

Resolución Directoral

Lima, 03 MAR. 2014

VISTO:

HMO Nº 000423, contiendo el Informe Nº 037-OEPE-HEP-2014, de fecha 27 de febrero de 2014, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, HMO Nº 002406, que adjunta el Informe Nº 097-2013-OGC-HEP, de fecha 27 de diciembre de 2013, emitido por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.

CONSIDERANDO:



Que, de conformidad con la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, es 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, con arreglo a principios de equidad;

R. VEGA

C. Que, de conformidad con el inciso b) del Artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, el Director Médico del Establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;



Que, con la Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, de fecha 11 de julio de 2011, se aprobaron las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual es de observancia obligatoria de todas las Direcciones Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

M. MARTINEZ



Que, con la Resolución Ministerial Nº 464-2011/MINSA, de fecha 14 de junio de 2011, se aprobó el Documento Técnico de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad, en el cual establece que la atención de Salud debe ser un procesos continuo que centra su atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus derechos en salud, poniendo énfasis en la promoción y prevención y reorientando los servicios de salud hacia una atención personalizada, digna, de calidad y con base en los principios de la salud familiar y comunitaria y las garantías explícitas del Aseguramiento Universal en Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA, de fecha 01 de junio de 2005, se aprobó la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V01, "Norma Técnica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", la cual es de aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud;

Que, de conformidad con el Plan Estratégico Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas para el período 2012-2016, aprobado con la Resolución Directoral Nº 172-2011-HEP/MINSA, de fecha 03 de

agosto de 2011, "Somos una organización especializada en la atención integral de las emergencias y urgencias en la población pediátrica, comprometidos con su recuperación y satisfacción de la familia, contando con personal competente e innovador que garantiza una alta capacidad de respuesta";

Que, con el documento de vistos, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que la Guía Técnica Para Operativizar el Modelo de Atención Integral de Salud en el Hospital de Emergencias Pediátricas Nivel III-E, formulado por la Oficina de Gestión de la Calidad se encuentra dentro del marco de los precitados dispositivos legales y se articula con el Plan Operativo Anual 2014 y el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, recomendando su aprobación;

Que, en tal sentido es pertinente emitir la presente resolución:

Con la opinión favorable de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación del Jefe del Departamento Médico Quirúrgico y de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas, en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 428-2007-MINSA y Resoluciones Ministeriales N° 479-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la "Guía Técnica Para Operativizar el Modelo de Atención Integral de Salud en el Hospital de Emergencias Pediátricas Nivel III-E", que consta de diez (10) numerales, en un total de veinticinco (25) páginas y forma parte integrante de la presente resolución;

ARTÍCULO SEGUNDO: La Oficina de Gestión de la Calidad, monitoreara y evaluará el cumplimiento de las mencionada Guía Técnica aprobada en el artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO: Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente Resolución

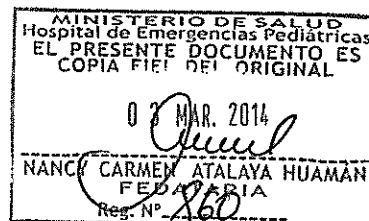
ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal de Transparencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Regístrese y comuníquese.

CABIM/RNVC

c.c.

- OEPE
- Ofic. de Gestión de la Calidad.
- Departamentos
- OAJ.
- El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia HEP
- Archivo



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
Dr. CARLOS A. BADA MANCILLA
C.M.P. 132716
DIRECTOR GENERAL

GUIA TÉCNICA PARA OPERATIVIZAR EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

I. Finalidad

Garantizar la aplicación del modelo de atención integral en las prestaciones de salud que desarrolla el Hospital de Emergencias Pediátricas.

II. Objetivo

2.1. Objetivo General

Establecer los procedimientos para la atención integral de los pacientes que son atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

2.2. Objetivos Específicos

- Establecer los procedimientos para la atención integral de recién nacido.
- Establecer los procedimientos para la atención integral del niño.
- Establecer los procedimientos para la atención integral del adolescente.

III. Ámbito de Aplicación

La presente guía técnica es de aplicación de todas las unidades orgánicas del hospital, asistenciales y administrativas.

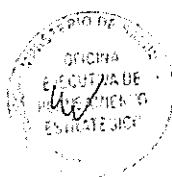
IV. Procedimientos a estandarizar

4.1. Atención Integral del Recién Nacido

Se refiere a la atención del recién nacido de 1 hora de vida hasta los 28 días, quien es traído en condición crítica o semicrítica. Puede ser traído por sus padres o tutores legales desde su domicilio o referido desde los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional, públicos o privados. El recién nacido puede ser recibido y atendido en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios y Hospitalización, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención al Recién Nacido puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística



N. MARTINEZ J

y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

4.2. Atención Integral del Niño de 29 días a 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del niño de 29 días hasta los 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

4.3. Atención Integral del Niño de 1 año a 4 años 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del niño de 1 año hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector, y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

4.4. Atención Integral del Niño de 5 años a 8 años 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del niño de 5 años hasta los 8 años, 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector, y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica,



Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

La atención puede requerir del apoyo de los servicios de Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

4.5. Atención Integral del Niño de 9 años a 11 años 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del niño de 9 años hasta los 11 años, 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector, y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

Atención Integral del Adolescente de 12 a 14 años 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del adolescente de 12 años hasta los 14 años, 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector, y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

Atención Integral del Adolescente de 15 años a 17 años, 11 meses y 29 días

Se refiere a la atención del adolescente de 15 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, quien llega al hospital traído por sus padres o tutores legales o que es referido al hospital



desde los diferentes establecimientos de salud públicos o privados del sector, y cuya atención puede ser en Emergencia, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Hospitalización y Consulta de Urgencia, en las especialidades de Medicina Pediátrica, Neumología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía y Traumatología.

