



REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Lcdo. Lenín Moreno Garcés
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 550

**Quito, jueves 20 de
septiembre de 2018**

Valor: US\$ 2,50 + IVA

**ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR**

Quito: Calle Mañosca 201
y Av. 10 de Agosto

Oficinas centrales y ventas:
Telf.: 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de
Abogados del Guayas, primer piso.
Telf.: 3941-800 Ext.: 2310

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

80 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**



Ministerio
de **Salud Pública**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO No. 0258-2018

**APRÚEBESE Y AUTORÍCESE LA
PUBLICACIÓN DEL MANUAL
“ACTIVIDADES ESENCIALES DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
POR PARTE DE LOS TÉCNICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD”**



0258-2018

No.

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;
- Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, prevé que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables;
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que, el artículo 6 de la Ley *Ibidem* determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *“(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente; (...)”*;

- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 8 de 24 de mayo de 2017, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 16 de 16 de junio de 2017, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador nombró a la doctora María Verónica Espinosa Serrano, Ministra de Salud Pública;
- Que,** el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública expedido con Acuerdo Ministerial No. 4520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización: *“Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados.”*;
- Que,** es necesario establecer las actividades esenciales de promoción y prevención a ser ejecutadas por los técnicos de atención primaria en salud como miembros del equipo de atención integral de salud, bajo los enfoques y lineamientos establecidos en el MAIS-FCI; y,
- Que,** mediante memorando No. MSP-VGVS-2018-0789-M de 31 de julio de 2018, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Manual “Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos de atención primaria de salud”.
- Art. 2.-** Disponer que el Manual “Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos de atención primaria de salud” sea aplicado como una normativa de carácter obligatorio en el Ministerio de Salud Pública.
- Art. 3.-** Publicar el Manual “Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos de atención primaria de salud” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, a las Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales del Ministerio de Salud Pública.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 21 AGO. 2018


Dra. María Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO. CERTIFICADO
QUITO A, 23 AGO 2018
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**Actividades esenciales de
promoción y prevención
por parte de los técnicos
de atención primaria de
salud**



Manual 

2018



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

XXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos de atención primaria de salud. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud. MSP-Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Dirección Nacional de Normatización; 2018, xx p

Xxxxxxxxxx

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Quito – Ecuador
Teléfono: (593) 2- 3814-400
www.salud.gob.ec

Publicado en ISBN xxxxxxxxxxx 2018

Esta obra está bajo la licencia del Creative Commons Reconocimiento No Comercial Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos de atención primaria de salud. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2018. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por:
Hecho en Ecuador



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública.
Dr. Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dr. Itamar Rodríguez, Viceministro de Atención Integral de Salud. Encargado.
Dra. Sonia Díaz, Subsecretaría de Gobernanza de la Salud.
Dr. Juan Chuchuca, Subsecretario de Provisión de Servicios de Salud. Encargado.
Mgs. Carlos Cisneros, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
Mgs. Ana Lucía Bucheli, Directora Nacional de Promoción de la Salud.
Dra. Patricia Paredes, Directora Nacional de Normatización.

Equipo redacción y autores

Mgs. Lorena Carpio, analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Mgs. María José Mendieta, médica, Quito.
Lic. Eduardo Casañas, especialista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.

Equipo de colaboradores

Abg. Ingrid Cañizares, directora, Dirección Nacional de Centros Especializados.
Esp. René Abarca, director, Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles.
Sc. Ramón Alejandro, director, Dirección Nacional de Participación Social en Salud.
Mgs. Manuel Cujilema, director, Dirección Nacional de Salud Intercultural.
Dr. Ronald Cedeño, director, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control.
Dr. Alfredo Olmedo, director, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. E.
Econ. Andrés Egas, director, Dirección Nacional de Talento Humano.
Dra. María José Jimbo, directora, Dirección Nacional de Discapacidades.
Mgs. Rubén Chiriboga, director, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria.
Mgs. Ana Arellano, analista, Dirección Nacional de Hospitales.
Mgs. Rafael Garrido, especialista, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión.
Lic. Isabel Miño, analista, Programa Nacional de Sangre.
Mgs. Evelyn Mogro, médica, Quito.

Equipo de revisión y validación

Dra. Ximena Raza, coordinadora, Dirección Nacional de Normatización.
Lic. Sofía Pozo, analista, Dirección Nacional de Normatización.
Obst. Marcela Masabanda, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Obst. Marivel Illapa, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Psc. Norma Oña, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Psc. Pablo Analuza, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Mgs. Angélica Tutasi, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Dra. Flor Cuadrado, analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
Lcda. Gabriela Villota, tutores Taps – CZ1
Dra. Ana Tituaña, médica - 10D01.
Lic. Andrea Narváez, enfermera, 10D01.
Sra. Delia Salazar, técnico de atención primaria de salud - 10D01.
Obst. Javier Tates, responsable de promoción de la salud e igualdad- 10D02.
Dra. Vanessa Pulles, médico - 10D02.
Lic. Marilyn Cabrera, enfermera - 10D02.

