunal activos (identifican y notifican riesgo) / Total de agente comunal por comunidad x 100	100%	Mensual
Porcentaje de comunidades con plan comunal ejecutado	N° de comunidades sector con plan comunal ejecutado/ Total de comunidades del EESS x 100	100%	Anual
Porcentaje de familias que consumen agua segura	N° de familias que consumen agua segura/ Total de familias X 100	100%	Anual



c. Indicadores de Resultado:

INDICADOR	FORMULA	META	PERIODO MEDICION
Porcentaje de familias con niños menores de 5 años con paquete de atención integral completo.	N° de familias con niños menores de 5 años con paquete de atención integral completo / Total de familias con niños menores de 5 años.	80%	Trimestral
Porcentaje de familias con gestantes con paquete de atención integral completo y oportuno según edad gestacional.	N° de familias con gestantes con paquete de atención integral completo y oportuno según edad gestacional / Total de familias con gestantes.	100%	Trimestral
Porcentaje de gestantes con parto institucional.	N° de gestantes con parto institucional / Total de gestantes con plan de parto.	100%	Mensual
Porcentaje de comunidades que realizan la vigilancia comunitaria	N° de comunidades que realizan vigilancia comunitaria / Total de comunidades del total de EE.SS x 100	100%	Mensual
Porcentaje de Instituciones Educativas evaluadas según matriz de logros	Porcentaje de Instituciones Educativas evaluadas según matriz de logros/Total de Instituciones Educativas	100%	3 veces al año
% de MEF con métodos de PP.FF	N° de MEF que usan métodos de PP.FF/ Total de MEF de la comunidad	100%	Mensual
% de mujeres con PAP	N° de mujeres con PAP de 25 a 64 años/ Total de mujeres de 25 a 64 años	80%	Mensual
% de adolescentes con consejería en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos	N° de adolescentes con consejería y/o métodos anticonceptivos/ Total de adolescentes de la comunidad	100%	Mensual
% de adultos mayores con paquetes de atención integral	N° de adultos mayores con paquete atención integral/ Total de adultos mayores de la comunidad	80%	Trimestral

d. Indicadores de Impacto: Se evaluarán a los tres años

Porcentaje de familias saludables: con los siguientes criterios

1. Miembros de la familia en riesgo con paquete de atención integral completo.
2. Vivienda saludable: Limpieza de la vivienda, ordenamiento de la vivienda, servicios básicos o gestión de ellos (agua y eliminación de residuos sólidos).
3. Plan comunal incorporado en el presupuesto participativo de su municipalidad distrital o provincial.

6.3. DEL MONITOREO

La Red de Servicios de Salud, la MICRORED y el jefe del Establecimiento de Salud, realizarán el monitoreo de las actividades establecidas en la presente directiva.

6.4. DE LA SUPERVISION

El Equipo Técnico de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, Direcciones Sub Regionales de Salud y Redes de salud deberán efectuar la supervisión y control del cumplimiento de la presente directiva, en forma periódica e inopinada en algunos casos, quienes verificarán in situ el cumplimiento de los productos relacionados al trabajo extramural.

6.5. DEL INFORME

- El Director de cada Red de salud deberá emitir un informe mensual de las actividades desarrolladas por el personal durante la ejecución del trabajo extramural dentro de la primera semana del mes siguiente, con el visto bueno del responsable de Estadística y responsable de Recursos Humanos.
- Los informes deben ser consolidados y remitidos a su Unidad Ejecutora como sustento para las correspondientes liquidaciones.
- Una copia de los informes deberán ser archivados en cada Establecimiento de Salud, como sustento de las actividades realizadas.
- La Red deberá remitir el cumplimiento de los indicadores de sus establecimientos en forma trimestral.

XII. RESPONSABILIDADES

7.1 DE LA DIRESA

- Conducir los procesos de implementación y fortalecimiento del MAIS- BFC.
- Capacitar a los equipos técnicos de la sede regional, de las subregiones y redes de salud y microrredes, en la metodología e instrumentos para la implementación del MAIS-BFC.
- Garantizar la implementación con los instrumentos como fichas familiares, fichas individuales por etapas de vida, cuadernos de cita, carpeta del sectorista, plan de visita domiciliaria, y otros instrumentos descritos en la presente directiva.
- Garantizar la retribución económica por las actividades realizadas, según informe del cumplimiento de indicadores.
- Realizar el monitoreo y supervisión de la implementación y cumplimiento de los productos del MAIS-BFC.
- Evaluar la implementación del MAIS-BFC.

7.2 DE LA RED Y MICRORED

- Garantizar que el personal de salud esté debidamente capacitado.
- Garantizar que los establecimientos de salud estén debidamente organizados para el trabajo intramural y extramural.
- Asegurar el soporte técnico- administrativo para realizar las actividades del MAIS-BFC.
- Distribuir oportunamente los instrumentos necesarios para la ejecución del trabajo intra y extramural: ficha familiar, plan de atención familiar, cuaderno de citas, carpeta del sectorista, historias clínicas por etapa de vida a todo los establecimientos de salud.
- Remitir la información a las unidades Ejecutoras, para la entrega económica por la actividad realizada, teniendo en cuenta lo registrado en las FUAS, FAC y HIS.
- Evaluar el cumplimiento de los indicadores establecidos en la presente directiva.

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- g. Realizar el seguimiento a la implementación de los flujos del sistema de referencia y contra referencia.

7.3 DEL LOS JEFES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

- a. Hacer cumplir las disposiciones de la presente directiva.
- b. Asignar los sectores y/o comunidades al personal de sus EE.SS, mediante memorándum, adjuntado las funciones estipuladas en la presente directiva.
- c. Hacer cumplir las actividades establecidas en la presente directiva.
- d. Organizar y distribuir las actividades extramurales.
- e. Realizar reuniones mensuales para la identificación de necesidades y/o problemas en cada comunidad con todo el personal.
- f. Monitorear y evaluar las actividades que realizan los responsables de cada sector y/o comunidad.
- g. El jefe de cada establecimiento de salud deberá garantizar la capacitación permanente en salud y monitorear los indicadores establecidos en la presente directiva.
- h. Verificar la presencia física del personal durante la ejecución del trabajo intra y extramural.
- i. Verificar que el personal de salud en cada salida a su comunidad o sector deberá realizar como mínimo 4 visitas domiciliarias por cada salida.
- j. Verificar que el personal de salud en cada salida a comunidad o sector haya realizado como mínimo 20 actividades de salud y estén registradas correctamente en la FUA, FAC y HIS.
- k. Informar al jefe inmediato superior las ocurrencias o incumplimiento de lo dispuesto en la presente directiva y las medidas correctivas a adoptarse.



VIII. DISPOSICION COMPLEMENTARIA



Los formatos que son parte de las actividades a realizar en la implementación del MAIS BFC se detallan en los anexos de la presente directiva, las mismas que deben fortalecer la atención integral de salud.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- a. La Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección de Salud de las personas, Dirección de Atención Integral e Salud, la Estrategia de Salud Familiar, Promoción de la Salud y de Recursos Humanos emitirá de ser pertinente, normas complementarias que sean necesarias para la ejecución de las actividades en los establecimientos del primer nivel de atención de la DIRESA Cajamarca.
- b. La presente directiva será revisada y actualizada cuando sea conveniente o se note que algún artículo o procedimiento se tenga que agregar o quitar.
- c. La Red y Microrred, serán responsables del cumplimiento de las disposiciones estipuladas en la presente directiva, con llevando a las acciones administrativas según el nivel correspondiente.
- d. El incumplimiento por parte de algunos de los niveles: RED, Microrred, y establecimiento de salud, conllevará a tomar las acciones correctivas pertinentes.
- e. Los establecimientos de salud son los responsables de realizar las actividades y evidenciar los productos e indicadores de la presenta directiva.



X. ANEXOS

ANEXO N° 01: FICHA FAMILIAR
FICHA FAMILIAR

N°

RED DE SALUD:
MICRO RED DE SALUD:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
NOMBRE DE LA FAMILIA:
RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD O SECTOR:

LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N° INTEGRANTES	
Provincia:	Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S:	NIÑAS Y NIÑOS	
Localidad:	Medio de transporte de mayor uso:	ADOLESCENTES	
Distrito:	Tiempo de residencia en el domicilio actual:	JÓVENES	
Área de residencia:	Residencias anteriores:	ADULTOS	
Teléfono o celular:	Correo electrónico:	ADULTOS MAYORES	
Dirección de la Vivienda:		TOTAL	

CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA												
Etnia / Raza:		Idioma predominante de la familia:				Religión:						
N°	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EDAD Y SEXO		D.N.I./ Carnet de extranjería	FECHA NACIMIENT O	(a) PARENTESCO	(b) ESTADO CIVIL	(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN	SEGURO DE SALUD		
			M	F						SIS	ESSALUD/ FFAA / PNP	PRIVADO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

(a) PARENTESCO: Padre (P), Madre (M), Hija/o (H), Hija/o Adoptiva/o (HA), Abuela/o (A), Tía/o (T), Nieta/o (N), Padrastro (PA), Madrastra (MA), Sobrina/o (S), Primo/a (PR), Bis-abuela/o (BA), Amiga/o (AMG), Hermana/o (HM), Yerno (Y), Nuera (N), Otros (O). (b) ESTADO CIVIL: Soltera/o (S), Conviviente (CO), Casada/o (C), Separada/a (SP), Divorciada/o (D), Viuda/o (V). (c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin Instrucción (SI), Inicial (I), Primaria Completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria Completa (SC), Secundaria Incompleta (SI) y Superior Completo (SUC), Superior Incompleto (SUI).





"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

VISITA DOMICILIARIA					
Nº	FECHA	RESPONSABLE DE LA VISITA	Nº DE INTEGRANTES ENTREVISTADOS	RESULTADO DE LA VISITA	PRÓXIMA VISITA



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR

CICLO VITAL FAMILIAR		ECOMAPA
Familia en formación		
Familia en expansión		
Con nacimiento del primer hijo/a		
Con hijo/a en edad pre - Escolar		
Con hijo/a en edad escolar		
Con hijo/a adolescente		
Con hijo/a en edad adulta		
Familia en dispersión		
Familia en contracción		
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear		
Extendida		
Ampliada		
Monoparental		
Reconstituida		
Equivalente familiar		
FAMILIOGRAMA (estructural y de relaciones familiares)		
<p>DATOS POR INDIVIDUO: NOMBRE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO Y MUERTE, OCUPACION, ENFERMEDAD. CONDICION DE LA OCUPACION: Trabajador/a Estable (S), Eventual (V), Sin ocupación (SO) Jubilada/o (J), Estudiantes (E).</p>		