Adicionalmente, la atención puede requerir del apoyo de los servicios de Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

Los trámites administrativos que se requieran para garantizar la continuidad de la atención del paciente son responsabilidad de las Oficinas de Seguros, Economía, Logística y de Estadística e Informática, así como del área de Referencia y Contrarreferencia del hospital (Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia).

V. Consideraciones Generales

5.1. Conceptos Básicos

5.1.1. Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad

El modelo de atención integral de salud. (MAIS) es el marco conceptual de referencia con el que se define el conjunto de políticas, componentes, 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 (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población), Ellos orientan los términos bajo los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país.

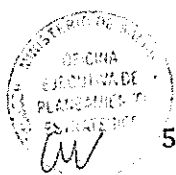
El modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) concibe las acciones de atención de salud en función de las siguientes definiciones:

- a) Los espacios-objetivo de intervención son: la persona, la familia y la comunidad.
- b) Las situaciones-objeto de intervención son las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud.
- c) Las dimensiones del abordaje de la atención de salud son la dimensión de gobierno y la dimensión operativa.

5.1.2. Determinantes Sociales de la Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud¹, considera que los factores estructurales y las circunstancias de vida constituyen los determinantes sociales de la

¹ Constituida en el año 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



salud, y son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

En conjunto, el contexto y los factores determinantes estructurales constituyen los Determinantes Sociales de las inequidades en salud. Ver Figura N° 1, tomada de la RM N°464-2011/MINSA, Documento Técnico Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, de acuerdo a este documento:

o El "contexto socio económico y político", incluye todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, como: el mercado laboral, el sistema educativo las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales.

o Los determinantes estructurales tienen su origen en las instituciones y mecanismos clave del contexto socioeconómico y político, Los estratificadores estructurales más importantes y sus responsables más cercanos son: Ingresos, Educación, Ocupación, Clase Social, Género y Raza I Etnia.

o Los determinantes sociales subyacentes de inequidades en salud operan a través de un conjunto de los determinantes intermediarios de salud para formar resultados en la salud de la población

Las categorías principales de los determinantes intermediarios de salud son: las condiciones materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y/o biológicos, y el propio sistema de salud como un determinante social.

Adicionalmente, en el mismo documento se indica que tanto la realidad socioeconómica de la población como el rol del Estado respecto a la salud en el país, influyen en los Determinantes Sociales de la Salud, y éstas definen la Situación de Salud de la población. Ver Figura N° 2.

Figura N° 1

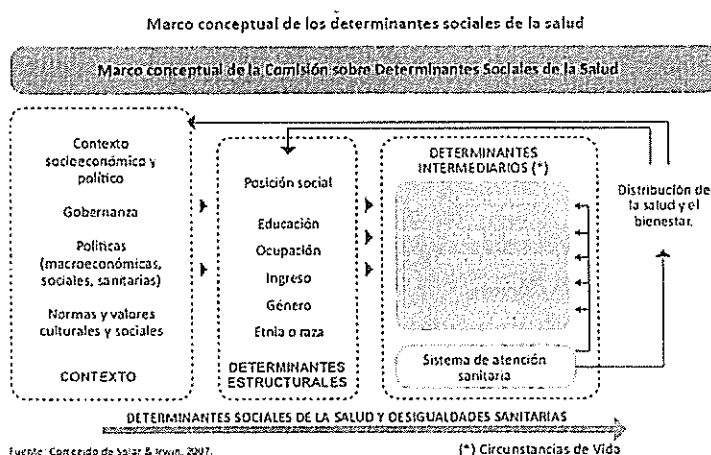
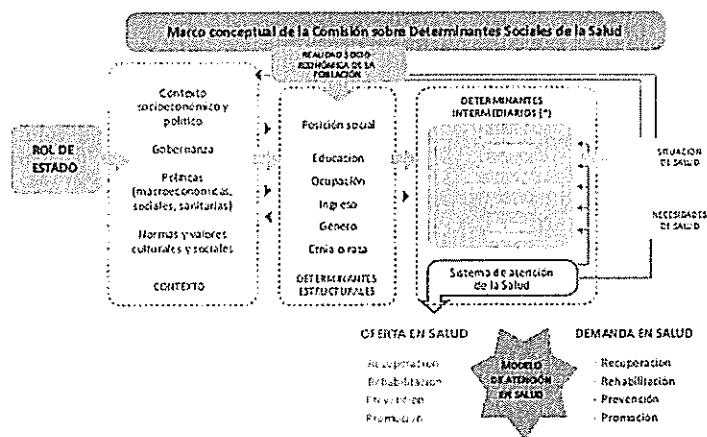


Figura N° 2

Influencia del rol del Estado y de la realidad socioeconómica de la población en los determinantes sociales de la salud y su efecto final en la oferta y la demanda de salud



5.1.3. Dimensiones

- **Dimensión de Gobierno**, representada por la gestión e implementación de políticas, programas y planes a cargo de los niveles nacional, regional y local.
- **Dimensión Operativa**, representada por los establecimientos de salud, dependencias públicas y privadas, así como las organizaciones sociales.