Sr. Manuel Sánchez, técnico de atención primaria de salud - 10D02.
Ing. Juan Cárdenas, ingeniero, CZ1 HSVP
Dra. Darnely Moyano, médica familiar y comunitaria - CZ2DTP.
Dra. Anays Ferra, administradora técnica, CZ2DTP.
Lic. Sahsly Morillo, enfermera rural, CZ2DTP.
Sra. Sonia Tapuy, técnica de atención primaria de salud, CZ2DTP.
Sr. Robin Calapucha, técnico, Atención Primaria en Salud, CZ2DTP.
Dra. Carmen Ramírez, médica, CZ2DTP.
Lic. Norma Tanguila, enfermera, CZ2DTP.
Dra. Mónica Jimbo, administradora técnica, CZ2DTP.
Lic. Victoria Díaz, enfermera, CZ2DTP.
Sra. Carmen Caicedo, técnica de atención primaria de salud, CZ2DTP.
Dra. Adriana Marmol, administradora técnica, CZ2DTP.
Dra. Ligia Gadway, administradora técnica, CZ2DTP.
Sra. María Grefa, técnica de atención primaria de salud, CZ2DTP.
Lic. Margarita Pérez, administradora técnica, CZ2DTP.
Dra. Patricia Tamayo, administradora técnica, CZ2DTP.
Dr. Olver Gómez, administrador técnico, CZ2DTP.
Dr. Byron Villafuerte, administrador técnico, CZ2DTP.
Dr. Diego Hermosa, administrador técnico, CZ2DTP.
Dr. Darío Rodríguez, administrador técnico, CZ2DTP.
Lic. Carlos Quinde, administrador técnico, CZ2DTP.
Dr. Arturo Zambrano, odontólogo, CZ2DTP.
Dr. Jorge Jaya, administrador técnico, CZ2DTP.
Lic. Verónica Cando, enfermera, CZ2-HFO.
Dr. Víctor Quiroga, médico, CZ2DTP.
Dra. Paola Cáceres, médico rural, 17D10.
Lic. Jessica Morales, enfermera rural, 17D10.
Obst. Margarita Iza, obstetriz, 17D10.
Med. Margarita Andrango, médica rural, 17D10.
Obst. Emilsa Gonza, obstetriz, 17D10.
Lic. Andrea Gavilanes, enfermera, 17D10.
Dra. Yenisey Charon, médico general integral, 17D10.
Obst. Emilsa Gonza, obstetriz, 17D10.
Lic. Andrea Gavilanes, enfermera, 17D10.
Sra. Janeth Lechón, técnico de atención primaria de salud - 17D10.
Sra. Lilian Pillajo, técnica de atención primaria de salud - 17D10.
Sr. Carlos Quinatoa, técnico de atención primaria en salud, 17D10.
Sra. Elsa Cholango, técnica de atención primaria en salud, 17D10.
Sr. Juan Maldonado, técnico de atención primaria en salud, 17D10.
Sra. Fanny Proaño, técnica de atención primaria en salud, 17D10.
Sra. Mayra Pilataxi, técnica de atención primaria en salud, 17D10.
Dra. María José García, médica especialista, 17D11.
Lic. Jaqueline Columba, enfermera, 17D11.
Dr. David Meza, médico general, 17D12.
Lic. Josue Quiñonez, enfermero rural, 22D01.
Dra. Carolina Naranjo, administradora técnica, 22D01.
Sra. Nancy Vargas, técnica de atención primaria en salud, 22D01.
Sra. Irene Urresta, técnica de atención primaria en salud, 22D01.
Sra. Yadira Ureña, técnica de atención primaria en salud, 22D01.
Lic. Victor Hugo Delgado, enfermero, 22D02.