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

RIESGOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

INGRESO FAMILIAR	ABASTECIMIENTO DE AGUA	Marcar y	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	Marcar X	TENENCIA DE ANIMALES			
SI (mensual)	Red pública. Y consume agua con Cloro menor a 0.5PPM		Leña		TIPO DE ANIMAL	Marcar X	VACUNAS	
MATERIAL DEL PISO	Marcar X La familia sin agua potable, no utiliza Leja para lavar y/o hierve el agua para su uso		Carbón		Mascota: perro, gato	SI	NO	
Madera	Pozo, cisterna		Bosta		De importancia económica: cabras, certeros, cerdos, vaca, aves de corral	SI	NO	
Parquet	Pi. acople		Gas, electricidad		Tiene espacios limpios y apropiados para animales domésticos	SI	NO	
Lustas	Los depósitos de agua de almacenamiento, se encuentran sucios, sin tapa y en el piso		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	Marcar X	Convive con los animales dentro de la vivienda	S	NO	
Cemento/ladrillo	La familia no tiene agua hervida en una jara tapada y sobre la mesa, para su consumo		Aire libre		FRECUENCIA DE VECTORES EN LA VIVIENDA			
Tierra	COCINA		Acople, canal		Se evidencia presencia de vectores y/o roedores en ambientes	SI	NO	
Otros	Cocina mejorada	SI	Red pública (*)		En zonas endémicas, la familia, no protege ventanas, puertas con tela metálica	SI	NO	
MATERIAL DE LAS PAREDES	Marcar X	NO	Leña		Los perros no están vacunados contra la rabia	SI	NO	
Madera, estera	Hay presencia de animales domésticos	SI	Pozo séptico		DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE PROPIO			
Ladrillo o tapia		NO	Otros		Automóvil			
Cemento/ladrillo		SI	HIGIENE EN LA LETRINA		Bicicleta			
Cueros (sillas can bancas), piedra con baño	Cuenta con sistema de eliminación de humo de cocina o ventilación?	NO		SI	Motocicleta			
Existen grietas, huecos, donde puedan habitar, andar animales que generen enfermedades	Elimina aguas grises con desperdicio de alimentos en su patio	SI	La letrina está sucia y con malos olores	NO	Otro			
Otros		NO	La letrina se encuentra utilizada a menos de 15 mts de una fuente de agua	SI	RIESGO DEL ENTORNO		Marcar X	
MATERIAL DE TECHO	Marcar X	CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	Marcar X		Lluvia, inundaciones			
Calamina	A temperatura ambiente		La familia no utiliza estanco oreado de animal (Caballos, Vacas) para multiplicar los microorganismos que dañan los alimentos	SI	Resaca, junta a la vivienda			
Madera, tapas	Refrigeradora		La familia no utiliza desinfectantes, repelentes para los vectores, en su letrina	NO	Insectos, junta a la vivienda			
Tabla	En recipiente sin tapa		La familia no utiliza desinfectantes, repelentes para los vectores, en su letrina	SI	Humos o vapores de productos químicos de fábricas, industrias o minería			
Enlucido/ladrillo de cemento	En recipiente con tapa		La letrina está ubicada a más de 15 mts. De la vivienda	NO	Riesgo de derrumbes, huaycos			
Faja, hojas	HIGIENE DE ALIMENTOS		La letrina no tiene tapa	SI	Pandillaje, delincuencia			
Café y esteras con baño	Los estantes donde se almacenan los alimentos, están protegidos, limpios y ventilados	SI		NO	Alcoholismo			
Existen grietas, huecos, donde puedan habitar, andar animales que generen enfermedades		NO		SI	Deposición			
Otros	La familia Lava y desinfecta las frutas y verduras	SI		NO	Sin suministro público			
SERVICIOS EN EL DOMICILIO	Marcar X		DISPOSICIÓN DE BASURA	Marcar X	Pistas no asfaltadas			
Teléfono	La familia guarda los cubiertos y vajilla con un manual limpio y protector de male	SI	Cano recolector		Vectores (mosquitos, zancudo, roedores, etc.)			
Internet	La familia verifica la fecha de vencimiento en los productos que compra	NO	(Frecuencia?)		Pavio			
Cable	La familia verifica la fecha de vencimiento en los productos que compra	SI	Acampo abierto		EMERGENCIAS Y DESASTRES			
Electricidad		NO	SI/NO		Familia cuenta con mochila de emergencia		S	
Agua desague	Utiliza tabla de pizar de madera, sucia y con grietas	SI	Cuena				NO	
Otros		NO	En un pozo				S	
VENTILACIÓN ADECUADA	SI	Su vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos?	SI	Ceros		Familia cuenta con botiquín de emergencia		NO
	NO		NO		RESIDUOS SÓLIDOS EN LA VIVIENDA			
TIENE LUZ ARTIFICIAL ADECUADA	S	NO DE PERSONAS POR HABITACIÓN Y PRIVACIDAD	Marcar X	La familia deposita los RR SS en bolsas cerradas y en recipientes con tapa	SI	La familia cuenta con Microteleros Sarrantes, para la disposición final de los RR SS		SI
	NO	1 miembro			NO			NO
VIVIENDA CON INFRAESTRUCTURA EN RIESGO	SI	De 2 a 3 miembros		La familia deposita sus residuos sólidos (Orgánico - Inorgánico)	SI			SI
	NO	De 4 miembros a más			NO	La familia recicla sus residuos sólidos		NO



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

LOMO

EESS

N°

FF

SECTOR
 COMUNIDAD

MZ

LT

RIESGO

ALTO

MEDIANO

BAJO



INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LA FICHA FAMILIAR

I. PRIMERA PAGINA

1.1 Datos generales

- a. **Número de ficha familiar:** Se colocara el número y/o código que corresponda a la familia, teniendo en cuenta lo siguiente:
Comunidad y Sector: colocar tres primeras letras de la comunidad o sector en mayúscula.
Familia: Enumerar las familias de cada comunidad y/o sector con 3 dígitos.

Ejemplo:

Comunidad: CHONTA,

Familia: 005

N°: CHO-005

- b. **Red de salud:** Escribir el nombre de la Red de Salud a la cual pertenece.
c. **Microred de salud:** Escribir el nombre de la MR a la que pertenece el EE.SS.
d. **Establecimiento de salud:** Anotar el nombre del EESS al que pertenece la familia
e. **Nombre de la familia:** Anotar los apellidos de la familia
f. **Responsable de la comunidad o sector:** Anotar los nombres completos del personal de salud responsable de la comunidad y/o sector.

1.2 Localización de la vivienda y datos sociodemográficos y N° de integrantes

- a. **Provincia:** Anotar la provincia al cual pertenece la comunidad y/o sector
b. **Distrito:** Anotar el distrito al cual corresponde el sector y/o comunidad
c. **Localidad:** Anotar el nombre de la comunidad y/o sector.
d. **Área de residencia:** Indicar si es urbano, rural o urbano marginal.
e. **Teléfono o celular:** Consignar el Número de teléfono o de celular de la familia o algún integrante de la familia.
f. **Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S:** Anotar el tiempo de traslado del domicilio al EESS, en horas y minutos. Por ejemplo: 30 minutos, 1 hora y 25 minutos.
g. **Medio de transporte de mayor uso:** Anotar el medio de transporte que usa la familia, ejemplo: a pie, carro, acémila u otro.
h. **Tiempo de residencia en el domicilio actual:** Colocar el tiempo que vive en el domicilio en años y meses.
i. **Residencias anteriores:** Anotar los lugares en los que vivieron la familia anteriormente en los dos últimos años.
j. **Correo electrónico:** Consignar el correo electrónico de algún integrante de la familia.
k. **Dirección de la Vivienda:** Escribir la dirección completa, indicando el nombre: calle, jirón, avenida, pasaje o lote, en el caso de la zona rural colocar algún dato de referencia. Ejemplo: al frente de a la institución educativa.
l. **N° de integrantes:** Se deben consignar el número de integrantes de la familia, esto por etapas de vida y ser llenado con lápiz, que permita su actualización cada 06 meses:
 - o NIÑOS de RN hasta 11 años 11 meses, 29 días.
 - o ADOLESCENTES de 12 años a 17 años, 11 meses, 29 días.
 - o JÓVENES de 18 años hasta 29 años 11 meses 29 días.
 - o ADULTOS de 30 años a 59 años 11 mese 29 días y
 - o ADULTO MAYOR de 60 años a más.

1.3 Características de los miembros de la familia

- a. **Etnia:** Solo colocar en aquellos lugares donde exista comunidades indígenas.
b. **Idioma predominante de la familia:** Consignar el idioma con el cual la familia se comunica de forma frecuente. Por ejemplo: castellano, quechua, otro.
c. **Religión:** Preguntar a la familia ¿qué religión profesa?

Seguidamente llenar los datos correspondientes a cada uno de los integrantes de las familias, considerando en primer orden el jefe de la familia y ubicar a los hijos por orden de edades de mayor a menor, según corresponda. Si hay otros parientes, se los anota al final.

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- **Nombre(s) y apellido(s):** Escribir con letra mayúscula e imprenta los apellidos y nombres consignados en el DNI.
- **Edad y sexo:** Anotar la edad en número y agregar "A" (años), "M" (meses) y D (días) en la casilla correspondiente al sexo del integrante de la familia. Ejemplo: 15A, 08M, 21D., llenarlo con lápiz y actualizar en forma frecuente.
- **D.N.I:** Anotar el número del DNI, según como consta en su documento.
- **Fecha nacimiento:** Consignar la fecha de nacimiento registrada en el D.N.I.
- **Parentesco/Estado Civil, grado de instrucción:** Llenarlo según leyenda adjunta en la parte inferior de la página 1 de la Ficha Familiar.
- **Seguro de salud:** Marcar con un "X" según el tipo de seguro con el que cuenta cada integrante de la familia: SIS / ESSALUD/ FFAA / PNP / PRIVADO / SIN SEGURO.

II. SEGUNDA PÁGINA

2.1 Instrumentos de evaluación familiar

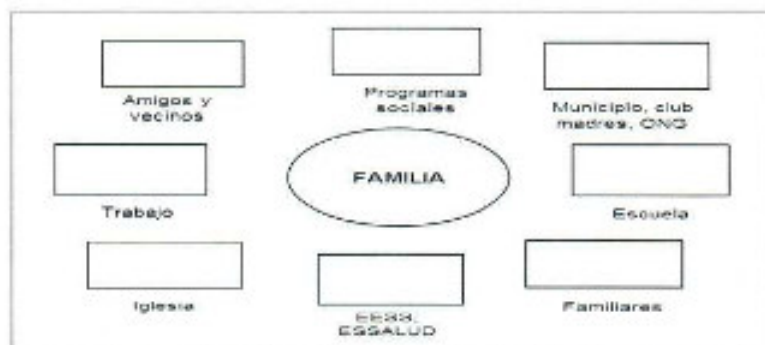
- a. **Ciclo vital de la familia:** Marcar con una "X" el recuadro que corresponda a la etapa del ciclo vital que atraviesa la familia.

CICLO VITAL FAMILIAR	Marcar con X
A. FAMILIA EN FORMACIÓN: familia que aún no tiene hijos o hijas	
B. FAMILIA EN EXPANSIÓN:	
Con nacimiento del primer hijo	
Con Hijo/a en Edad pre-escolar	
Con hijo/a en edad escolar	
Con Hijo/a adolescente	
Con Hijo/a en edad adulto	
C. FAMILIA EN DISPERSIÓN: desde que se inicia la partida del primer hijo/a hasta que lo hace el último	
D. FAMILIA EN CONTRACCIÓN: Han partido los hijos(as) y la pareja se queda sola o el fallecimiento de alguno de los esposos.	

- b. **Tipo de familia:** Se marca con una "X" según el tipo de familiar que corresponda.

- **Nuclear:** Ambos padres e hijos
- **Extendida:** Ambos padres además de parientes hasta la tercera generación.
- **Ampliada:** Ambos padres y los hijos además de parientes como tíos, sobrinos, etc.
- **Monoparental:** Un padre o madre y los hijos.
- **Reconstituida:** Uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.
- **Equivalente a familiar:** Grupos de amigos, hermanos, etc.

- c. **ECOMAPA:** Instrumento que representa en forma gráfica las redes de apoyo o recursos externos con las que cuenta la familia y su relación con ellas. Para identificar la relación familiar con su entorno, se utiliza los mismos símbolos usados para identificar las relaciones familiares en el famiograma funcional.



- d. **Familiograma:** Representación gráfica de una familia que por medio de símbolos permite recoger, registrar los componentes estructurales y de relación de la familia, de por lo menos tres generaciones que identifica el tipo de familia, el ciclo vital, las

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

relaciones entre sus miembros, factores de riesgo entre otros. Este instrumento se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones entre ellos.

Se empieza con el jefe de familia y/o paciente (caso índice) y los miembros directamente relacionados a éste (pareja, padres, hijos, etc). Es necesario que en el familiograma estén representadas por lo menos tres generaciones a partir del caso índice.

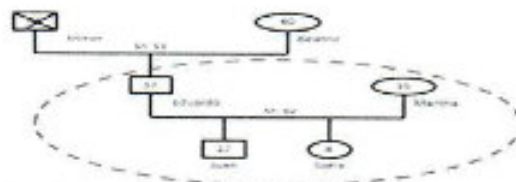
Para cada integrante de la familia se considera los siguientes datos, como:

- o Nombre,
- o Edad,
- o Ocupación,
- o Enfermedad que padece o que tuvo, por ejemplo HTA, Diabetes mellitus, Cáncer, etc; o aparentemente sano.

La simbología utilizada se detalla a continuación:

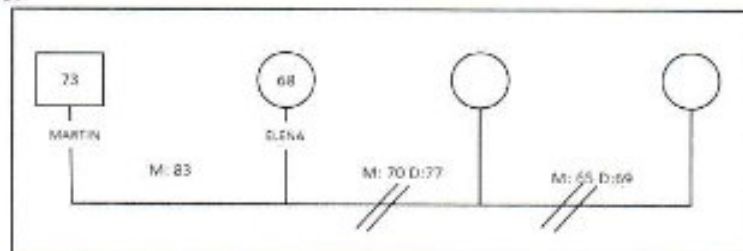


Si la familia vive en un mismo lugar, dibujar una línea punteada alrededor de los integrantes de la familia.



Algunas especificaciones adicionales:

Matrimonios múltiples: Cuando hay sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de derecha a izquierda, con el más reciente próximo a la pareja actual. Ejemplo: Un hombre que tuvo tres esposas, se casó por primera vez en el año 1965, se divorció en 1969, se volvió a casar en 1970 y se divorció en 1977, se casó nuevamente en 1983.



Año del Buen Servicio al Ciudadano

Separación y divorcio: En la línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio:

- 1 diagonal para separación y, 2 para indicar divorcio. En el ejemplo la pareja se casó en el año 1975, se separó en el año 1980 y se divorció en el año 1981. Pudiendo colocarse solo los últimos números del año.