5.1.4. Enfoques

Los enfoques del Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad son:

- **El Enfoque de Derechos Humanos**

El enfoque de derechos humanos se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación en la atención de salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objetivo, o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad de derecho a la salud.

Las normas de atención de salud vigentes reconocen que la discriminación por motivo de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud, lo que lleva a que sean los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación; los que llevan el peso de mala salud. De allí surge la obligación de velar porque los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles en particular a estos grupos en estado de vulnerabilidad, sin que esto reemplace el principio de universalidad por el de focalización.

Según esta lógica se han identificado como grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos, las mujeres, las niñas y niños pobres de los grupos andinos y amazónicos que viven en zonas rurales así como los grupos étnico-culturales.

El enfoque de derecho implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud, la no discriminación, la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos y priorice a las poblaciones más vulnerables.

- **El Enfoque de Equidad de Género.**

El enfoque de equidad de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todo ello influye en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales; por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad.

Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de éste.

Mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas sanitarias distintas no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalentes, lo que no impide el proceso social por la igualdad. En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes. Para modificar la inequidad de género que afecta la salud integral y el desarrollo humano se deben adoptar, entre otras, las siguientes medidas:

- Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemática específica de mujeres y varones como grupos diferenciados.
- Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo con las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.
- Distribuir justas y equitativas responsabilidades, poder y beneficio entre mujeres y varones en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud.
- Asegurar la participación equitativa de mujeres y varones en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud.



N. MARTÍNEZ J.

- **El Enfoque de Interculturalidad.**

Una política o enfoque intercultural en salud es un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud; es la comunicación intercultural que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social.

Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico culturales.

- **El Enfoque de Territorialidad**

Locales: estos asumen responsabilidades compartidas en la prestación de bienes y servicios públicos. El Estado es la institución que norma y organiza la convivencia de una colectividad y sus formas de gobierno en su territorio nacional.

Para la organización de la prestación en un enfoque territorial, se consideran los siguientes elementos:

a) Las redes de salud deben brindar atención integral de salud basado en familia y comunidad con énfasis en la prevención y promoción, y la articulación funcional debe considerar todos los prestadores y financiadores presentes en el ámbito geo-socio-sanitario.

b) La continuidad de la atención integral de salud deberá realizarse en todos los niveles de atención en el marco de un sistema nacional articulado de referencia y contrarreferencia.

5.1.5. Principios y Valores orientadores del modelo

- **Integralidad**, principio fundamental del modelo es asumida en diferentes formas:

- La integralidad de la atención a la persona: Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. La atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta en los establecimientos de salud, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte,
- La integralidad de los espacios de atención: la inclusión de la familia y la comunidad como objetos de la atención. La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la



N. MARTÍNEZ J

familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero", por lo que es a ella la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. Además constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de las personas y la familia.

- La integralidad supone también que las intervenciones incluyan la promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de los daños. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).
- La atención continua: La atención es continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación Interinstitucionales.
- **Universalidad**, es la garantía del derecho de toda persona, familia o comunidad para acceder a un sistema de salud expresado en servicios, producción de bienes y cobertura vinculados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir sus necesidades de salud sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición.
- **Calidad**, orientación de los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, promoviendo el óptimo desempeño de la institución y la búsqueda permanente de la mejora continua de la atención en salud.
- **Corresponsabilidad**, es la garantía del deber de participar de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones para lograr y mantener un adecuado estado de salud.

Equidad, es la garantía de una 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 moral de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable.



- **Eficiencia**, reconociendo que la atención de salud representa la respuesta a las necesidades de salud en un contexto de restricción y limitación de los recursos humanos y financieros, la eficiencia se procura en dos niveles:
 - o Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.
 - o Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos y para usarlos en la ejecución de actividades debe asegurar el máximo rendimiento, la disminución de las repeticiones o duplicidades y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos.

Todos los principios descritos son esenciales para establecer las prioridades nacionales en la atención integral de salud.

5.2. Atención Integral en el Hospital de Emergencias Pediátricas

De acuerdo a la misión del hospital

- Atención integral de emergencias y urgencias, entendida como la atención oportuna y especializada que nuestros equipos multidisciplinarios de salud brindan a los pacientes, y que se refleja en la atención inmediata del problema de salud que traen los niños y niñas a nuestro establecimiento, así como la atención de manera mediata de las condiciones del entorno del paciente que ponen en riesgo su salud, bajo un concepto biopsicosocial, para lo cual actuamos en coordinación con otras organizaciones de la sociedad civil.
- Compromiso con la recuperación del paciente, como la búsqueda perenne de las mejores alternativas de tratamiento y de la atención oportuna que le evite secuelas.
- Alta capacidad de respuesta, significa respuesta oportuna ante una emergencia y urgencia pediátrica, con la mejor alternativa de tratamiento para el problema de salud del paciente, basado en tecnología sanitaria moderna y estándares de calidad que garantizan resultados eficaces.