Dr. Roberto Macias Núñez, médico general, 22D03.
Dr. Jacob Van der Ende, médico rural, 22D03.
Lic. Michael Sinche, enfermero rural, 22D03.
Dr. Mario Mena, médico general, 22D03.
Lic. Borys Delgado, enfermero, 22D03.
Lic. Verónica Serrano, enfermera rural, 22D03.
Sr. Tito Otavalo, técnico de atención primaria en salud, 22D03.
Sra. Gabriela Mamallacta, técnica de atención primaria en salud, 22D03.
Sra. Marli Grefa, técnica, atención primaria en salud, 22D03.
Sr. Luis Barreto, técnico, atención primaria en salud, 22D03.
Lic. Ernesto Chiran, enfermero, 13D01.
Dra. Gema Quimiz, médica, 13D02.
Lic. Katuska Loor, enfermera, 13D02.
Sr. Enny Zambrano, apoyo 1, 13D02.
Sr. Alexi Salvatierra, técnico superior en Atención Primaria en Salud, 13D04.
Dr. Oswaldo Orrala, responsable técnico administrativo, 24D01.
Dra. Silvia Montenegro, responsable técnico administrativo, 24D01
Sra. Fabiola Armijo, técnica de atención primaria en salud, 02D01.
Sr. Orlando Cornelio, técnico de atención primaria en salud, 02D01.
Sr. María Tenelema, técnica de atención primaria en salud, 02D01.
Srta. Andrea Armijo, técnica de atención primaria en salud, 02D01.
Sra. María Tenelema, técnica de atención primaria en salud, 02D01.
Sr. Orlando Cornelio, técnico de atención primaria en salud, 02D01.
Dra. Joana Ortiz, especialista, 03D02.
Dra. Carmen Alvarado, administradora técnica, 03D02.
Lic. Maribel Ortiz, enfermera, 03D02.
Lic. Marcela Padilla, enfermera, 03D02.
Lic. Teresa Ordoñez, especialista, 03D02.
Sra. Sisa Zumba, técnica de atención primaria en salud, 03D02.
Dr. Marcelo Troya, responsable provisión y calidad de los servicios de salud, 11D03.
Sra. Estela Lima, técnica, atención primaria en salud, 11D03.
Dra. Candy Valencia, directora, 09D03.
Sra. Paulina Eras, técnica de atención primaria en salud, 09D03.
Dr. Melvyn Chango, médico especialista en medicina familiar, 09D07.
Dra. Margot Alvarado, médica especialista, 09D07.
Dr. Leonardo Tobar, responsable de primer nivel de atención en salud y responsable y del programa interno de discapacidad, 09D08.
Dra. Margot Alvarado, médica especialista, 09D07.
Lic. María Morocho, enfermera, 09D21.
Lic. Paúl Mullo, enfermero, 09D21.
Dra. Gloria Lema, médico general, 17D07.
Dra. Mónica Casagallo, médico especialista en Medicina Familiar, 17D07.
Dr. Henry Toaquiza, médico familiar - 17D07.
Lic. Marcia Live, enfermera, 17D07.
Lic. Jacqueline Herrera, enfermera, 17D07.
Sra. Maricela Sánchez, técnica de atención primaria de salud, 17D07
Lic. Albanys Ojeda, enfermera, CZ9 HEG SCE.
Lic. Janina Centeno, enfermera, CZ9-HGONA-AH.
Dra. Pilar Lemache, tutor distrital de Taps, CZ9-CZ.
Sr. Fernando Benalcázar, tutor distrital de Taps, CZ9-CZ.

Contenido

1. Presentación.....	.....
2. Introducción.....	.....
3. Antecedentes y justificación.....	.....
4. Objetivos.....	.....
5. Alcance.....	.....
6. Glosario de términos.....	.....
7. Capítulos.....	.....
Capítulo 1.....	.....
7.1. Descripción y perfil del puesto de los técnicos de atención primaria de salud.....	.....
Capítulo 2.....	.....
7.2. Actividades esenciales extramurales de los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) en coordinación con los profesionales de salud / para la elaboración del análisis situacional integral de salud y diagnóstico situacional (ASIS).....	.....
Capítulo 3.....	.....
7.3. Actividades esenciales extramurales de los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) por ciclos de vida.....	.....
Capítulo 4.....	.....
7.4. Articulación intersectorial del técnico de atención primaria de salud en territorio.....	.....
8. Abreviaturas.....	.....
9. Referencias.....	.....
10. Anexos.....	.....
Anexo 1: Flujograma de la construcción de las herramientas del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.....	.....
Anexo 2: Mapa de actores.....	.....
Anexo 3: Mapa parlante.....	.....
Anexo 4: Formulario de derivación comunitaria.....	.....
Anexo 5: Flujogramas de la actividad intra y extramural del técnico en atención primaria de salud.....	.....
Anexo 6: Seguimiento a niñas/os hallados en la comunidad por parte de los TAPS: acciones a seguir.....	.....
Anexo 7: Prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH.....	.....
Anexo 8: Inmunizaciones por tipo biológico y por edad.....	.....
Anexo 9. Seguimiento mujeres en edad fértil por parte de los TAPS: acciones a seguir frente a una mujer en edad fértil en la comunidad.....	.....
Anexo 10: Seguimiento a gestantes por parte de los TAPS: acciones a seguir frente a una embarazada en la comunidad.....	.....
Anexo 11: Uso correcto del preservativo masculino y femenino.....	.....

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública, como ente rector de la salud en el país, tiene la responsabilidad de regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, es así que inició un proceso de fortalecimiento del talento humano en salud, otorgando becas para la formación de técnicos de atención primaria en salud, constituyéndose en un eje fundamental para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FC).