Acontecimientos vitales estresantes: Por ejemplo los nacimientos, muerte, separación, divorcio, ausencia física de los padres, embarazo adolescente, víctima de abuso físico, sexual, psicológico, despidos, cambios de trabajo, migraciones, problemas legales, conducta delictiva, trastornos mentales, etc, también se pueden consignar en el famiogramas.



Se clasifica la familia según el ciclo vital en que se encuentre, y el tipo de familia, datos a registrar en el famiograma debe estar con lápiz, para que facilite su actualización.

III. TERCERA PÁGINA

3.1 Riesgos según las características de la vivienda y el entorno: marcar con una X, según corresponda al momento de la evaluación.

- Ingreso familiar:** Se anota el monto en soles
- Material del piso:** Marcar con X, según el piso que presenta la vivienda.
- Material de las paredes:** Marcar con X, según el tipo que presenta la vivienda
- Material de techo:** Marcar con X, según el tipo que presenta la vivienda
- Servicios en el domicilio:** Marcar con X, según los servicios que cuenta la familia.
- Abastecimiento de agua:** Marcar con X, según corresponda
- Cocina:** Marcar Si o No según corresponda
- Conservación de alimentos:** Marcar según corresponda
- Higiene de alimentos:** Marcar según corresponda
- Nº de personas por habitación:** Marcar según el número de integrantes por habitación.
- Combustible para cocinar:** Marcar el combustible utilizado por la familia
- Eliminación de excretas:** Marcar con una X según el hábito que presenta la familia
- Higiene en la letrina:** Marcar SI o NO según hábitos presentes
- Disposición de basura:** Marcar con una X según hábitos que presenta la familia
- Tenencia de animales:** Se marca SI o NO según características presentes.
- Presencia de vectores en la vivienda:** Marcar SI o NO según los que se evidencie en la vivienda.
- Disponibilidad de transporte propio:** Marcar con una X según lo que cuenta la familia
- Riesgo del entorno:** Se marca con una X el que presenta la vivienda
- Residuos sólidos en la vivienda:** Se marca SI o NO según hábitos presentes.
- Emergencias y desastres:** Se marca SI o NO según características presentes.

IV. CUARTA PÁGINA

4.1. Visita Domiciliaria Realizada

- N°:** Registrar el número de visitas realizadas en la familia en el año, ejemplo: 1, 2, etc.
- Fecha:** Escribir la fecha en dd/mm/aaaa en que se hizo la visita domiciliaria.
- Responsable de la visita:** Anotar el nombre del personal de salud que realizó la visita.
- N° de integrantes entrevistados:** Anotar cuántos integrantes se entrevistaron
- Resultado de la visita:** Se anotará una de las siguientes opciones:
 - Atendido:** Si se encontró a la familia y realizó la visita domiciliaria.
 - Ausente:** Si no se encontró a la familia en la casa.
 - Rechazo:** En caso de que la familia se negara a ser visitada.
 - Abandono:** En caso de que la persona haya cambiado de domicilio.
- Próxima visita - CITA:** Colocar la fecha (dd/mm/aaaa) de la próxima visita domiciliaria, previo acuerdo con la familia visitada. Anotar el horario que indica la familia para la visita, Ejemplo: sábado a las 6:00 a.m., etc.



LOMO DE LA FICHA FAMILIAR

Los datos que consignados en esta parte de la ficha familiar, sirve para identificación rápida de la familia y del riesgo familiar.



ANEXO N°02: CALIFICACION DE RIESGOS INDIVIDUALES

CRITERIOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS POR ETAPA DE VIDA / GESTANTE / PUERPERA / PCD							
NIÑO (0 – 11 años)		ADOLESCENTE (12 a 17 años)		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR (> de 60 años)	
RIESGOS	Marcar (X)	RIESGOS	Marcar (X)	RIESGOS	Marcar (X)	RIESGOS	Marcar (X)
Recien nacido(a) prematuro y/o bajo peso al nacer		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.	
Niño/a < 6m sin lactancia materna exclusiva		Adolescente con vacunas incompletas		Sin identificación de factores de riesgo de: TBC, ITS, VIH/SIDA y Metaxenicos		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles	
Niña(o) sin CRED de acuerdo a la edad		Problemas de conducta (pandillaje, alcoholismo, drogas, etc) y/o alimentación.		Problemas de violencia, abuso sexual, abandono		Sin evaluación funcional, visual y auditivo	
Niña(o) con vacunas incompletas de acuerdo a su edad		Deserción escolar/bajo rendimiento escolar.		Mujer sexualmente activa sin papanicolaou anual.		Sin identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato) VACAM	
Niño(o) sin suplementación de micronutrientes o suplementación incompleta		Adolescente con conducta sexual de riesgo y/o embarazada		Mujer/Hombre en edad reproductiva sin planificación familiar.		Adulto mayor con problemas de violencia, abuso sexual, abandono	
Niña(o) con ganancia inadecuada de peso y/o talla para su edad		Adolescente con problemas de violencia, abuso sexual, abandono		Sin o con vacunas incompletas		Sin o con vacunas incompletas	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
GESTANTE Y PUERPERA				DISCAPACIDAD			
Sin APN o Incompleto		Gestante y/o entorno familiar no reconoce signos de alarma		Tiene limitaciones para	Marcar (X)	¿Origen de las limitación(es)?	Marcar (X)
Sin administración /administración Incompleta de suplemento (hierro, ácido fólico, calcio)		Gestante con presencia de morbilidad (ITU, Preeclampsia, Hemorragia, Anemia)		Moverse o caminar, para usar brazos o piernas		Enfermedad crónica y/o laboral	
Sin Ex. auxiliares (VH, Sífilis, Ex. Completo de orina, Hemoglobina, Grupo, Factor Rh, Glucosa)		Puerpera inmediata sin control		Hablar, o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otros		Genético / congénito / de nacimiento	
TOTAL				TOTAL			

Para la calificación de los riesgos individuales, se deberá marcar con una X según corresponda a la etapa de vida, gestante y/o puerpera y discapacidad.
 Seguidamente sumar el total de los riesgos identificados.
 Esta calificación servirá para calificar el RIESGO FAMILIAR.

ANEXO N°03: FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA

FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA		
FUNCIONES	PARAMETROS A EVALUAR	PREGUNTAS
Cuidado	1. Vestido, higiene, estado nutricional	¿Ud. y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?
	2. Presencia o antecedentes de accidentes domiciliarios o callejeros	
	3. Accesibilidad a los servicios de salud	¿Ud. y su pareja han recibido consejería de suplementación con multimicronutrientes y hierro?
	4. Características y mantenimiento de la vivienda	¿Algún miembro de su familia ha sido víctima de violencia (física, psicológica, de género)?
Afecto	1. Actitudes y actividades que desarrollan en conjunto	
	2. Manifestaciones de afecto: abrazos, caricias, besos, etc.	¿Algún miembro de su familia ha intentado suicidarse?
	3. Comunicación verbal y no verbal	
	4. Identidad y sentido de pertenencia al grupo	En su familia ¿Se hace difícil demostrar cariño los uno a los otros?
Reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad	1. Identidad sexual de sus integrantes	En su familia, el padre o la madre hablan libremente de la sexualidad con los hijos(as)?
	2. Responsabilidad y compromiso de su acción futura en sexualidad	¿Su familia cuenta con espacios en la vivienda que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales?
Socialización	1. Habilidades sociales	¿Su hijo/a tiene metas, objetivos claros y sabe cómo lograrlos?
	2. Comportamiento en la sociedad de los hijos (cómo actuamos y vivimos en sociedad)	
	3. Habilidades de relaciones interpersonales	
	4. Personalidad "madura", independiente, autónomo, capaz de tomar decisiones de él y su familia	Alguna vez a usted o algún miembro de su familia le han hecho sentir como quien no encaja por causa de su vestido, lengua, etnicidad o cultura?
	5. Conocimiento de tradiciones y cultura social	
	6. Adquisición de valores ético-morales	
	7. Sentido de pertenencia al grupo familiar	
	8. Pertenencia a grupos extra familiares: clubes, Iglesia, escuela, etc.	
Estatus y posición social	1. Nivel económico y propiedad privada	En los últimos 12 meses ¿Ud. o algún miembro de su familia comió menos o dejó de comer porque no había suficiente dinero para la comida?
	2. Nivel educativo	
	3. Ocupación	
FUNCIONES INTERNAS DE LA FAMILIA		
Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa	¿Su hijo/a le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita? En su familia, ¿Se promueve la transmisión de experiencias y conocimientos en forma clara y directa?
Cohesión-Apoyo	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas	¿En su familia se promueve la unión entre sus miembros? ¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?
Cohesión-Apoyo	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas	¿En su familia se promueve la unión entre sus miembros? ¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?
Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.	¿Las costumbres, relaciones, normas pueden modificarse ante determinadas situaciones?
Permeabilidad	Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.	Ante situaciones difíciles su familia busca ayuda en otras personas o instituciones.
Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	Los intereses y necesidades de cada miembro son respetados por la familia
Rol	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	¿En su familia se promueve la disciplina y el cumplimiento de las tareas asignadas?
		¿Se acostumbra en la familia que los varones ayuden en las labores de la casa?

Se deben evaluar las funciones básicas de la familia (según el cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas), con la finalidad de identificar los riesgos familiares.

ANEXO N° 04: CALIFICACION DEL RIESGO DE LAS FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA

Para la calificación del riesgo de las funciones básicas de la familia, se debe tomar en cuenta los items identificados como riesgo en la familia. Se evalúa observando y respondiendo a las preguntas planteadas, marcando con **SI** o con **NO** según corresponda.

FAMILIA					
PREGUNTAS	RIESGO		PREGUNTAS	RIESGO	
	SI	NO		SI	NO
¿Ud. y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?			¿Las costumbres, relaciones, normas pueden modificarse ante determinadas situaciones?		
¿Su hijo/a le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?			¿Se acostumbra en la familia que los varones ayuden en las labores de la casa?		
En los últimos 12 meses ¿Ud. o algún miembro de su familia comió menos o dejó de comer porque no había suficiente dinero para la comida?			Alguna vez a usted o algún miembro de su familia le han hecho sentir como quien no encaja por causa de su vestido, lengua, etnicidad o cultura?		
¿Ud. y su pareja han recibido consejería de suplementación con multimicronutrientes y hierro?			¿En su familia se promueve la disciplina y el cumplimiento de las tareas asignadas?		
¿Su hijo/a tiene metas, objetivos claros y sabe cómo lograrlos?			¿Su familia cuenta con espacios en la vivienda que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales?		
Los intereses y necesidades de cada miembro son respetados por la familia			¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?		
En su familia, ¿Se promueve la transmisión de experiencias y conocimientos en forma clara y directa?			¿Algún miembro de su familia ha sido víctima de violencia (física, psicológica, de género)?		
En su familia ¿Se hace difícil demostrar cariño los uno a los otros?			¿Algún miembro de su familia ha intentado suicidarse?		
¿En su familia se promueve la unión entre sus miembros?			En su familia, el padre o la madre hablan libremente de la sexualidad con los hijos(as)?		
Ante situaciones difíciles su familia busca ayuda en otras personas o instituciones.			¿En su familia se promueve la unión entre sus miembros?		

TOTAL DE ITEMS IDENTIFICADOS EN RIESGO:

Una vez calificado el riesgo individual, el riesgo de las funciones básicas de la familia y los riesgos del entorno (ficha familiar), se procede a la priorización del riesgo a nivel familiar.

ANEXO N° 04-A: PRIORIZACION DEL RIESGO A NIVEL FAMILIAR

EJE DE INTERVENCION	LISTADO DE RIESGOS	PUNTAJE
INDIVIDUAL	Niño con riesgos identificados	
	Adolescente con riesgos identificados	
	Joven y adulto con riesgos identificados	
	Adulto mayor con riesgos identificados	
	Gestante y/o puerpera con factores de riesgo	
	Persona con discapacidad	
FAMILIAR	Incumplimiento de funciones básicas / malas relaciones internas (basta no cumplir con un ítem)	
	Sin agua potable / cloro menor a 0,5ppm	
VIVIENDA / ENTORNOS (Ficha familiar)	Hacinamiento: 3 o más personas en una habitación	
	Eliminación de excretas inadecuada (aire libre, acequia, canal) o mala higiene de la letrina (basta con un sí)	
	Disposición de basura inadecuada (sin tapa, no reciclaje) / no usa el carro recolector	
	Mala higiene de alimentos (basta no cumplir con un ítem) / no correcto lavado de manos	
	Algún riesgo en el entorno de la vivienda	
CALIFICACION TOTAL		

Considerando los riesgos presentados en los tres ejes de intervención, el riesgo será:

- Bajo Riesgo: 1 a 4 riesgos.
- Mediano Riesgo: de 5 – 8.
- Alto Riesgo: de 9 riesgos a más.

Según la calificación de riesgo a nivel familiar, este se colocara en el lomo de la ficha familiar. La calificación se realizara de manera anual.