Tomando en cuenta las características del modelo, la misión, la visión y capacidad resolutoria del Hospital de Emergencias Pediátricas, la atención integral en éste se enmarca en siguientes puntos:

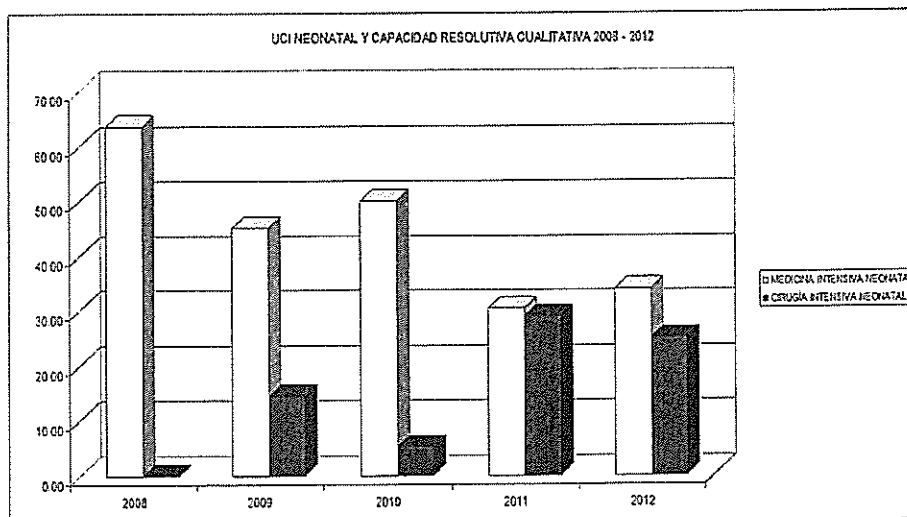
- Atención médico quirúrgica de la situación de emergencia del paciente.
- Referencia y Contrareferencia del Paciente
- Atención ambulatoria del paciente post alta
- Apoyo y Atención psicosocial



5.3. Análisis de las Necesidades de Atención en Salud de los Pacientes por Etapas de Vida en el Hospital de Emergencias Pediátricas

5.3.1. Recién Nacido

El análisis estadístico correspondiente a la demanda atendida en los últimos 5 años para este grupo de edad demuestra que la tendencia registrada es de patología quirúrgica principalmente por MFC gastrointestinales, hernia diafragmática y espina bífida con hidrocefalo. Patología que por Convenio con el Instituto Especializado Materno Perinatal desde el año 2009 así como por las referencias enviadas del nivel nacional contribuimos en la resolución de daños trazadores de alta complejidad.



Siendo esta patología compleja resuelta por la alta especialización con la que el HEP cuenta y mediante la búsqueda de aliados estratégicos para complementar satisfactoriamente el tratamiento requerido.

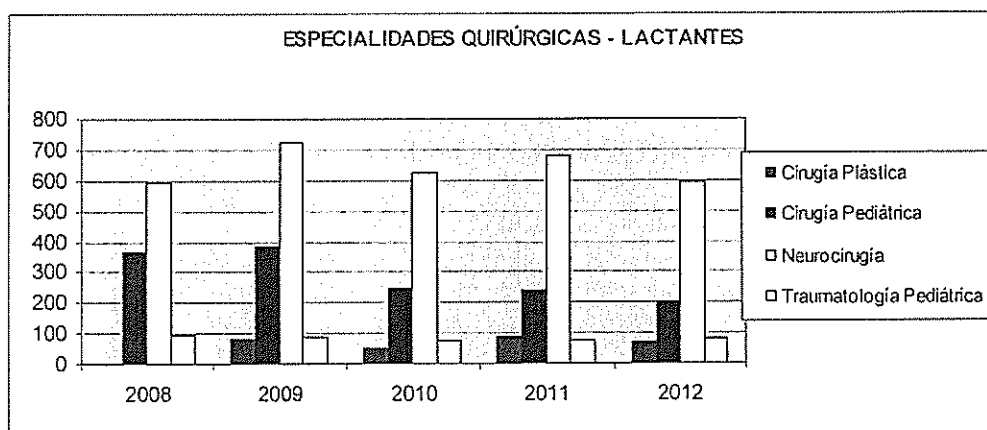
5.3.2. Lactantes (1 mes a 11 meses 29 días)

El análisis estadístico de los últimos 5 años en las especialidades médicas y quirúrgicas para el grupo de Lactantes predominan en patología respiratoria (Bronquiolitis, Asma Bronquial y Neumonía viral) y neuroquirúrgicas a predominio de TEC respectivamente.

La patología referente a Egresos en Medicina Pediátrica es predominantemente respiratoria siendo Asma y Neumonía las dos mas frecuentes. Sin dejar de mencionar las Bronquiolitis patología exclusiva del lactante menor que condiciona severos cuadros de insuficiencia respiratoria requiriendo soporte ventilatorio no invasivo tipo Cpap y Bpap contando para ello con el dominio en el manejo de estos equipos por los profesionales de la salud pertenecientes a este servicio. Es de destacar además como las Neumonías Virales constituyen la primera causa de diagnóstico a partir del año 2009 gracias al apoyo del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y su Servicio de Patología Clínica que viene

realizando los métodos de Inmunofluorescencia Indirecta para la confirmación de la etiología viral que en el 85% de casos corresponde a Virus Sincitial Respiratorio.

En las especialidades quirúrgicas se observa la gran demanda de Traumatismo Encéfalo Craneano en este grupo de edad como visualizamos en el gráfico correspondiente a últimos cinco años



5.3.3. Niño 2 a 11 años

La propuesta de la presente guía en este grupo de edad se establece luego del análisis de egresos clínicos y quirúrgicos

La patología referente a Egresos en Medicina Pediátrica es predominantemente respiratoria siendo Asma y Neumonía las dos mas frecuentes con presencia de emergencias renales, gastrointestinales y dérmicas.