Este modelo reúne un conjunto de estrategias, normas, y recursos que al complementarse, organizan el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de la salud de las personas, familias y comunidad; permitiendo interactuar con la Red Pública Integral de Salud y Complementaria para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan mejorar la calidad de vida de la población obteniendo resultados de impacto social.

En este contexto, se presenta el Manual de "Actividades esenciales de promoción y prevención por parte de los técnicos en atención primaria de salud", el contenido está orientado a la descripción de las actividades intramurales y extramurales que desempeñan los técnicos de atención primaria en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Es importante mencionar que al ser el técnico en atención primaria de salud parte del equipo de atención integral de salud, permitirá el fortalecimiento de la participación social y la corresponsabilidad en salud, como ejes de un modelo de salud sostenible.

Dra. Verónica Espinosa Serrano

Ministra de Salud Pública

2. Introducción

Los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) son la base y fortaleza en la articulación de la comunidad con los servicios de salud, pues al ser miembros de la comunidad a la que orientan los servicios de salud, constituyen el elemento motivador para la búsqueda de respuestas adecuadas a las demandas de la población, a través de canales directos de comunicación, que motiven la participación ciudadana en la toma de decisiones desde una perspectiva de derechos, interculturalidad, equidad y corresponsabilidad, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS-FCI.

Esta nueva concepción de la salud requirió un cambio en el Sistema Nacional de Salud, hacia una estructura más organizada, y la generación de estrategias que priorizan la atención primaria de salud, con el fin de reorientar el enfoque curativo de la atención y fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, desde los actores que se encuentran en el primer nivel de atención de salud.

Los profesionales de salud constituyen un eje fundamental de la implementación del MAIS, pues tienen a su cargo velar por la salud integral de la comunidad de cobertura del establecimiento de salud asignado, contribuyendo así al acceso equitativo y continuo de los servicios integrales de salud. Aunque el rol de los profesionales de salud es fundamental en el proceso de la atención integral en salud, es importante destacar la función que debe desempeñar el TAPS en el equipo.

Contar con profesionales de la salud permitirá desarrollar e implementar actividades de promoción y prevención para el fortalecimiento de la atención primaria de salud, que a través de su labor se oriente el trabajo directo con la comunidad, permitiendo la participación social y la corresponsabilidad en salud, como ejes de un modelo de salud sostenible. Todo esto a través de la aplicación de diferentes herramientas, que permiten analizar la realidad local, identificar problemas, y generar soluciones que se plasman en los planes locales de salud.

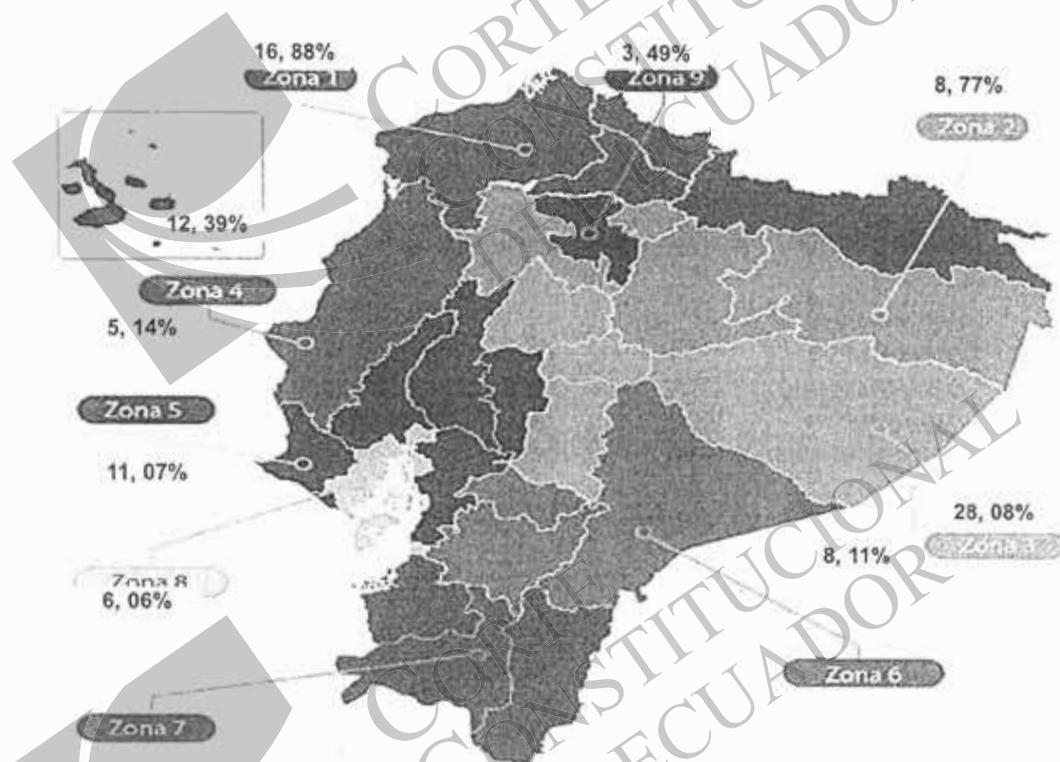
Con estos antecedentes, se elabora este manual que define los lineamientos sobre la organización del trabajo de los TAPS y su participación en las diferentes estrategias para consolidar la implementación del MAIS-FCI desde el primer nivel de atención en salud.