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

ANEXO N° 05: CUADERNO DE CITAS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

FECHA:

TURNO:

N°	FF	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CUI/DNI	EDAD	DIRECCIÓN/REFERENCIA	TELEFONO	SIS SI/NO	MOTIVO	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

FECHA:

TURNO:

N°	FF	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CUI/DNI	EDAD	DIRECCIÓN/REFERENCIA	TELEFONO	SIS SI/NO	MOTIVO	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL CUADERNO DE CITAS

- **Establecimiento de salud:** Anotar el nombre del EESS.
- **Fecha:** Colocar la fecha de la atención.
- **Turno:** Colocar el turno de la atención a realizar.
- **Numero de ficha familiar:** Se colocara el número y/o código que corresponda a la familia en la ficha familiar, teniendo en cuenta la persona que se le va a realizar la atención.
- **Nombre(s) y apellido(s):** Escribir con letra mayúscula e imprenta los apellidos y nombres consignados en el DNI. de la persona citada.
- **CUI/DNI:** Escribir el CUI/DNI del usuario para la atención.
- **Edad:** Anotar la edad en número y agregar "A" (años), "M" (meses) y D (días).
- **Dirección/Referencia de la Vivienda:** Escribir la dirección completa, indicando: el nombre de la vía (calle, jirón, avenida, pasaje o lote), en el caso de la zona rural colocar algún dato de referencia. Ejemplo: al frente de a la institución educativa.
- **Teléfono:** Anotar el número de teléfono (Jefe de la familia y/u otro familiar).
- **Seguro de salud:** Marcar con un "SI O NO" según corresponda, de la persona programada.
- **Motivo de la Consulta:** Anotar el motivo o la razón de la consulta de la próxima cita, para tener en cuenta la programación.
- **Observación:** Anotar alguna eventualidad que pudiera pasar con persona citado e incluso la reprogramación de la cita.

*Año del Buen Servicio al Ciudadano

ANEXO N°06: IDENTIFICACION DE RIESGOS POR ETAPA DE VIDA PARA ELABORACION PLAN DE ATENCION FAMILIAR

RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA / GESTANTE / PUERPERA / PCD									
NIÑO (0 - 11 años)		ADOLESCENTE (11 a 17 años)		JUVEN (18 a 29 años)		ADULTO (30 a 59 años)		ADULTO MAYOR (> de 60 años)	
RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°
Recién nacido(a) de parto complicado.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.	
Recién nacido(a) prematuro y/o bajo peso al nacer.		Sin evaluación del desarrollo psicosocial.		Joven con vacunas incompletas.		Adulto con recursos incompletos.		Adulto mayor con vacunas incompletas.	
Madre o cuidador no reconoce signos de alarma en el recién nacido.		Sin evaluación de la agudeza visual y audición.		Sin evaluación de la salud psicosocial e identificación de sus factores de riesgo.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades crónicas.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	
Miño(a) con sintomatología materna existente.		Sin evaluación del desarrollo sexual y fecundidad.		Sin evaluación de riesgo cardiovascular.		Mujer sexualmente activa sin control ginecológico anual.		Sin evaluación funcional, visual y auditiva.	
Miño(a) con OREI de acuerdo a la edad.		Sin evaluación odontológica.		Sin evaluación odontológica.		Sin evaluación odontológica.		Sin evaluación odontológica.	
Miño(a) con vacunas incompletas de acuerdo a su edad.		Adolescente con vacunas incompletas.		Mujer sexualmente activa sin PAP anual.		Adulto sin mamografía (hasta la salida de los 50 años).		Sin identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato) VADAM.	
Miño(a) sin suplementación de micronutrientes o suplementación incompleta.		Problemas de conducta (parálisis, alcoholismo, drogadicción) y/o alimentación.		Mujer/Hombre en edad reproductiva sin planificación familiar.		Mujer/Hombre en edad reproductiva sin planificación familiar.		Mujer sin mamografía bianual (hasta los 60 años).	
Miño(a) sin alimentación complementaria adecuada.		Desempeño escolar bajo rendimiento escolar.		Joven con conducta sexual de riesgo.		Sin identificación de factores de riesgo de: TBC, ITS, VIH/SIDA y Metaviriasis.		Hombre sin evaluación de próstata.	
Miño(a) con ganancia inadecuada de peso y/o talla para su edad.		Adolescente con conducta sexual de riesgo y/o embarazada.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles.		Hombre >50 sin evaluación de próstata.		Sin evaluación mental.	
Miño(a) con riesgo o retraso en el desarrollo.		Adolescente con problemas de violencia, abuso sexual, abandono.		Joven con problemas de violencia, abuso sexual, abandono.		Problemas de violencia (abuso sexual, abandono).		Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.	
Miño(a) sin evaluación odontológica.				GESTANTE			PUERPERA		
Miño(a) sin examen de desarrollo de Parotidas.		En Atención Primaria o hospitalario.		Gestante no reconoce signos de alarma.		Puerpera sin suplemento de hierro y vitaminas A.		Puerpera en control.	
Miño(a) sin examen de desarrollo de hematófona.		Sin vigilancia nutricional.		Sin desarrollo de control ginecológico.		Puerpera con infección (Médica, hemorragia, etc).		No reconoce signos de alarma.	
Madre o cuidador sin sesión de asesoramiento (alimentación balanceada, lavado de manos, técnica LME).		Sin administración (administración incompleta de suplemento hierro, ácido fólico, calcio).		Gestante con problemas de violencia, abuso sexual, ansiedad y depresión, uso de drogas.		Puerpera sin método anticonceptivo.		En visita domiciliar.	
Miño(a) con problemas de violencia, abuso sexual, abandono.		Sin evaluación odontológica.		Entorno familiar no reconoce signos de alarma.		DISCAPACIDAD			
Desempeño bajo rendimiento escolar.		Sin plan de parto.		Vacunas incompletas.		Tiene limitaciones permanente para	Colocar N°	¿Cuál es el origen de las limitaciones? (es)?	Colocar N°
Miño(a) con enfermedad prevalente de alta patología.		Sin psicofármacos y/o estimulación preverbal.		Gestante no reconoce signos premonitorios de pre-eclampsia, eclampsia.		Entender u expresar.		Enfermedad social.	
Problemas visuales y auditivos.		En Ex. auxiliares (VIH, SIDA, Ex. Completo de ojos, hemoglobina, Grupo, Factor Rh, Glucosa).		Amazado parto Domiciliar.		Moverse o caminar, para usar brazos o piernas.		Genético / congénito / de nacimiento.	
Miño(a) con madre o cuidador sin Consejería a través de visita domiciliar.		Sin evaluación por médico general y/o especialista (2 APN).		Gestante en visita Domiciliar.		Ver, sin usando anteojos y Oír, sin usando audífonos.		Enfermedad crónica.	
Madre o cuidador no reconoce los signos de alarma en la enferme de las prevalencias.		Gestante con presencia de morbilidad (ITU, Pre-eclampsia, Hemorragia, Anemia, etc).		Entorno familiar no reconoce signos premonitorios de pre-eclampsia, eclampsia.		Hablar o comunicarse, sin usando el lenguaje de señas u otros.		Accidente con un el hogar / No de tránsito.	

Identificación de riesgos individuales: Este instrumento sirve para evaluar el riesgo de cada miembro de la familia y se registra con el número con el que fue consignado en la ficha familiar (Características de los miembros de la familia). Si no presenta ningún riesgo se traza una línea.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

ANEXO N°07: PLAN DE ATENCION FAMILIAR

FECHA:

N° FICHA FAMILIAR:

COMUNIDAD/SECTOR:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

MOTIVO DE CONSULTA		
PERSONA	FAMILIA	VIVIENDA Y ENTORNO
INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS		
N° CUI/DNI	PERSONA	FAMILIA
		VIVIENDA/ENTORNO
ACUERDOS Y COMPROMISOS		
PERSONA		
FAMILIA		
VIVIENDA/ENTORNO		



FECHA DE LA PROXIMA VISITA:

.....
**Firma del SECTORISTA
visitada**

.....
Firma del integrante de la familia





ANEXO N° 08: ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIA

Primera Visita Familiar Integral: (por familia)

- Aplicación de instrumentos de diagnóstico (ficha familiar).
- Se verifican antecedentes para control y prevención del cáncer (filiograma estructural), debiendo derivar al EESS para el examen y pruebas de tamizaje.
- Realizar la vigilancia activa con el objetivo de disminuir la mortalidad materna, disminuir la desnutrición crónica, controlar la TBC y VIH SIDA, disminuir la incidencia de enfermedades metaxénicas y zoonosis, disminuir las enfermedades no transmisibles. Todos los riesgos o necesidades encontrados se anotarán en el primer eje de intervención de la ficha familiar.
- Valoración de la Familia – Diagnóstico familiar: A través del ciclo vital familiar, tipo de familia, Ecomapa, filiograma, y evaluación del cumplimiento de las funciones básicas y satisfacción de las necesidades familiares. Se anotarán en el segundo eje de intervención de la FF.
- Valoración de las condiciones materiales de vida o entornos: A través de la observación directa en la vivienda, las preguntas necesarias a la familia y el llenado del tercer eje de intervención de la FF.
- Captación y programación de citas para el Establecimiento de Salud.
- Brindar consejerías en problemas priorizados de acuerdo a los riesgos detectados, sesiones educativas de alimentación saludable e higiene, plan de parto, cómo prevenir el dengue (en las zonas de riesgo), incluye desarrollo de orientación y consejería familiar.
- Se debe acordar la segunda visita, fijar fecha y apuntar en Ficha Familiar.



Segunda Visita Familiar Integral – Al mes: (por familia)

En la segunda visita se conocen las necesidades, riesgos y problemas de salud que tiene la familia. Se realizan las siguientes actividades:

- Socialización y negociación del Plan a desarrollar, pre-elaborado por el sectorista.
- Se trabajan los tres ejes de intervención según la FF.
- Si hubiera riesgo psicosocial o de violencia intrafamiliar diagnosticado en la visita previa, se realizará la intervención correspondiente o la derivación oportuna acordando con la familia la visita al establecimiento de salud.
- Consejerías en problemas priorizados de acuerdo a los riesgos detectados en la primera visita y en el marco de los objetivos estratégicos, como las principales enfermedades prevalentes de la Zona (Enfermedades transmisibles, no transmisibles, otros.), Plan de Atención de Parto.
- Énfasis en el saneamiento básico de la vivienda: Agua segura.
- Verificación de cumplimiento de las citas y acuerdos de acudir al EESS para la entrega de paquetes de atención individual y otras intervenciones sanitarias en el marco de la integralidad. Indagar acerca de la experiencia que tuvo al visitar el EESS, para saber si esta fue positiva o negativa. Si recibió indicaciones y verificar si las están cumpliendo. Además apoyarlos en las dificultades que tienen para acudir al EESS y seguir las indicaciones.



Tercera y siguientes Visitas Familiares Integrales- A los 3 meses: (por familia)

- Evaluación del Cumplimiento de los compromisos y acuerdos asumidos.
- Consejerías en problemas priorizados, realizar sesiones educativas (sobre Habilidades Sociales, Consejería anticipatoria de acuerdo al ciclo evolutivo de la familia, Salud Sexual y Reproductiva, fortalecimiento de recursos familiares, red social y participación comunitaria, segregación de basura y seguridad en la vivienda, otros según necesidades).
- Verificación de cumplimiento de las citas y acuerdos de acudir al EESS.
- En la cuarta visita se debe completar el plan de atención integral, si no se consigue, se realizará una o más visitas adicionales a criterio del sectorista.