2012			
Dx de egresos de hospitalización		Nº	%
J12.9	Neumonía viral	214	21.25
J18.9	Neumonía	152	15.09
J45.9	Asma	107	10.63
J21.9	Bronquiolitis aguda, no especificada	85	8.44
J15.9	Neumonía bacteriana	47	4.67
N10.X	Nefritis tubulointersticial crónica	28	2.78
A09.X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	24	2.38
A37.0	Tos ferina debida a Bordetella pertussis	21	2.09
A37.9	Tos ferina, no especificada	19	1.89
L03.1	Celulitis en otras partes de los miembros	18	1.79
Otras causas		292	29.00
Total		1007	100.00

El análisis de las especialidades quirúrgicas determinan como primera causa de atención en Cirugía Pediátrica el diagnóstico de Apendicitis Aguda principalmente la de tipo Complicada debido a la atención no oportuna por falta de precisión diagnóstica, llegando el paciente al HEP con evolución mayor de 6 horas desde el inicio del síndrome doloroso y luego de un recorrido por diferentes establecimientos de salud antes de la intervención quirúrgica. En cuadro adjunto presentamos frecuencia de egresos de sala de hospitalización de la especialidad de Cirugía Pediátrica en el 2012 :

2012			
Dx de egresos de hospitalización		N°	%
K35.9	Apendicitis aguda	206	54.64
K35.1	Apendicitis aguda con absceso peritoneal	37	9.81
K35.0	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	21	5.57
Z43.3	Atención de colostomía	12	3.18
K56.1	Invaginación	9	2.39
K91.3	Obstrucción intestinal postoperatoria	6	1.59
K91.2	Malabsorción postquirúrgica	6	1.59
Q43.0	Divertículo de Meckel	5	1.33
K36.X	Otros tipos de apendicitis	5	1.33
R10.3	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	5	1.33
Otras causas		65	17.24
Total		377	100.00

En la especialidad de Neurocirugía para este grupo de edad predomina el Traumatismo Encéfalo craneano cuya causa principal son caídas de altura generalmente en el hogar o comunidad sin dejar de mencionar los accidentes de tránsito y el Maltrato Físico Infantil. Presentamos la estadística correspondiente a la atención de Emergencia donde el 63% acude por la causa expuesta y de ellos aproximadamente el 10% requiere de hospitalización por la severidad del compromiso neurológico evaluado por el especialista Neurocirujano según la Escala de Coma de Glasgow, de los cuales y post evaluación por tomografía helicoidal multicorte se procede a la intervención neuroquirúrgica frente a colecciones hemáticas epi ó subdurales así como las craneoplastías frente a fracturas múltiples de cráneo con fragmentos intraparenquimales y dehiscencia de duramadre como podemos observar en los cuadros correspondientes a Emergencia y Hospitalización:



11. MARTINEZ J.

2012			
Dx de atención en Emergencia		N°	%
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	1668	62.75
Z48.9	Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	659	24.79
T00.9	Traumatismos superficiales múltiples	97	3.65
R51.X	Cefalea	25	0.94
G91.9	Hidrocéfalo, no especificado	22	0.83
M54.2	Cervicalgia	12	0.45
T90.5	Secuelas del Traumatismo intracraneal	11	0.41
R56.8	Otras convulsiones y las no especificadas	10	0.38
S01.0	Herida del cuero cabelludo	9	0.34
S00.9	Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	8	0.30
Otras causas		137	5.15
Total		2658	100.00

2012			
Dx de egresos de hospitalización		N°	%
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado	158	81.03
T85.0	Complicación mecánica de derivación (anastomótica) ventricular intracraneal	6	3.08
T90.5	Secuelas del Traumatismo intracraneal	5	2.56
Q28.2	Malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales	3	1.54
T07.X	Traumatismos múltiples no especificado	2	1.03
Q75.0	Craneosinostosis	2	1.03
I62.0	Hemorragia subdural (aguda) (no traumática)	2	1.03
Q03.9	Hidrocéfalo congénito, no especificado	2	1.03
T90.8	Secuelas de otros traumatismos especificados de la cabeza	2	1.03
S13.1	Luxación de vértebra cervical	1	0.51
Otras causas		12	6.15
Total		195	100.00

En la especialidad de Traumatología observamos para este grupo de edad la la siguiente demanda en Emergencia y Hospitalización:

2012			
Dx de atención en Emergencia		N°	%
S42.4	Fractura de la epífisis inferior del húmero	160	10.27
Z47.9	Cuidado posterior a la ortopedia, no especificado	148	9.50
S42.0	Fractura de la clavícula	91	5.84
S67.0	Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otros(s) dedo(s)	86	5.52
S53.4	Esguinces y torceduras del codo	68	4.36
S93.4	Esguinces y torceduras de tobillo	56	3.59
S50.0	Contusión del codo	51	3.27
T00.9	Traumatismos superficiales múltiples	46	2.95
S62.8	Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano	44	2.82
S52.5	Fractura de la epífisis inferior del radio	40	2.57
Otras causas		140	8.99
Total		1558	100.00

Observar que la segunda causa de egreso Fractura de Fémur en este grupo principalmente en el menor de 5 años constituye un tratamiento especial por el cual los especialistas definen bajo protocolo la tracción cutánea durante 15 días para evaluación posterior de tratamiento médico o quirúrgico, tarea complicada frente a un niño que excepto la fractura



se encuentra "sano" (lúcido y activo) y por lo cual el equipo de salud participa decidida y creativamente en brindar la atención integral correspondiente