3. Antecedentes y justificación

El 24 de julio de 2013, se suscribió el "Convenio Tripartito de Cooperación Interinstitucional" entre el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y el Instituto de Fomento al Talento Humano (IFTH) con la finalidad de contar con técnicos de atención primaria en salud. En este sentido es que esta Cartera de Estado ha impulsado la formación de los técnicos en atención primaria de salud como una estrategia para fortalecer la atención primaria en salud y consolidar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), orientado hacia el trabajo directo con la comunidad mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El Ministerio de Salud Pública actualmente cuenta con 1517 técnicos en atención primaria de salud a nivel nacional, los mismos que han sido distribuidos para su labor en las siguientes zonas:

Gráfico N° 1. Distribución de los técnicos de atención primaria en salud



Fuente: Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, MSP, 2017
 Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2017.

- Zona 1:** Provincias de Esmeraldas, Imbabura, Carchi y Sucumbios tienen 256 TAPS que corresponde al 16,88% del total.
- Zona 2:** Provincias de Pichincha (excepto en cantón Quito), Napo y Orellana tienen 133 TAPS que corresponde al 8,77% del total.
- Zona 3:** Provincias de Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza tienen 426 TAPS que corresponde al 28,08% del total.
- Zona 4:** Provincias de Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas tienen 188 TAPS que corresponde al 12,39% del total.
- Zona 5:** Provincias de Santa Elena, Guayas (excepto los cantones de Guayaquil, Samborondón y Durán), Bolívar, Los Ríos y Galápagos tienen 78 TAPS que corresponde al 5,14% del total.
- Zona 6:** Provincias Cañar, Azuay, Morona Santiago tienen 123 TAPS que corresponde al 8,11% del total.
- Zona 7:** Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe 92 TAPS que corresponde al 6,06% del total.
- Zona 8:** Cantones de Guayaquil, Samborondón y Durán tienen 168 TAPS que corresponde al 11,07% del total.
- Zona 9:** Distrito Metropolitano de Quito tienen 53 TAPS que corresponde al 3,49% del total.

La formación de los TAPS se enmarca en los temas de estadística, registro y análisis de la información, técnicas de mapeo, elaboración de proyectos de investigación, promoción de la salud, interculturalidad, derechos y declaraciones vigentes para grupos de atención

prioritaria, participación social, enfoque de acuerdo a los ciclos de vida, comunicación, educación para la comunidad, atención de salud básica (signos vitales, antropometría y signos de alarma), fundamentos del sistema nacional de salud, atención primaria en salud y el Modelo de Atención Integral en Salud con sus herramientas.

El MAIS establece una asignación de tiempos específicos, fundamentalmente para asegurar y ordenar el cumplimiento de las actividades extramurales de los profesionales de salud. Esta asignación de tiempos se basa en el perfil de cada miembro del equipo y en la ubicación del establecimiento de salud del primer nivel de atención, (1) como se señala en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Asignación de tiempos para los profesionales de salud

Profesional	Unidades urbanas		Unidades rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico/a	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermero/a	50%	50%	40%	60%
Odontólogo/a	80%	20%	30%	70%
Obstetriz	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	10%	90%

Fuente: MSP. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2013

4. Objetivos

Objetivo general

Establecer las actividades esenciales de promoción y prevención a ser ejecutadas por los técnicos de atención primaria en salud como miembros del equipo de atención integral de salud, bajo los enfoques y lineamientos establecidos en el MAIS-FCI.

Objetivos específicos

1. Determinar el rol del TAPS en la planificación y ejecución de las estrategias y actividades esenciales conjuntamente con los profesionales de salud.
2. Garantizar el cumplimiento de las actividades esenciales a los TAPS, acorde a su perfil óptimo y evitando alteraciones arbitrarias y duplicidad de funciones.

5. Alcance

El presente Manual es de cumplimiento obligatorio para los técnicos de atención primaria en salud que son asignados a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública al momento de planificar y ejecutar las actividades con énfasis en el ámbito extramural.