*Año del Buen Servicio al Ciudadano

ANEXO N° 09: CODIGOS POR ACTIVIDAD

INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA

ACTIVIDADES	CODIGO HIS	ACTIVIDADES	CODIGO HIS
Observación por sospecha de tuberculosis	Z030	Problemas Relacionados con Pobreza Extrema	Z595
Consejo sobre la procreación (planificación familiar)	Z316	Problemas Relacionados con Bajos Ingresos y Pobreza no Extrema	Z596
Problemas Relacionados con el Analfabetismo o Bajo nivel de instrucción	Z550	Otros Problemas Relacionados con la Vivienda y las Circunstancias Económicas	Z598
Problemas Relacionados con la Educación no disponible o Inaccesible	Z551	Problemas no especificado relacionado con el ambiente físico	Z599
Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	Z553	Problemas Relacionados con el Ajuste a las Transiciones del Ciclo Vital	Z600
Problemas no Especificado Relacionado con la Educación y la Alfabetización	Z559	Problemas Relacionados con Situación Familiar Atípica	Z601
Problemas Relacionados con desempleo no Especificado	Z560	Problemas Relacionados con Persona que Vive Sola	Z602
Problemas Relacionados con el Cambio de Empleo	Z561	Problemas Relacionados con la Adaptación Cultural	Z603
Problemas Relacionados con Amenaza de Pérdida del Empleo	Z562	Problemas Relacionado con la Exclusión y Rechazo	Z604
Problemas Relacionados con Horario Estresante de Trabajo	Z563	Problemas Relacionados con la Perdida de Relación Afectiva en la infancia	Z610
Problemas Relacionados con desavenencias con el Jefe y los Compañeros de Trabajo	Z564	Problemas Relacionados con el Alejamiento del Hogar en la Infancia	Z611
Problemas Relacionados con el Trabajo Incompatible	Z565	Problemas Relacionados con Alteración en el Patrón de la Relación Familiar en la infancia.	Z612
Otros Problemas de Tensión Física o Mental Relacionadas con el trabajo	Z566	Problemas Relacionados con Eventos que Llevaron a la Perdida de la Autoestima en la Infancia	Z613
Otros Problemas y los no Especificados Relacionados con el Empleo	Z567	Problemas Relacionados con el Abuso Sexual del Niño por Persona dentro del Grupo de Apoyo	Z614
Exposición a otras contaminaciones del ambiente físico	Z585	Problemas Relacionados con el Abuso Sexual del Niño por Persona Ajena al Grupo de Apoyo	Z615
Problema relacionado con el ambiente físico	Z588	Problemas Relacionados con el Abuso Físico del Niño.	Z616
Problemas Relacionados por Falta de Vivienda	Z590	Problemas Relacionados con Experiencias Personales Atemorizantes en la Infancia	Z617
Familiar Dependiente Necesitado de Cuidado en el Hogar	Z636	Problemas Relacionados con otras Experiencias Negativas en la Infancia	Z618
Problemas Relacionados con Vivienda Inadecuada(Hacinamiento)	Z591	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia	Z619
Problemas Relacionados con Persona que Reside en una Institución	Z593	Problemas Relacionados con la Supervisión o el Control Inadecuado de los Padres	Z620
Problemas Relacionados con la Falta de Alimentación Adecuada	Z594	Problemas Relacionados con la Sobreprotección de los Padres	Z621
Problemas Relacionados con Hostilidad y Reprobación al Niño	Z623	Conducta relacionada con actitud sexual	Z700
Abandono Emocional del Niño	Z624	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco	Z720
Otros Problemas Relacionados con Negligencia en la Crianza del Niño	Z625	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol	Z721

Año del Buen Servicio al Ciudadano

INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA

ACTIVIDADES	CODIGO HIS	ACTIVIDADES	CODIGO HIS
Problemas relacionados con las anomalías de la crianza	Z626	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas	Z722
Otros Problemas Especificados y Relacionados con la Crianza del Niño	Z628	Problemas Relacionados con la Falta de Ejercicio Físico	Z723
Problemas Relación Pareja Esposos	Z630	Problemas Relacionados con la dieta y Hábitos Alimentarios Inapropiados	Z724
Problemas en la Relación con los Padres Políticos Familiares	Z631	Problemas Relacionados con la Conducta Sexual de Alto Riesgo	Z725
Problemas en Relación con el Soporte Socio - Familiar	Z632	Riesgo de Embarazo por la Conducta Sexual de Alto Riesgo	Z7251
Ausencia de Miembro de la Familia	Z633	Riesgo de Ets por la Conducta Sexual de Alto Riesgo	Z7252
Desaparición o Muerte de Miembro de la Familia	Z634	Riesgo de SIDA por la Conducta Sexual de Alto Riesgo	Z7253
		Sedentarismo	Z723
Problemas Relacionados con la Ruptura Familiar por Separación y Divorcio	Z635	Problemas Relacionados con el Juego y las Apuestas	Z726
Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar	Z636	Otros Problemas Relacionados con el Estilo de Vida	Z728
Problemas Relacionados con otros Hechos Estresantes que afectan a la familia y la casa	Z637	Problemas Relacionados con la Enfermedad Consuntiva	Z730
Problema no especificado Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo	Z639	Problemas relacionados con necesidad de ayuda para el cuidado personal	Z731
Problemas Relacionados con Embarazo no deseado	Z640	Problemas Relacionados con la Falta de Relajación y Descanso	Z732
Problemas Relacionados con la Multiparidad.	Z641	Problemas Relacionados con el Estrés, no Clasificados en otra parte	Z733
Problemas Relacionados con Prisión y otro Encarcelamiento	Z651	Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas, no Clasificados en otra parte	Z734
Victima de Crimen o Terrorismo, Incluyendo Tortura	Z654	Problemas Relacionados con el Conflicto del Rol Social, no Clasificados en otra parte	Z735
Otros Problemas Especificados Relacionados con Circunstancias Psicosociales	Z658	Problemas Relacionados con la Limitación de las Actividades debido a discapacidad	Z736
Problemas Relacionados con Circunstancias Psicosociales(Problemas en el desarrollo)	Z659	Problemas no Especificados Relacionados con dificultad con el Modo de Vida	Z739
Problemas Relacionados con la Necesidad de Ayuda para el Cuidado Personal	Z741	Otros Problemas Relacionados con Servicios Médicos y de Salud	Z758
Problemas Relacionados con la Necesidad de Asistencia domiciliaria y que ningún otro	Z742	Historia familiar de tumor maligno en mama	Z803
Problemas Relacionados con Atención de Salud no disponible o Inaccesible	Z753	Historia Familiar de Diabetes Mellitus	Z833



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA

ACTIVIDADES	CODIGO HIS	ACTIVIDADES	CODIGO HIS
Problemas Relacionados con otros Servicios Asistenciales no disponibles o Inaccesibles	Z754	Historia personal de complicación en embarazo parto y puerperio	Z875
Niño / Adolescente / Persona Sana	U160	Entrenamiento en Habilidades para la Vida	U1257
Formación de educadores de pares	U1253	Persona Sana que Acompaña al Enfermo	Z763
Plan de Atención de Parto	U1692	Riesgo de Abuso Físico y/o Emocional y/o Sexual	T741
Formación de Actitudes y Comportamiento para Estilos de vida positivos	U335	Abuso Sexual	T742
Aplicación de encuestas	U100	Abuso Psicológico	T743
Tamizaje de violencia	U140	Otros Síndromes de Maltrato Forma Mixta	T748
Aplicación de ficha familiar	U146	Síndrome del Maltrato no Especificado	T749
Capacitación	U124	Lesión Auto infligida Intencionalmente por Medios no Especificados, en lugar no Especifico	X849
Capacitación al personal	U1242	Lesión Auto infligida Intencionalmente por Medios no Especificados, en Vivienda	X840
Orientación Social	U128	Abuso de Sustancias que no Producen dependencia	F55X
Orientación para Padres o Tutores	U134	Elaboración de Síntomas Físicos por Causas Psicológicas	F680
Orientación Familiar	U728	Infelicidad	R452
Consulta ambulatoria primer nivel de atención	99201	Desmoralización y Apatía	R453
Visita comunitaria integral	C0011	Irritabilidad y Enojo	R454
Visita médica domiciliaria(Urbana o periurbana/rural)	99342	Hostilidad	R455
Visita familiar integral(Urbana o periurbana/rural)	99344	Problemas Relacionados con Violencia	R456
Consejería integral	99401	Bajo nivel de higiene personal	R460
Consejería en planificación familiar	99402	Apariencia Personal Extraña	R461
Consejería en alimentación y nutrición	99403	Negligencia o Abandono	T740
Consejería especial (VIH/Salud mental)	99404	Riesgo de Abuso Físico y/o Emocional y/o Sexual	T741
Entrenamiento en Comportamientos Saludables y de Autocuidado	U1254	Intento de violación	Y059
Entrenamiento en Comportamiento de Cuidado ecológico	U1255	Terapia Familiar	U1471
Entrenamiento en Cultura de Buen Trato	U1256	Redes Soporte Sociales	U1473
Psicoterapia familiar	90846	Psicoterapia individual	90806



INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

ACTIVIDADES	CODIGO HIS	ACTIVIDADES	CODIGO HIS
Taller para Municipios	C0004	Encuentro juvenil	U111
Taller para Instituciones educativas	C0005	Formulación y desarrollo de Proyectos Sociales en Salud	U104
Taller para la comunidad	C0006	Encuentros con Representantes de Organizaciones y Autoridades Locales	U116
Taller para la familia	C0007	Organización y Fortalecimiento Comités Locales de Salud	U117
Taller para personal de salud	C0008	Constitución de Comités de Salud	U1171
Taller en Salud	U122	Constitución de Comités Multisectoriales	U1172
Taller de sensibilización para abogacía y políticas públicas	U1224	Constitución de Comités de Agentes Comunitarios en Salud	U1173
Taller de Comunicación y Educación para la Salud	U1225	Control Sanitario	U413
Taller de Participación Comunitaria y Empoderamiento Grupal	U1226	Aplicación de Cuestionario	U100
Talleres psico educativos grupales	U1227	Campañas de Salud	U114
Sesión educativa	C0009	Movilización Social / Campana Educativa	U1292
Sesión demostrativa	C0010	Trabajo con Grupos Organizados de Adolescentes	U1181
Sesiones Educativas en Comunicación y Educación para la Salud	U1203	Trabajo con Lideres	U1182
Sesiones Educativas de Participación Comunitaria y empoderamiento social	U1204	Trabajo con Adolescentes que Pertenecen a Pandillas	U1183
Sesión de Entrenamiento en Habilidades Sociales	U1252	Trabajo con Promotores y Vigias	U1184
Sesión de Entrenamiento en Competencias Emocionales/Familias Fuertes	U1258	Educación con materiales impresos y magnéticos	U1295
Sesión de Intervención en Crisis	U145	Educación con materiales auditivos y visuales locales	U1296
Reunión de municipios	C0001	Educación con medios masivos	U1297
Reunión en instituciones educativas	C0002	Monitoreo	C7001
Reunión en comunidad	C0003	Supervisión	C7002
Reunión de Sensibilización	U753	Evaluación	C7003
Reunión de Comunicación y Educación para la Salud	U7532	Asistencia Técnica	C7004
Reunión de Participación Comunitaria y Empoderamiento Grupal	U7533	Fase I: Sensibilización	U754
Constitución de agentes comunitarios en salud	U1173	Fase II: Organización	U755
Constitución de comités de salud	U1171	Fase III: Planificación	U756
Constitución de comités multisectoriales	U1172	Fase III: Ejecución	U757
Encuentro con representantes de organizaciones y autoridades locales	U116	Fase V: Seguimiento y evaluación participativa	U758
Inspección sanitaria	U4152	Muestra de agua con cloro ≥ 0.5 de cloro residual U4253	U4253
Toma de muestra de agua para consumo humano	U425	Toma de muestra de agua análisis bacteriológico	U4254



Año del Buen Servicio al Ciudadano

ANEXOS N°10: PAQUETES DE ATENCIÓN SEGÚN ETAPAS DE VIDA

PAQUETE DEL RECIEN NACIDO

ACTIVIDAD	TAREA
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RN	Clampaje oportuno de cordón umbilical
	Contacto piel a piel precoz
	Lactancia materna durante de la primera hora
	Tamizaje neonatal (desde el Nivel I-4 Y Hospitales)
	Alojamiento conjunto
	Profilaxis ocular
	Administración de Vitamina K
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Hematocrito, hemoglobina, grupo sanguíneo.
	Control CRED del recién nacido
INMUNIZACIONES	Estimulación temprana
	Administración de vacunas según esquema
CONSEJERÍA	Levado de manos e higiene, signos de alarma, cuidados esenciales del recién nacido y prácticas claves: LME, estimulación temprana.
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y REFERENCIA DE MORBILIDAD PRIORITARIA	Asfixia, sepsis, prematuridad y realizar la referencia oportunamente según corresponda
SALUD MENTAL	Tamizaje de Violencia Intrafamiliar
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria según criterios de riesgo
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Consejería en visita domiciliaria, para cumplimiento del paquete
	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso de letrina y consumo de agua segura

PAQUETE DEL ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Control CRED del NIÑO (evaluación nutricional, auditiva, músculo esquelético y locomotor).
	Estimulación temprana
	Dosaje de hemoglobina
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema
SUPLEMENTACIÓN	Administración de micronutrientes: Sulfato ferroso, Vitamina A y otros según normas y protocolos
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico, instrucción de higiene oral y asesoría nutricional.
SALUD MENTAL	Tamizaje de Violencia Intrafamiliar
CONSEJERÍA	Lavado de manos, signos de alarma y prácticas claves: Alimentación y nutrición, Lactancia materna, estimulación temprana y micronutrientes.
ATENCIÓN DEL NIÑO	Atención al niño de acuerdo al daños a enfermedades prevalentes (IRA, EDA, malnutrición, y otros de acuerdo a la región.
	Atención de otras complicaciones como SOBA-Asma, etc.
	Atención de emergencia y referencia de morbilidad
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Consejería a través de la Visita domiciliaria en:
	Suplementación
	Alimentación complementaria
	Vacunas, CRED (cuando no acudio a la cita)
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Control de daños
	Consejería en visita domiciliaria en:
SESIONES	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal
	Sesión demostrativa (teórico, práctico y evaluación) y educativa a la familia