2012		
Dx de egresos de hospitalización	N°	%
S42.4 Fractura de la epífisis inferior del húmero	86	40.19
S72.9 Fractura del Fémur	18	8.41
Z47.0 Cuidados posteriores a la extracción de placa u otro dispositivo de fijación interna en fractura	9	4.21
S52.5 Fractura de la epífisis inferior del radio	8	3.74
S42.2 Fractura de la epífisis superior del húmero	6	2.80
S67.0 Traumatismo por aplastamiento del pulgar y otros(s) dedo(s)	6	2.80
M84.0 Consolidación defectuosa de fractura	5	2.34
S82.8 Fractura de otras partes de la pierna	5	2.34
S52.4 Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio	5	2.34
S52.6 Fractura de la epífisis inferior del cúbito y del radio	5	2.34
Otras causas	61	28.50
Total	214	100.00

5.3.4. Adolescente 11 a 17 años

En este grupo se observa patología predominante para atención por las especialidades quirúrgicas similar a la descrita en grupo anterior respecto a Egresos con diferencias en la causa ya que en estos casos corresponde a accidentes de tránsito así como a las agresiones externas. Además de observar últimamente el incremento de la demanda por desórdenes de la Salud Mental (Código F en CIE X) a nivel de personalidad y conducta, con aparición de casos de intoxicaciones e intento de suicidio.

VI. Consideraciones Específicas

6.1. Procedimientos Generales para la Atención Integral de Pacientes

La atención integral tendrá características diferentes según el área de atención del paciente:

- **Emergencia**, orientada principalmente a resolver la situación de emergencia.
- **Hospitalización**, orientada a definir la enfermedad de fondo del paciente así como asesorar y brindar información a los padres y/o tutores legales de los niños (as) para intervenir en los aspectos psicobiosociales que llevaron a la situación de emergencia.
- **Consulta de Urgencia**, orientada al seguimiento de las recomendaciones al alta del paciente.



Por otro lado, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, la Atención Integral del paciente incluirá la Gestión y Trámite de Seguros para la atención de pacientes con derecho al Seguro Integral de Salud, EsSalud u otro seguro público o privado, incluyendo SOAT.

En el caso de los paciente con derecho a EsSalud que acuden por situación de Emergencia al Hospital de Emergencias Pediátricas, primero se le estabiliza y luego se indica la



referencia. Si ésta no se logra se procederá a la atención especializada y se iniciará el trámite administrativo por Carta de Garantía en EsSalud.

6.2. Procedimientos para la atención de Recién Nacidos

La Atención Integral para los neonatos incluirá:

- Atención Especializada de Emergencias por Equipo Multidisciplinario de profesionales, quienes buscarán resolver oportunamente la situación crítica que trae al paciente al hospital sea de causa médica o quirúrgica, implementando las normas del reciente Programa de Tamizaje Neonatal Universal contribuyendo con la prevención o detección precoz y oportuna de enfermedades congénitas incluidas en el Reglamento de la Ley 29885
- Atención mediante convenios a las necesidades del recién nacido crítico:
 - Nutrición Parenteral (Convenio con INMP)
 - Hemoderivados. (Convenio con Hospital Nacional Dos de Mayo)
 - Interconsultas de especialidades no disponibles en el hospital. (INSN, INMP u otro)
 - Tamizaje Neonatal Universal
- Detección precoz de Anemia, mediante evaluación de cifras de Hematocrito y Hemoglobina, e información a la madre respecto a grupo sanguíneo y factor Rh del paciente.
- Inicio de Esquema de vacunación.
- Atención para la Recuperación y Rehabilitación del paciente, mediante:
 - Cuidados de Enfermería.
 - Administración de Medicamentos.
 - Procedimientos Médicos y Quirúrgicos.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Fisioterapia motora.
- Atención Nutricional, se promoverá la Lactancia Materna en la medida de lo posible.
- Control Post Alta hasta la recuperación y/o contra referencia del paciente al establecimiento de salud de su localidad.

Orientación a la madre o tutor legal para seguimiento de Control y Desarrollo del Recién Nacido en el Centro de Salud de su localidad.

6.3. Procedimientos para la Atención del Niño

La Atención Integral para los pacientes de 1 mes a 11 años incluirá



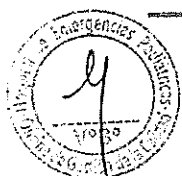
EL MARTINEZ J

- Atención Especializada de Emergencias por Equipo Multidisciplinario de profesionales, quienes buscaran resolver oportunamente la situación crítica que trae al paciente al hospital.
- Atención mediante convenios a las necesidades del paciente crítico:
 - Nutrición Parenteral (Convenio con INMP)
 - Hemoderivados. (Convenio con Hospital Nacional Dos de Mayo)
 - Interconsultas de especialidades no disponibles en el hospital. (INSN, INMP u otro)
- Atención para la Recuperación y Rehabilitación del paciente, mediante:
 - Cuidados de Enfermería.
 - Administración de Medicamentos.
 - Procedimientos Médicos y Quirúrgicos.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Fisioterapia motora.
- Atención, evaluación y orientación nutricional para la edad.
- Detección de Anemia.
- Supervisión y orientación de esquema de Inmunizaciones
- Orientación y soporte emocional a padres o tutores del paciente.
- Evaluación Psicológica, de acuerdo a la edad del niño. (Referencia y/o Interconsulta a establecimiento especializado)
- Control Post Alta hasta la recuperación y/o contra referencia del paciente al establecimiento de salud de su localidad.
- Orientación a la madre, padre o tutor legal para seguimiento y control en el Centro de Salud de su localidad.