6. Glosario de términos

Comités ciudadanos locales de salud: Es una instancia de participación ciudadana, está conformada por representantes locales, afines a temas de salud y organizaciones comunitarias elegidos de manera democrática y que cuentan con el aval de la comunidad, grupo u organización, cuya conformación debe garantizar la alternancia, equidad en la

representación de los actores y organizaciones género, cultural, étnica y grupos de edad. (2)

Diagnóstico situacional: Es la recopilación de la información de base, que sirve como una suerte de fotografía de la realidad local, de donde se parte para tener una primera visión de los aspectos que permiten caracterizar a la población y la problemática social y de la salud en el espacio territorial correspondiente. (1)

EAIS: Los equipos de Atención Integral de Salud constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, puesto que representan al conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas. Están conformados por profesionales de salud del establecimiento y un TAPS, con una asignación de población determinada y que conforma su zona de influencia. (1)

Ficha familiar: Es un instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse en espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento. (1)

Ficha de derivación comunitaria: Es el documento elaborado para registro y atención del envío de los usuarios desde la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano cuando los técnicos de atención integral de salud (TAPS) han identificado señales de peligro y/o factores de riesgo.

Mapa parlante: "Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección: sanitario ambiental, socioeconómico y biológico. El mapa parlante es también una herramienta dinámica que permite identificar los riesgos, implementar acciones y monitorear las condiciones de salud de una población". (1)

Mapeo de actores: "Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipales, agencias de cooperación técnica, niveles de poder y posición de términos de apoyo, indiferencia u oposición de un objetivo concreto que se constituye alrededor de una nueva forma de hacer salud en el MAIS-FCI". (1)

Prevención: La prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria una vez la enfermedad ya apareció; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso. (1)

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud. (1)

Visita domiciliaria: Constituye un acercamiento del equipo de atención integral de salud (EAIS) al domicilio del usuario/paciente/familia/comunidad; suele responder a una necesidad identificada por el EAIS, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos. (1)

7. Capítulos

Capítulo 1

7.1. Descripción y perfil del puesto de los técnicos de atención primaria de salud.

El perfil del puesto de los TAPS se detalla a continuación:

- a. Detecta signos de alarma e identifica factores de riesgos del proceso salud enfermedad del individuo, familia, comunidad y refiere al equipo de atención integral de salud.
- b. Organiza insumos para la aplicación de las estrategias y técnicas de promoción, prevención, en el marco de la atención primaria de salud para resolver los principales problemas de salud del individuo, familia y comunidad, con enfoque intercultural, generacional, de género y de derechos.
- c. Procesa, aplica estrategias y metodologías para apoyar en el mejoramiento de la nutrición de su comunidad en el marco de la Atención Primaria de Salud.
- d. Aplica técnicas y herramientas epidemiológicas comunitarias, para apoyar en la elaboración del análisis de la situación de salud y las propuestas de intervención para la solución de los problemas de salud del individuo, familia y comunidad.
- e. Desarrolla insumos para la ejecución del plan de acción para promover los factores protectores de la salud, determinantes de la salud y minimizar los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad en los diferentes establecimientos de salud, educativos, sitios de trabajo, hogar y comunidad.
- f. Realiza actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción.

Capítulo 2

7.2. Actividades esenciales extramurales de los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) en coordinación con los profesionales de salud / para la elaboración del análisis situacional integral de salud y diagnóstico situacional (ASIS)

La atención extramural o comunitaria es responsabilidad directa de los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente y su equipo de atención integral, para lo cual este equipo realizará la planificación interna semanal o mensual de las actividades con la comunidad, con base en las necesidades identificadas y los recursos disponibles (Ver anexo 1).

Uno de los propósitos sobre el cual se fundamenta el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS – FCI), es el fomento de la corresponsabilidad de la ciudadanía a través de los Comités Ciudadanos Locales de Salud (CCLS) que actúan como un nexo entre los equipos de salud y los moradores de cada sector, con la finalidad de identificar y priorizar las necesidades, aspiraciones de cada comunidad, así como promover una cultura de prevención y promoción de la salud. (2) (Ver anexo 1).

Es importante destacar el rol de los TAPS, pues al ser parte de la comunidad, tienen la capacidad de promover la movilidad social y fortalecer la intersectorialidad en torno a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la comunidad y los determinantes de salud que inciden en los mismos.

Bajo este contexto, los profesionales de salud conjuntamente con el TAPS desarrollan las siguientes actividades:

7.2.1 Análisis situacional integral de salud (ASIS)

7.2.1.1. Diagnóstico situacional

- a. Aporta con la información para la actualización del diagnóstico y el análisis situacional integral de salud, con base en los "Lineamientos Operativos para la implementación del MAIS y RPIS". (3)
- b. Levanta la información para la elaboración del mapeo de actores del área de influencia en conjunto con los profesionales de salud y el Comité Ciudadano Local de Salud (CCLS). (Ver anexo 2).
- c. Participa junto con los profesionales de salud y la comunidad en la elaboración del mapa parlante del área de influencia del establecimiento de salud. (Ver anexo 3).

El diagnóstico situacional se refiere al levantamiento de la información de manera organizada y participativa; y al análisis de esta. Estos son insumos necesarios para identificar y priorizar problemas, que sirven para formular el plan local operativo de salud (PLOS).