^Año del Buen Servicio al Ciudadano

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

ESTRATEGIAS SANITARIAS	CODIGO HIS	ESCENARIOS	CODIGO HIS
Muestra de agua con cloro < 0.3 de cloro residual U4251	U4251	Toma de muestra de agua análisis físico químico	U4255
Muestra de agua con cloro < 0.5 de cloro residual U4252	U4252	Vigilancia del Sistemas no convencionales, en disposición final de excretas	U404
Actividades de Saneamiento Básico	U0109	Actividades en establecimiento de salud	APP100
Actividades de Malaria	U0074	Actividades con docentes	APP144
Actividades de Dengue	U0089	Actividades con alumnos	APP145
Actividades de Bartonelosis	U0090	Actividades con padres	APP146
Actividades de Fiebre Amarilla	U0091	Actividades con HSH	APP147
Actividades de Chagas	U0092	Actividades en mujeres(madres de grupo de apoyo)	APP151
Actividades de Leishmaniosis	U0093	Actividades en gestante	APP152
Actividades de VIH-SIDA	U0064	Actividades en púerperas	APP153
Actividades de Salud Mental	U0066	Actividades con adolescente	APP141
Actividades de Zoonosis	U0088	Actividades con niños	APP140
Actividades de Salud Bucal	U0004	Actividades con familias	APP136
Actividades de Tuberculosis	U0008	Actividades con adulto	APP142
Actividades Metales Pesados	U0010	Actividades con adulto mayor	APP143
Actividades de Articulado Nutricional	U0012	Actividades con autoridades	APP150
Actividades de Materno Neonatal	U0031	Actividades en comunidad	APP108
Actividades de Chikungunya	U0075	Actividades en municipios	APP104
Actividades de Cáncer	U0086	Actividades con junta vecinales	APP91
Actividades de Salud Ocular	U0098	Actividades con agentes comunitarios	APP138
Actividades de Daños No Transmisibles	U0099	Actividades en comité multisectorial	APP96
Actividades de Equinocosis	U0114	Actividades en consejo municipal(otras organizaciones)	APP101
Actividades de Peste	U0094	Actividades en instituciones educativas(inicial, primaria y secundaria)	APP93
Actividades de Leptospirosis	U0095	Actividades en universidades	APP163
Actividades de Tifus	U0096	Actividades en centros laborales	APP154
Actividades de la ESN Salud Familiar	U0020	Actividades en club de madres	APP92
Actividades de inmunizaciones	U0009	Actividades en vaso de leche	APP97
Actividades de promoción de la salud	U0101	Vacunación canina	U6091
Actividades en ONG	U103	Actividades en piscina	APP137



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS, 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Control CRED, (evaluación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor)
	Evaluación: auditiva, visual, músculo esquelético y locomotor).
	Estimulación temprana
	Profilaxis antiparasitarias
	Descarte de parasitosis
INMUNIZACIONES	Dosaje de hemoglobina
SUPLEMENTACIÓN	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Administración de micronutrientes: Sulfato ferroso, Vitamina A y otros según normas y protocolos
SALUD MENTAL	Examen odontológico, instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades orales
CONSEJERÍA	Tamizaje de Violencia Intrafamiliar
ATENCIÓN DEL NIÑO Y DAÑOS PREVALENTES	Consejería en signos de alarma, prácticas claves para el CRED saludable: (Lactancia materna, estimulación temprana, micronutrientes, alimentación y nutrición), higiene, cuidados del medio ambiente, habilidades sociales y maltrato infantil.
	Atención al niño de acuerdo al daños prevalentes (IRA, EDA, malnutrición, SOBA-Asma, Caries dental, y otros de acuerdo a la región.
	Atención de otras complicaciones como SOBA-Asma, etc.
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Suplementación
	Alimentación complementaria
	Higiene
	Vacunas, CRED (cuando no acudio a la cita)
SESIONES	Control de daños
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Consejería en visita domiciliaria de acuerdo a las necesidades identificadas
SESIONES	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos
SESIONES	Sesión demostrativa (teórico, práctico y evaluación) y educativa a la familia

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 5 AÑO A 8 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Control CRED (evaluación: índice de masa corporal, nutricional, .Evaluación auditiva, visual, músculo esquelético y locomotor)
	Dosaje de hemoglobina
	Descarte de parasitosis
	Profilaxis antiparasitaria
	Valoración clínica y tamizaje laboratorial, de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (HTA Y DM)
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico, instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades orales.
SALUD MENTAL	Tamizaje de Violencia Intrafamiliar
CONSEJERÍA	Consejería en alimentación y nutrición saludable, prevención de accidentes, factores protectores, prevención del maltrato infantil, cuidados del medio ambiente y estilos de vida saludable
ATENCIÓN DEL NIÑO Y DAÑOS PREVALENTES	Atención al niño de acuerdo al daños prevalentes (IRA, EDA, malnutrición y otros de acuerdo a la región)
	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	CRED (Cuando no acudio a la cita)
	Control de daños
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Consejería en visita domiciliaria
	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal

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

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Control CRED con índice de masa corporal.
	Evaluación del desarrollo psicosocial
	Evaluación de la agudeza visual y auditiva
	Evaluación del desarrollo sexual según Tanner y físico postural.
	Valoración clínica y tamizaje laboratorial, de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (HTA Y DM)
	Profilaxis antiparasitaria
	Dosaje de hemoglobina
Descarte de parasitosis	
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Examen estomatológico, instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades orales.
SALUD MENTAL	Tamizaje de Violencia Intrafamiliar
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Atención de daños prevalentes según riesgo
CONSEJERÍA	Higiene, alimentación y nutrición, salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables, deberes y derechos, equidad de género, interculturalidad, habilidades sociales, manejo de emociones, viviendo en familia, proyecto de vida, violencia intrafamiliar, medidas de seguridad, salud psicosocial y autocuidado.
ATENCIÓN DEL NIÑO Y DAÑOS PREVALENTES	Atención al niño de acuerdo al daños. (IRA, EDA, malnutrición, SOBA-Asma, y otros de acuerdo a la región.
	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Seguimiento del niño, niña en riesgo psicosocial
	Vacunas
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Control de daños: enfermedades no transmisibles y transmisibles
	Consejería en visita domiciliaria en: Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal



*Año del Buen Servicio al Ciudadano

PAQUETE DEL ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 12 A 17 AÑOS

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Evaluación nutricional con índice de masa corporal
	Evaluación del desarrollo psicosocial
	Evaluación de la agudeza visual y auditiva
	Evaluación del desarrollo sexual según Tanner y físico postural
	Evaluación clínica orientada a búsqueda de patología comunes
	Tamizaje de violencia, adicciones, depresión y ansiedad.
	Valoración clínica para enfermedades no transmisibles
	Profilaxis antiparasitaria (12 a 14 años)
Acceso a métodos de planificación familiar	
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
SUPLEMENTACIÓN	Administración de sulfato ferroso y ácido fólico
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico, instrucción de higiene oral, asesoría nutricional y tratamiento de las patologías de la cavidad oral.
EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	Hemoglobina, glucosa, colesterol, triglicéridos, examen de orina, descartar de embarazo, frotis de papanicolaou o IVA (en adolescente que han iniciado la actividad sexual)
INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES CON RIESGOS	Descarte: TBC, VIH/sida, enfermedades endémicas, detección y atención de caries dental, enfermedades periodontales, mala oclusión, detección del estado de malnutrición.
CONSEJERÍA INTEGRAL	Consejería sobre factores de riesgo en prevención de cáncer, salud sexual y reproductiva, habilidades sociales, alimentación y nutrición saludable y autocuidado, Desarrollo integral, estilos de vida saludables, protección solar, primeros auxilios, enfoque ecológico, salud psicosocial, salud física
ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE CON DAÑOS PREVALENTES	Atención del adolescente de acuerdo al daños: (IRA, EDA, malnutrición, Caries dental, enfermedades no transmisibles y otros de acuerdo a la región Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Seguimiento de adolescente (a) en riesgo psicosocial
	Vacunas
	Control de daños, con factor de riesgo
	Violencia familiar, social, juvenil
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Viviendo en familia
	Consejería en visita domiciliaria en:
INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal
	Higiene personal
	Habilidades sociales
	Cuidado del medio ambiente
	Alimentación y nutrición saludable
	Desarrollo sexual en la adolescencia
	Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH - Sida
	Proyecto de vida
	Enfermedades transmisibles, según perfil epidemiológico
	Prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas



PAQUETE DEL ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL Y LA JOVEN DE 18 A 29 AÑOS

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Evaluación nutricional con índice de masa corporal
	Evaluación del desarrollo psicosocial
	Evaluación clínica orientada a búsqueda de patologías comunes
	Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: TBC, ITS, VIH/SIDA y Metaxénicas
	Tamizaje de violencia, adicciones, depresión y ansiedad.
	Valoración clínica para enfermedades no transmisibles y oncológicas
	Acceso a métodos de planificación familiar
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico, instrucción de higiene oral, asesoría nutricional y tratamiento de las patologías de la cavidad oral.
CONSEJERÍA INTEGRAL	Consejería sobre factores de riesgo en prevención de cáncer, actividad física, autocuidado, alimentación y nutrición, salud psicosocial y adicciones, salud bucal, habilidades sociales y prevención de abuso sexual y violencia basada en género
INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA JÓVENES	Problemas psicosociales, despistajes de trastornos mentales, malnutrición y problemas odontológicos
ATENCIÓN DEL Y LA JOVEN CON DAÑOS PREVALENTES	Atención del y la joven de acuerdo al daños. (IRA, TBC, ITS- VIH/Sida, malnutrición, caries dental, enfermedades no transmisibles y otros de acuerdo a la región, complicaciones al embarazo, parto y puerperio
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Seguimiento del y la joven en riesgo psicosocial
	Vacunas
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Control de daños, con factor de riesgo
	Consejería en visita domiciliaria en: Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Estilos de vida y salud, sexual y reproductiva, equidad de género, interculturalidad, derechos humanos, habilidades para la vida, autocuidado, preservación y cuidado del medio ambiente, primeros auxilios

PAQUETE DEL ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO VARON Y MUJER

ACTIVIDAD	TAREA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Evaluación nutricional con índice de masa corporal
	Evaluación del estado de salud, identificar presencia de discapacidad
	Valoración clínica para enfermedades no transmisibles y oncológicas
	Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: TBC, ITS, VIH/SIDA y Metaxénicas
	Tamizaje de violencia, adicciones, depresión y ansiedad.
	Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales
	Acceso a métodos de planificación familiar
INMUNIZACIONES	Administración de vacunas según esquema o norma vigente
CONSEJERÍA INTEGRAL	Consejería sobre salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludable, alimentación y nutrición saludable, salud bucal, maltrato y violencia física, psicológica y sexual en la familia, salud psicosocial, derechos y deberes en salud y habilidades para la vida
ATENCIÓN DEL ADULTO CON DAÑOS PREVALENTES	Atención del adulto varón y mujer de acuerdo al daños. (TBC, ITS- VIH/Sida, malnutrición, problemas odontológicas, metaxénicas y enfermedades no transmisibles y otros de acuerdo a la región
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Seguimiento del adulto varón y mujer en riesgo psicosocial
	Vacunas
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Control de daños, con factor de riesgo
	Consejería en visita domiciliaria en: Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene de salud bucal

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PAQUETE DEL ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE

ACTIVIDAD	TAREA
ATENCION PRENATAL	Atención Prenatal
	Evaluación y vigilancia nutricional
	Tamizaje de violencia familiar - tamizaje de ansiedad y depresión (SRQ)
	Paquete de exámenes auxiliares de la gestante: Sangre, hemoglobina, hematocrito, grupo y factor Rh, glicemia, Sífilis (Prueba Rápida ó RPR), VIH (Prueba Rápida ó ELISA), Examen Completo de Orina, proteinuria.
	Suplementación con Acido Fólico
	Suplementación con Sulfato Ferroso + Acido Fólico
	Suplementación con Calcio
	Toma de PAP / IVAA
	Ecografía Obstétrica
	Monitoreo electrónico materno fetal
	Sesiones de Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal
	Plan de Parto
	Visita Domiciliaria
INMUNIZACIONES	DT, influenza
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	Atención odontológica Detección y eliminación de placa bacteriana
CONSEJERÍA	Consejería nutricional, salud sexual y reproductiva y PP FF., signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, lactancia materna, cuidados del RN, deberes y derechos en salud
PARTO	Atención del Parto Normal
PUERPERIO	Atención del Puerperio Normal
	Suplementación con micronutrientes y Vitamina A
	Consejería en Planificación Familiar
	Acceso a métodos de Planificación Familiar
ATENCIÓN DE DAÑOS	Atención de complicaciones y morbilidades obstétricas
	Atención de daños o referencia de problemas odontológicos, TBC, ITS, melaxenicas, malnutrición, etc. No transmisibles, transmisibles
	Atención de Emergencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y REFERENCIA DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	Referencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, según capacidad resolutoria
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA GESTANTE	Realizar la identificación, notificación y seguimiento oportuno según riesgo (Signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio)
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Consejería a través de Visita domiciliaria
	Atención prenatal, plan de parto
	Vacunas
	Consejería Nutricional, Consumo de los micronutrientes
	Signos de alarma de embarazo, parto y puerperio
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Control de daños, con factor de riesgo
	Consejería en visita domiciliaria
	Plan de Parto
	Plan familiar para la atención a la gestante (diagnóstico, priorización de problemas, tablero de compromisos, evaluación)
SESIONES	Verificación de saneamiento intradomiciliario: limpieza de la vivienda, uso y manejo de letrina y consumo de agua segura, lavado de manos, higiene personal
	Sesión demostrativa (teórica, práctica y evaluación) y educativas