6.4. Procedimientos para la atención de Adolescentes

La Atención Integral para los pacientes de 12 a 17 años, incluirá:

- Atención Especializada de Emergencias por Equipo Multidisciplinario de profesionales, quienes buscaran resolver oportunamente la situación crítica que trae al paciente al hospital.
- Atención mediante convenios a las necesidades del paciente crítico:
 - Nutrición Parenteral (Convenio con INMP)
 - Hemoderivados. (Convenio con Hospital Nacional Dos de Mayo)
 - Interconsultas de especialidades no disponibles en el hospital. (INSN, INMP u otro)



H. MARTÍNEZ J.

- Atención para la Recuperación y Rehabilitación del paciente, mediante:
 - Cuidados de Enfermería.
 - Administración de Medicamentos.
 - Procedimientos Médicos y Quirúrgicos.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Fisioterapia motora.
- Atención, evaluación y orientación Nutricional para la edad
- Detección de Anemia.
- Orientación y soporte emocional a padres o tutores del paciente.
- Evaluación Psicológica y/o Psiquiátrica (Referencia y/o Interconsulta a establecimiento especializado)
- Control Post Alta hasta la recuperación y/o contra referencia del paciente al establecimiento de salud de su localidad.
- Orientación a la madre, padre o tutor legal para seguimiento y control en el Centro de Salud de su localidad.



VII. Indicadores

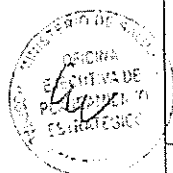
Nº	Aspecto a Evaluar	Indicador	Fórmula
1	Atención en Emergencia sin discriminación a pacientes	% Pacientes EsSalud atendidos en Emergencia	$\frac{\text{Nº pacientes de EsSalud atendidos en Emergencia} \times 100}{\text{Nº total de pacientes atendidos en un periodo}}$
		% Pacientes Exonerados en Emergencia	$\frac{\text{Nº pacientes atendidos en Emergencia exonerados de pago} \times 100}{\text{Nº total de pacientes atendidos en un periodo}}$
		% Pacientes SIS inscritos en Emergencia	$\frac{\text{Nº pacientes atendidos en Emergencia e inscritos al SIS} \times 100}{\text{Nº total de pacientes atendidos en un periodo}}$
2	Lactancia Materna Exclusiva	% Pacientes < 6 meses con LME	$\frac{\text{Nº pacientes} < 6 \text{ meses con LME} \times 100}{\text{Nº total de pacientes} < 6 \text{ meses atendidos en un periodo}}$
		% Madres de pacientes < 6 meses que reciben alimentos en el hospital	$\frac{\text{Nº madres de pacientes} < 6 \text{ meses que reciben alimentos en el hospital} \times 100}{\text{Nº total de pacientes} < 6 \text{ meses atendidos en un periodo}}$
3	Detección de Anemia	% pacientes hospitalizados con anemia	$\frac{\text{Nº pacientes hospitalizados con diagnóstico de anemia} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
		% pacientes de alta con indicación de tratamiento para anemia	$\frac{\text{Nº pacientes de alta con indicación de tratamiento de anemia} \times 100}{\text{Nº total de pacientes de alta en un periodo}}$
4	Inmunizaciones	% pacientes atendidos que son vacunados en el hospital	$\frac{\text{Nº pacientes vacunados} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
5	Nutrición Parenteral	% pacientes con NPT en el hospital	$\frac{\text{Nº pacientes con NPT} \times 100}{\text{Nº total de pacientes con hospitalizados en un periodo}}$
6	Uso de Hemoderivados	% pacientes que reciben hemoderivados en el hospital	$\frac{\text{Nº pacientes que recibieron hemoderivados} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
7	Interconsultas Externas	% interconsultas externas ejecutadas en el hospital	$\frac{\text{Nº pacientes que recibieron atención por Interconsulta Externa} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
8	Inicio de Rehabilitación Física	% pacientes atendidos con Rehabilitación Física	$\frac{\text{Nº pacientes que atendidos por TM Rehabilitación Física} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
9	Atención de Pacientes Asegurados	% Pacientes de Alta cubiertos por SIS	$\frac{\text{Nº pacientes de alta cubiertos por el Seguro Integral de Salud} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
		% Pacientes de Alta cubiertos por EsSalud	$\frac{\text{Nº pacientes de alta cubiertos por carta de garantía EsSalud} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
		% Pacientes de Alta cubiertos por SOAT	$\frac{\text{Nº pacientes de alta cubiertos por carta de garantía SOAT} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
10	Exoneración de cuentas de pago de pacientes	% Pacientes de Alta con exoneración total o parcial de cuenta	$\frac{\text{Nº pacientes con exoneración total o parcial} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$
11	Salud Mental	% de Pacientes con Interconsulta a	$\frac{\text{Nº Pacientes con Interconsulta a Salud Mental de Sala de Observación u Hospitalización en el mes} \times 100}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en un periodo}}$

		Psicología o Psiquiatría	Nº total de pacientes hospitalizados en el mismo mes
12	Salud social	% de Pacientes con sospecha de MFI	$\frac{\text{Nº pacientes con sospecha e intervención de Fiscalía o DEMUNA anual}}{\text{Nº total de pacientes hospitalizados en el año}} \times 100$
13	Tamizaje Universal Neonatal	% de Neonatos con Toma de Muestra y procesamiento	$\frac{\text{Nº Neonatos con Toma de Muestra por mes}}{\text{Nº total de Neonatos hospitalizados en el mismo mes}} \times 100$

VIII. Evaluación del Cumplimiento de la Guía

El mecanismo de evaluación del cumplimiento en el hospital de la guía propuesta será a través del monitoreo trimestral de los indicadores, los mismos que deberán ser presentados por las unidades orgánicas responsables a la Dirección General.