Con la información obtenida del ASIS, los profesionales de salud elaboran junto con la comunidad la sala situacional, espacio que visualiza todas aquellas situaciones que afectan a la salud, intervenciones viables y factibles, así como el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos durante y después de la aplicación de las decisiones. Esta

información se presenta a manera de tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes. (1) (Ver anexo 1).

Siguiendo esta lógica en la organización de la información, el MAIS propone como una herramienta adicional, la elaboración del mapa parlante con la finalidad de graficar a los actores locales, los factores de riesgo y protectores de la comunidad. Para su elaboración se emplean mapas cartográficos actualizados, provistos por cada distrito, y se incluye información referente a sectores prioritarios, familias en riesgo, factores de riesgo y recursos disponibles. (1) (Ver anexo 3).

7.2.1.2. Conformación y/o fortalecimiento del comité local de salud

Promueve, interviene y apoya en las convocatorias a los líderes comunitarios para la conformación o fortalecimiento de los CCLS, en coordinación con los otros miembros del equipo de atención en salud.

7.2.1.3. Socialización y validación del diagnóstico situacional

- a. Convoca a la asamblea a los líderes y lideresas de la comunidad, los CCLS, y otros actores claves, para la socialización del diagnóstico situacional y la construcción/actualización participativa del plan local de salud.
- b. Realiza en conjunto con los profesionales de salud y el CCLS, el seguimiento y evaluación de las acciones planificadas en el PLOS.

7.2.2. Actividades de promoción y prevención

- a. Participar y fomentar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con los individuos, la familia y la comunidad.
- b. Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la población en general en conjunto con los profesionales de salud. Estas actividades se resumen en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2. Prestaciones integrales de promoción de la salud y prevención de enfermedades a nivel individual, familiar y comunitario que realizan los Profesionales de salud



Fuente: MSP. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2013
Elaborado por: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2018

Capítulo 3

7.3. Actividades esenciales extramurales de los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) por ciclos de vida

El Modelo de Atención Integral en Salud ha establecido un conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, claramente diferenciado por ciclos de vida, donde se identifican como grupos prioritarios a las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, enfermedades crónicas, violencia y enfermedades catastróficas. (1,4), así como grupos vulnerables: (...) mujeres embarazadas con riesgo, niños y niñas menores de dos años con desnutrición aguda, adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas, personas con discapacidad en abandono o con enfermedades asociadas, personas que adolecen enfermedades catastróficas o que requieran cuidados paliativos, personas con riesgo y personas víctimas de violencia.

En cuanto a planificación de actividades y acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad, los TAPS deberán realizar las siguientes actividades en el marco de las políticas públicas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional:

- Apoyar en el levantamiento del diagnóstico territorial en las comunidades asignadas para la implementación de las acciones del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSSR). (5)
Participar en la elaboración del plan de acción para la implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSSR), en las comunidades asignadas.
- Participar en la elaboración de informe de cumplimiento de las actividades ejecutadas del plan de acción para la implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSSR).
- Apoyar en el levantamiento del diagnóstico territorial en las comunidades asignadas para la implementación de las acciones del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición (PIANE). (6)
- Participar en la elaboración del plan de acción para la implementación del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición, en las comunidades asignadas.
- Participar en la elaboración de informe de cumplimiento de las actividades ejecutadas del plan de acción para la implementación del Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición.
- Realizar el seguimiento a la aplicación de lineamientos emitidos por el COE, MESA 2 y MESA 4 en relación con nutrición, salud sexual y salud reproductiva en emergencias en su comunidad.
- Apoyar la conformación de grupos de apoyo, por ejemplo: lactancia materna, adolescentes, embarazadas adolescentes, etc. en la comunidad asignada, de acuerdo con lineamientos emitidos por el nivel distrital.
- Apoyar en la identificación de servicios de alimentación con cualidades para optar por reconocimiento como servicios de alimentación responsables de acuerdo con las categorías establecidas.
- Capacitar en su comunidad en el uso de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.

- Capacitar a la comunidad, instituciones educativas, Centros Integrales de Desarrollo sobre uso y consumo del agua segura e higiene.
- Difusión en su comunidad de la factibilidad de acceder a alimentos diversos, seguros; y a menor precio provenientes de la agricultura familiar – campesina.

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que se necesite atención de los profesionales de salud.