Año del Buen Servicio al Ciudadano

PAQUETE DEL ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR de 60 a mas

ACTIVIDAD	TAREA
ATENCIÓN INTEGRAL	Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles
	Neoplasias (Piel, Estomago, Prostata, Utero, Mama, Colon y hasta leucemia), como prioridad
	Hipertensión
	Diabetes y dislipidemias
	Depresión y demencia
	Enfermedades degenerativas (Artritis reumatoidea, Artrosis, Osteoporosis, etc)
	Tamizaje de cataratas
	Evaluación odontológica
	Identificación de enfermedades transmisibles
	TBC, ITS y metaxenicas
INMUNIZACIONES	Determinación de funcionalidad
	Identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato) VACAM
CONSEJERÍA INTEGRAL	Identificación de síndrome y principales problemas genátricos
	Administración de vacunas según normatividad
EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	Educación en estilos de vida saludables (actividad física, alimentación e higiene), cancer, diabetes, hipertensión, etc. Material adecuado educativo elaborado a la realidad de la zona
	Glucosa, colesterol, triglicéridos, Cancer y otros
ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DAÑOS	Atención al adulto mayor (TBC, ITS-VIH, Metaxenicas, Malnutrición, problemas odontológicos, HTA, Diabetes, otros), según categoría del EE.SS
	Atención de emergencia y referencia de morbilidad prioritaria
VIGILANCIA DE RIESGOS Y DAÑOS PREVALENTES	Realizar la identificación y notificación oportuna según normatividad
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL	Visita domiciliaria, a través de Consejería:
	Adulto mayor postrado, con discapacidad que impide ir al EE.SS
	Cuando no acude a su control
VISITA FAMILIAR INTEGRAL	Cuando no acude a su vacunación
	Consejería en visita domiciliaria en:
	Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación e higiene)
	Deberes y derechos en salud
	Habilidades para la vida
	Problemas Psicosociales

PAQUETE DEL ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL COMUNIDAD

ACTIVIDAD	TAREA
VIVIENDA	Sesiones educativas: Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación e higiene, cuidado del ambiente)
	Sesiones demostrativas
COMUNIDAD	Fortalecimiento de capacidades a:
	Agentes comunitarios
	Representantes de gobiernos locales, actores sociales y otros
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Desarrollo de los ejes temáticos
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y ARTICULACIÓN MULTISECTORIAL	Vigilancia comunitaria: CODECOS, JUNTAS VECINALES, ETC
	Trabajo con agentes comunitarios de salud.
	Trabajo con organizaciones de base.
	Trabajo con autoridades locales
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN SEGÚN PRIORIDAD Y DAÑO, TENIENDO EN CUENTA LA INTERCULTURALIDAD	Trabajo con actores sociales: educación, gobiernos locales, y otros
	Radio, TV
	Pasacalles
	Medios impresos
	Materiales en zonas de riesgo

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

ANEXO N° 11: FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS

FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS - FAC

1. FECHA			2. HORA DE ATENCIÓN	3. NUMERO DE FORMATO			4. SERVICIO	5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
DIA	MES	AÑO		06	16			RENAES	NOMBRE		
6. PERSONAL ADSCRITO A:											
1	El Mismo EESS	4	DIRESA	7	OFT. Cruzada	7. ESCENARIOS					
2	Micro RED	5	MINSA	8	COOP Externos	1	Vivienda Familiar	3	Comunidad	5	Otros
3	RED	6	INT.NERANTE/AISPED	9	Otros	2	Inst. Educativa	4	Municipio		
8. ACTIVIDAD			9. ACTIVIDAD			10. ACTIVIDAD			11. ACTIVIDAD		
1	Control de Calidad	6	Reunión de Elab. De Plan.	11	Sesión de Grupo	16	Taller de Sensibilización	25	Visita de Coordina		
2	Mobilización Social	7	Reunión de Monitoreo	12	Sesión Demostrativa	17	Taller de Socialización	26	Visita de Seguimien		
3	Reunión de Cooperación	8	Reunión Técnica	13	Sesión Educativa	18	Vigilancia Comunal	27	Otros		
4	Reunión de Evaluación	9	Reunión de Abogacía	14	Taller de Capacitación	19	Vigilancia Calidad de Agua				
5	Reunión/Concertación	10	Sesión de Consejería	15	Taller de Abogacía	20	Visita de Anál. Técnica				
10. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS											
N°	TIPO DOC. IDENTIDAD	N° DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO			SEXO	TIPO DE SEGURO	OBSERVACIONES			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
11. RESPONSABLES QUE INTERVIENEN EN LA ACTIVIDAD PROMOCIONAL											
N°	N° DNI/CE	APELLIDOS Y NOMBRES				CARGO					
a											
b											
c											



Firma y Sello Responsable de la atención Firma y Sello Responsable del EESS Firma y Huella Digital Representante de beneficiarios

CÓDIGOS DE REGISTRO DEL FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS (FAC)

CODIGO	ACTIVIDAD
3033251	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
3033249	Comunidades Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3000609	Comunidad accede a agua para el consumo humano.
3000733	Población Informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil.
3033250	Instituciones Educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
3000608	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos
3033248	Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
3043952	Familia con prácticas saludables para la prevención de vih/sida y tuberculosis
3043954	Agentes comunitarios promueven practicas saludables para prevención de VIH SIDA y tuberculosis
3043958	Población informada sobre usos correcto de condón para prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA
3043960	Población Adolescente informada sobre ITS, VIH/SIDA
3043953	Instituciones educativas promueven practicas saludables para la prevención de VIH SIDA y tuberculosis

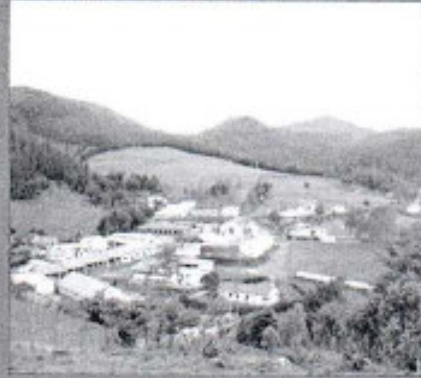


"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

ANEXO N° 12: LIBRO DEL SECTORISTA



LIBRO DEL SECTORISTA



RED

MICRORED

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NOMBRE DE LA COMUNIDAD O SECTOR

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SECTOR



2. CROQUIS DE LA COMUNIDAD



LEYENDA:

3. ORGANIZACIÓN DE MI COMUNIDAD

FECHA																
JUNTA VECINAL Y/O COMITE	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Cuenta con Junta Vecinal Organizada u otro comité																
El Comité comunal cuenta con Diagnostico Comunal																
El Comité comunal cuenta con Plan Comunal																
El Comité ha realizado la Evaluación del Plan Comunal																
ORGANIZACIÓN PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
El Comité cuenta con medios de transporte identificados																
Se cuenta con una sistema de comunicación rápida: teléfono, radio, silbato, megáfono, etc.																
El Comité cuenta con equipo mínimo para evacuación																
El Comité realiza la vigilancia Comunal																
ENTORNOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
El Comité de Salud, promueve la disposición de lugares adecuados para la eliminación de la basura																
La JASS, realiza la vigilancia del consumo de agua segura																
El Comité de Salud, promueve la realización de actividades para disminución los riesgos identificados en la comunidad.																

4. DIRECTORIO DE LA JUNTA VECINAL Y/O COMITÉ DE SALUD



JUNTA VECINAL Y/O COMITÉ DE SALUD						
Nº	Nombres y Apellidos de los Integrantes	Cargo	Dirección y/o Referencia	Nº DNI	Nº de Celular	Días de Reunión

5. DIRECTORIO DE LOS ACS:



AGENTES COMUNITARIOS									
Nº	Nombres y Apellidos de los Agentes Comunitarios	Nº de DNI	Promotor	Partera	Otros Tipos de ACS	Dirección y/o Referencia	Nº de Celular	Cuenta con SIS?	Tiempo en el Cargo

6. AUTORIDADES Y LÍDERES DE LA COMUNIDAD: Teniente Gobernador, Agente Municipal, Juez de paz, representantes de organizaciones de la comunidad, JASS, etc.



Nº	Nombres y Apellidos	Dirección (lugar referencial de su domicilio dentro de la comunidad)	Actividades que realizan	Lugar donde se reúnen con la comunidad y fecha



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

7. INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES EXTERNAS QUE TRABAJAN EN LA COMUNIDAD (ONG, Programas sociales, Proyectos, otros)

N°	Nombre de la Institución, Organización o Programas Sociales	Nombre del Responsable de la Organización (local)	Actividad que realiza	Lugar donde se reúnen con la Comunidad y fecha	Número y tipo de beneficiarios

8. INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Instituciones Educativas	N° de Docentes	N° Alumnos		Cuentan con Servicio de Agua		Cuentan con Servicios Higiénicos		Cuentan con Micro Relleno Sanitario		Resultados de Evaluación de Logros (años)				
		Hombres	Mujeres	Si	No	Si	No	Si	No	2017	2018	2019	2020	2021
Inicial														
Primaria														
Secundaria														
Especial														

9. NUESTRA POBLACION

Año _____ N° Total de Familias _____ N° de Fam. Con niños < de 36 meses _____ N° de Fam. Con Gestantes _____

Edad/ Sexo	< 1 año		1 año		2 años		3 años		4 años		5 a 8 años		9 a 11 años		12 a 14 años		15 a 17 años		18 a 29 años		30 a 39 años		40 a 64 años		65 a mas		TOTAL	MEF	Gestante	Recién nacido
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
Total																														
Afiliados al SIS																														
Cuenta con DNI																														
Total																														

10. NUESTRAS FAMILIAS: (Censo Familiar)

Año	N° F.F	Nombres y Apellidos de los Integrantes de la Familia	DNI	Dirección	Integrantes							Tipo de Seguro (SIS, EsSalud,	Beneficiarios de Prog. Sociales SI/NO	Paquete de Atención Integral Completo	Riesgo Individual
					Niño < 36 meses	Niño (3 a 11 años)	Adolescente	Joven	Adulto Hombre y Mujer	Adulto Mayor	Gestante				

II.- ACTIVIDADES QUE DESARROLLO EN MI COMUNIDAD

1. TRABAJO CON LOS RIESGOS INDIVIDUALES

N°	Año	N° F.F.	Nombres y Apellidos de los integrantes de la Familia	DNI	Riego Individual	Etapas y Edad	Tipo de Riesgo por el cual realiza la Intervención	Fecha de Intervención para Disminuir los Riesgos							Fecha de Reversión de Riesgos	
								1° visita	2° visita	3° visita	4° visita	5° visita	6° visita	7° visita		

2. TRABAJO CON JUNTAS VECINALES, AGENTES COMUNITARIOS Y LÍDERES COMUNALES Y /LOCALES



FECHA	¿CON QUIENES TRABAJARÉ?	AGENDA A TRATAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	ACUERDOS Y COMPROMISOS	OBSERVACION (DESCRIBIR SI CUMPLIO O NO LA ACTIVIDAD)

3. TRABAJO CON LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS:



FECHA	¿CON QUIENES TRABAJARÉ?	AGENDA A TRATAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	ACUERDOS Y COMPROMISOS	OBSERVACION (DESCRIBIR SI CUMPLIO O NO LA ACTIVIDAD)

4. TRABAJO CON LAS FAMILIAS DE MI COMUNIDAD



N°	FICHA FAMILIAR	APELLIDOS DE LAS FAMILIAS	FAMILIA INTERVENIDAS CON:							VISITA DOMICILIARIA: Fechas de Visitas para ejecución del Plan Familiar, monitoreo y Seguimiento de Acuerdos														
			Niño (<3 a)	Niño (3*11a)	Gestante	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor	Riesgo Familiar	Riesgo Entorno	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	Fecha VISITA(TA)			



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL LIBRO DEL SECTORISTA

El Libro del sectorista es instrumento de trabajo que nos permitirá conocer la realidad local, en la que trabajamos y registrar todas actividades que se realicen en la comunidad que está bajo nuestra responsabilidad; por lo tanto es importante contar con toda la información debidamente actualizada. Consta de los siguientes ítems:

I. INFORMACION GENERAL:

1. Ubicación de la Comunidad y/o sector:

- **RED:** Colocar el nombre de la Red de Salud.
- **MICRORRED:** Colocar el nombre de la Micro red a la cual pertenece la comunidad o sector
- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** Colocar el nombre del EESS al cual pertenece la comunidad o sector
- **Nombre de la comunidad y/o sector:** Colocar el nombre de la comunidad o sector.
- **Nombre del responsable del sector:** Colocar el nombre del personal de salud responsable de la comunidad o sector

2. Croquis:

Dibujar con la ayuda de los agentes comunitarios y autoridades locales el croquis de la comunidad, considerando lo siguiente: centro de vigilancia, casa comunal, instituciones educativas, Juntas vecinales, juntas administradoras de servicios de agua y saneamiento, Iglesias, agentes comunitarios, ríos, quebradas, caminos de herradura, puentes, etc., que nos permitirá orientarnos en la comunidad para poder realizar las actividades de seguimiento a las familias, para lo cual usaremos pequeños dibujos o símbolos y los colocaremos en la leyenda para poder orientarnos mejor.
Así mismo con lápiz mapear la ubicación de las familias con gestantes, niños y otro riesgo, según símbolos establecidos de acuerdo a su realidad.