Nº	Indicador	Responsable (s)
1	% Pacientes EsSalud atendidos en Emergencia	Oficina de Seguros
	% Pacientes Exonerados en Emergencia	Servicio Social – Departamento de Apoyo al Tratamiento
	% Pacientes SIS inscritos en Emergencia	Servicio Social – Departamento de Apoyo al Tratamiento
2	% Pacientes < 6 meses con LME	Servicio de Nutrición – Departamento de Apoyo al Tratamiento
	% Madres de pacientes < 6 meses que reciben alimentos en el hospital	Servicio de Nutrición – Departamento de Apoyo al Tratamiento
3	% pacientes hospitalizados con anemia	Departamento Médico Quirúrgico
	% pacientes de alta con indicación de tratamiento para anemia	Departamento Médico Quirúrgico
4	% pacientes atendidos que son vacunados en el hospital	Departamento de Enfermería
5	% pacientes con NPT en el hospital	Servicio de Farmacia – Departamento de Apoyo al Tratamiento
6	% pacientes que reciben hemoderivados en el hospital	Servicio de Patología Clínica – Departamento de Ayuda al Diagnóstico
7	% interconsultas externas ejecutadas en el hospital	Servicio Pre Hospitalario – Departamento de Emergencia
8	% pacientes atendidos con Rehabilitación Física	Departamento de Atención al Paciente Crítico
9	% Pacientes de Alta cubiertos por SIS	Oficina de Seguros
	% Pacientes de Alta cubiertos por EsSalud	Oficina de Seguros
	% Pacientes de Alta cubiertos por SOAT	Oficina de Seguros
10	% Pacientes de Alta con exoneración total o parcial de cuenta	Servicio Social – Departamento de Apoyo al Tratamiento



11	% de Pacientes con Interconsulta a Psicología o Psiquiatría	Departamento de Emergencia – Departamento de Atención al Paciente Crítico y Departamento Médico Quirúrgico
12	% de Pacientes con sospecha de MFI	Departamento de Emergencia – Departamento de Atención al Paciente Crítico y Departamento Médico Quirúrgico
13	% de Neonatos con Toma de Muestra y procesamiento	Departamento de Emergencia – Departamento de Atención al Paciente Crítico y Departamento Médico Quirúrgico

IX. Anexos

Anexo N° 1 Paquetes Modificados de Atención Integral por Etapas de Vida en el HEP



N. MARTÍNEZ J

X. Bibliografía

- Constitución Política del Perú 1993, Título I De la Persona y de la Sociedad, Capítulo I Derechos Fundamentales de la Persona (1 al 3), Capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos.
- Ley N° 26842, que aprueba la "Ley General de Salud"
- Ley N° 29344, que aprueba la "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"
- DS N° 008-2010-AS, que aprueba el "Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"
- Acuerdo Nacional en Salud: Equidad y Justicia Social, Décimo Tercera Política de Estado Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
- RM N° 589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud"
- RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud"
- RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad
- Reglamento de Ley 29885 publicado el 2 de diciembre 2013.



ANEXO N° 1

PAQUETES MODIFICADOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA EN
EL HEP

ETAPA NIÑO

Atención integral de salud del Recién Nacido

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes
- Lactancia Materna Exclusiva.
- Inmunizaciones según normas vigentes.
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social
- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres

Atención integral de salud del Recién Niño de 29 días a 11 meses y 29 días

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes.
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local
- Control del daño (seguimiento de Neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).
- Inmunizaciones según normas vigentes.
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social
- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres



Atención integral de salud del Recién Niño de 1 a 4 años

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local



- Control del daño (seguimiento de Neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).
- Inmunizaciones según normas vigentes.
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social
- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres
- Evaluación Psicológica (si se relaciona con motivo de ingreso)

Atención integral de salud del Recién Niño de 5 a 11 años 11 meses 29 días

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local
- Control del daño (seguimiento de Neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social
- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres
- Evaluación Psicológica (si se relaciona con motivo de ingreso)

ETAPA ADOLESCENTE

Atención integral de salud del adolescente de 12 a 14 años 11 meses 29 días

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local
- Control del daño
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social



H. MARTINEZ J.

- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres
- Evaluación Psicológica (si se relaciona con motivo de ingreso)

Atención integral de salud del adolescente de 15 a 17 años 11 meses 29 días.

- Atención de daños según guías y protocolos vigentes
- Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local
- Control del daño
- Evaluación Nutricional
- Evaluación del Riesgo Social
- Intervenciones Educativos y comunicacionales a los padres
- Evaluación Psicológica (si se relaciona con motivo de ingreso)



N. MARTINEZ J.