3. Organización de mi comunidad:

Identificar las organizaciones con la que cuenta la comunidad y/o sector y la forma como se organizan para enfrentar situaciones de emergencia y en acuerdo con el sectorista se plantearan las intervenciones. Estos datos se actualizan cada año.

- Fecha: Fecha de actualización de o llenado del libro.
- Junta vecinal o Comité: Colocar SÍ o NO según los ítems descritos.
- Organización para situaciones de emergencia: Colocar SI o NO según los ítems descritos.
- Entornos y estilos de vida saludables: Considerar SI o NO, según los ítems descritos.

4. Directorio de la Junta Vecinal y/o Comité de Salud:

Identificar a los integrantes de comités de salud en la comunidad, con la finalidad de planificar las actividades según el diagnóstico participativo de la comunidad realizado. En este rubro se debe indicar lo siguiente:

- **Nº.-** Colocar el número de orden correlativo
- **Nombres y apellidos** de los integrantes de la Junta vecinal
- **Cargo:** Colocar el cargo que desempeña dentro de la Junta Vecinal ejemplo presidente, secretario, etc.
- **Dirección:** Colocar la dirección de la vivienda de cada integrante de la junta indicando AV, Jr, Calle y/o referencia.
- **DNI:** Colocar el número de DNI de cada integrantes de la Junta vecinal y /o comité.
- **Nº de Celular:** Colocar el N° de celular o teléfono fijo del integrante de la junta Vecinal.
- **Días de reunión:** colocar los días que normalmente se reúnen o se van a reunir, lo que nos permitirá planificar las actividades en la comunidad.

5. **Directorio de Agentes comunitarios de salud:** Identificar a los agentes comunales como nexos para las intervenciones de salud en la comunidad. En este rubro se debe indicar lo siguiente:
- **Nº.-** Colocar el número de orden correlativo
 - **Nombres y apellidos:** colocar los datos del agente comunitario de salud.
 - **DNI:** Colocar el número de DNI.
 - **Promotor, partera, otro tipo de agente comunitario (huesero, curandero, otros):** Marcar con una X según corresponda.
 - **Dirección y/o referencia:** Colocar la dirección de la vivienda de cada agente comunitario: AV, Jr, Calle y/o referencia.
 - **Nº de Celular:** Colocar el número celular o teléfono fijo del Agente comunitario.
 - **Cuenta con SIS:** Colocar Si o No, con la finalidad de afiliarlo.
 - **Tiempo en el cargo:** colocar el tiempo que tiene como Agente comunitario trabajando por la salud de su comunidad (consignar años y meses ejemplo 10 años 4 meses, etc.)
6. **Autoridades y líderes de la comunidad:** Considerar a todas las autoridades y líderes de la comunidad: Teniente Gobernador, Agente Municipal, Juez de paz, representantes de organizaciones de la comunidad, JASS, etc.; que conducen el destino de la comunidad desde sus diferentes espacios de intervención.
- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
 - **Nombres y Apellidos:** anotar nombres y apellidos completos de cada líder o autoridad.
 - **Dirección:** Anotar la dirección de su domicilio o un lugar de referencia que nos permita ubicarlo con mayor facilidad.
 - **Actividades que realizan:** Describir la o las actividades principales que realiza en la comunidad.
 - **Lugar donde se reúnen con la comunidad y fecha:** Indicar aquellos espacios o momentos en los que las autoridades o líderes comunitarios interactúan con la comunidad, indicando además las fechas en las que se reúnen a fin de coordinar las actividades de salud.
7. **Instituciones, organizaciones externas que trabajan en la comunidad:** Indicar las instituciones externas que apoyan en la comunidad, como proyectos, ONG, otros; a fin de coordinar las actividades de salud en la comunidad.
- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
 - **Nombre de la Institución u organización, programas:** Colocar el nombre de la institución externa, proyecto, ONG que trabaja en la comunidad.
 - **Nombre del responsable de la organización (local):** Escribir los nombres y apellidos completos del responsable de la Institución externa que trabaja en la comunidad.
 - **Actividades que realizan:** Describir la o las actividades principales que realiza la organización a favor de la comunidad.
 - **Lugar donde se reúnen con la comunidad y fecha:** Indicar el lugar y fecha de la reunión.
 - **Número y tipo de beneficiarios:** Colocar el número de personas beneficiarias del programa y el grupo etario de los beneficiarios. Ejm: 25 madres con niños menores de 36 meses, etc.
8. **Instituciones educativas:** El trabajo con las instituciones educativas, es importante para promover estilos de vida y comportamientos saludables en los alumnos, docentes y padres de familia.
- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
 - **Instituciones educativas:** Consignar el nivel que corresponda inicial, primaria y secundaria.
 - **Nº docentes:** Anotar el total de profesores con los que cuenta la institución educativa.
 - **Nº Alumnos:** Colocar el número de alumnos, por nivel y sexo.
 - **Cuentan con servicio de abastecimiento de agua:** Indicar Si o No de acuerdo con lo evidenciado.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- **Cuentan con Servicios Higiénicos Operativos:** Indicar Si o No de acuerdo con lo evidenciado y si estos están operativos.
 - **Cuentan con micro relleno sanitario:** Indicar Si o No de acuerdo con lo evidenciado en comunidad y en zona urbana considerar el almacenamiento adecuado de la basura para ser recogido por el carro recolector de basura.
 - **Resultados de Evaluación de Logros:** Se colocara el nivel de logro alcanzado por la institución educativa el año anterior (Inicio, Proceso, logro destacado y logro previsto)
9. **Nuestra población:** Se considera los datos obtenidos a través del Censo a la comunidad y/o sector por grupo etareo y se debe actualizar cada año.
- **Edad/Sexo:** Colocar el número de población teniendo en cuenta el grupo etareo y el sexo.
 - **Afiliados al SIS:** Colocar la cantidad de población afiliada al SIS por grupo etareo y sexo.
 - **Cuenta con DNI:** Colocar la cantidad de personas que tienen DNI o CUI por grupo etareo y sexo.
 - **Total:** Colocar el total de población por grupo etareo y sexo.
 - **MEF:** Colocar el número de mujeres en edad fértil que hay en la comunidad o sector a la fecha del censo o diagnóstico comunal.
 - **Gestante:** Colocara la cantidad de gestantes que hay en la comunidad.
 - **Recién nacido:** Colocar la cantidad de recién nacidos que hay en la comunidad o sector.
10. **Nuestras familias:** Se consolida los datos obtenidos a través del Censo a las familias que viven en la comunidad y/o sector.
- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
 - **Año:** Colocar el año que se consigna la información.
 - **Nº ficha familiar:** Colocar el número de la ficha familiar
 - **Nombres y apellidos de los integrantes de la familia:** Colocar los nombres y apellidos de cada integrante de la familia.
 - **DNI:** Colocar el DNI o CUI de cada integrante de la familia.
 - **Dirección:** Colocar la dirección de la vivienda, indicar: AV, Jr, Calle y/o referencia.
 - **Integrantes:** Marcar con una aspa "x" la condición a la que pertenece cada integrante de la familia.
 - **Tipo de seguro:** Colocar el tipo de seguro que tiene cada integrante de la familia (SIS, Es Salud, Otros).
 - **Programas Sociales que benefician a la familia:** colocar el nombre del programa social al que es beneficiario.
 - **Paquete de atención integral completo (sí, no):** Colocar la palabra "Si", cuando el integrante de la familia tiene su paquete de atención integral de acuerdo a la edad y al momento que se aplica el censo; y la palabra "No" cuando no tiene paquete de atención integral. Esto me servirá para realizar el diagnóstico y plan comunal.
 - **Riesgo Individual:** Anotar el riesgo individual que se encuentra cada integrante de la familia al momento del censo o diagnóstico familiar.
- II. **ACTIVIDADES QUE DESARROLLO EN MI COMUNIDAD:** Se registrará todas las actividades que se realizaran en los diferentes escenarios: Comunidad, Instituciones educativas y Familias.
1. **Trabajo con los riesgos individuales:** Se registrarán las actividades que se desarrollaran con los integrantes de la familia identificados con algún riesgo individual:
- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
 - **Año:** Colocar el año de intervención
 - **Nº Ficha Familiar:** Anotar el número de la ficha familiar.
 - **Nombres y apellidos de los integrantes de la familia:** Registrar los apellidos y nombres de los integrantes de la familia identificados con algún tipo de riesgo.
 - **DNI:** Colocar el DNI o CUI de cada integrante de la familia
 - **Riesgo individual:** Colocar el tipo de riesgo individual (Bajo, mediano y alto riesgo).



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

- **Etapas y Edad:** Colocar la etapa de vida a la que pertenece el integrante de la familia y su edad correspondiente.
- **Tipo de riesgo por el cual realiza intervención:** Colocar el tipo de riesgo por el cual se prioriza la atención al integrante de la familia.
- **Fecha de intervención para disminuir los riesgos:** Colocar la fecha de intervención según corresponda.
- **Fecha de Reversión de Riesgo:** colocar la fecha en la que se revirtió el riesgo individual identificado.

2. **Trabajo con juntas vecinales, agentes comunitarios y líderes locales:** Se registrarán las reuniones con juntas vecinales (Abogacía/ Organización, Planificación participativa, Monitoreo y evaluación) y las capacitación a las juntas vecinales y agentes comunitarios de salud en los diferentes estrategias sanitarias según perfil epidemiológico de la comunidad.

- **Fecha:** Se colocara la fecha de la actividad.
- **¿Con quienes trabajaré?** Colocar con quien se realizará la actividad programada; ejemplo: Junta vecinal, ACS, etc.
- **Agenda a tratar:** Colocar el motivo: reunión (ejemplo reunión de planificación participativa, etc.) o capacitación (ejemplo taller de capacitación a los ACS en sesiones demostrativas, etc.)
- **Nº de participantes:** Colocar el número de participantes al evento.
- **Acuerdos y compromisos:** Describir el acuerdo o compromiso de la reunión o capacitación.
- **Observación:** Se describirá si cumplió o no la actividad.

3. **Trabajo con las instituciones educativas:** Registrar las reuniones con las Instituciones educativas (Abogacía, Planificación, Asistencia técnica, Monitoreo y aplicación de matriz de logros) y las capacitación a los docentes y APAFAS en las diferentes estrategias sanitarias y según perfil epidemiológico de la comunidad.

- **Fecha:** Se colocara la fecha de la actividad.
- **¿Con quienes trabajaré?** Colocar con quien se realizará la actividad programada; ejemplo: Docentes, APAFAS, CONEIS, etc.
- **Agenda a tratar:** Colocar el motivo: reunión (ejemplo reunión de asistencia técnica, etc.) o capacitación (ejemplo taller de capacitación a los docentes en convivencia saludable, etc.)
- **Nº de participantes:** Colocar el número de participantes al evento.
- **Acuerdos y compromisos:** Describir el acuerdo o compromiso de la reunión o capacitación.
- **Observación:** Se describirá si cumplió o no la actividad.

4. **Trabajo con las familias de mi comunidad:** Registrar las actividades que se desarrollaran con la familia:

- **Nº:** Colocar el número de orden correlativo.
- **Nº Ficha Familiar:** Anotar el número de la ficha familiar.
- **Apellidos de la Familia:** Registrar los apellidos de la familia Ejemplo familia Vilchez Silva
- **Familias intervenidas:** Colocar el motivo de intervención según etapas de vida y riesgo familiar o individual encontrado.
- **Visita Domiciliaria:** Se colocara la fecha de la visita según corresponda.