A continuación, se detallan procesos a llevarse a cabo para cada grupo poblacional:

7.3.1. Mujeres en Edad Fértil (MEF)

Durante las visitas domiciliarias, el TAPS, deberá identificar mujeres entre 10 y 49 años, y proceder de la siguiente manera según el grupo al que pertenecen:

Mujeres en edad fértil que no se encuentran en gestación:

- Realizar una búsqueda activa de mujeres en edad fértil que no estén embarazadas, que no usen anticonceptivos y que no tengan problemas de fertilidad.
- Para este grupo de mujeres se deberá informar acerca de su derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener y, los beneficios de la planificación familiar, la importancia de planificar el momento adecuado para embarazarse.
- Informar que el MSP cuenta con una gama de Métodos Anticonceptivos (MAC) a su elección, gratuitos y seguros. Desmitificar las creencias alrededor de la utilización de MAC con información veraz y basada en evidencia científica.
- Informar sobre rutas de acceso disponibles para la entrega de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, determinadas en el reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos (Acuerdo Ministerial 2490).
 - a. Únicamente la primera y segunda vez tiene que acudir a una consulta médica
 - b. A partir de la tercera vez se deberá acercarse directamente en la farmacia del establecimiento de salud, a retirar su MAC sin la necesidad de un turno ni consulta con el profesional de salud.
 - c. La entrega del MAC se realiza mediante un carné, como único requisito. Sin la necesidad de presentar la cédula de identidad.
 - d. La entrega de MAC se realiza sin discriminación de etnia, edad, sexo o identidad sexogenérica.
 - e. Informar a hombres y mujeres que el MSP cuenta con Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).
 - f. Enfatizar que su uso es para casos en los que se haya mantenido relaciones sexuales sin preservativo, por ruptura del preservativo u olvido del método regular y en casos de violencia sexual.
 - g. Enfatizar en su mecanismo de acción y efectos secundarios con información basada en evidencia científica (considerar la información plasmada en el afiche de AOE con el que cada establecimiento de salud cuenta). Enfatizar en que no es un método abortivo.
 - h. Para la entrega de AOE, no se requiere de agendamiento ni cita médica, únicamente se realiza una asesoría corta. No requiere de receta médica, ni cédula de identidad y no

necesita acompañamiento o autorización de ninguna persona.

- i. Enfatizar sobre los beneficios del uso de la doble protección: utilización de un método anticonceptivo regular y preservativo.
- Agendar una cita para asesoría en planificación familiar en el menor espacio de tiempo posible. Además, se deberá verificar que la mujer acuda a la consulta. (Ver anexo 8): Captación de mujeres en edad fértil por parte de los TAPS: acciones a seguir frente a una mujer en edad fértil en la comunidad.
 - Informar y promover prácticas adecuadas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud reproductiva, prevención de violencia y salud mental.
 - Trabajar con las mujeres de la comunidad y líderes comunitarios para promover prácticas de buen trato, exigibilidad del derecho a vivir una vida libre de violencia, prevención de violencia de género con énfasis en la prevención de violencia intrafamiliar.
 - Promover acudir a los controles en el establecimiento de salud para detección oportuna de cáncer de: mama, cérvix e infecciones de transmisión sexual
 - Informar que las mujeres pueden donar sangre hasta tres veces al año. Los requisitos para donar son:
 - Estar en un buen estado de salud.
 - Tener entre 18 y 65 años.
 - Pesar mínimo 110 libras (50 kg). Dormir mínimo 6 horas.
 - No fumar ni tomar bebidas alcohólicas por lo menos 2 horas antes y después de la donación de sangre.
 - Acudir voluntariamente al punto de colecta de sangre.

Mujeres que han tenido un evento obstétrico (después de un parto, cesárea y aborto):

- Preguntar si alguna ha tenido recientemente un evento obstétrico (mujeres en post parto, post-cesárea y post aborto), la fecha de ocurrencia del evento y constatar en la tarjeta de salud si se ha realizado un control, y si está utilizando un método anticonceptivo.
- Si no se ha realizado el control o no utiliza un método anticonceptivo y desea hacerlo, derivar al establecimiento de salud. Brindar la misma información citada en la parte superior respecto a mujeres en edad fértil.
- Enfatizar en la necesidad de utilizar un MAC para prolongar el espacio entre un hijo y otro y sus beneficios. Desmitificar las creencias alrededor de la utilización de MAC durante el postparto y la lactancia con información veraz y basada en evidencia científica (Criterios médicos de elegibilidad del uso de métodos anticonceptivos 2015).
- Además, identificar posibles signos de peligro (alarma) de acuerdo con la cartilla del plan de parto.
- Si existe una o más de las señales de peligro o se encuentran anomalías en la toma de signos vitales, la atención es **urgente**. Si no se encuentra en compañía de un profesional de salud que pueda atender la emergencia, deberá notificar inmediatamente al establecimiento de salud, para posteriormente activar el sistema ECU 911 o el Plan de transporte comunitario de emergencia, a través del Comité Ciudadano Local de Salud.
- Cuando la usuaria no presente señales de peligro, apoyar a la usuaria a agendar una cita en el establecimiento de salud, para garantizar su atención dentro del menor espacio de tiempo posible y verificar su asistencia a la cita. Además, se debe aprovechar la visita para brindar asesoría en: lactancia materna exclusiva, excepto en mujeres que viven con VIH. (Ver anexo 6), opciones de planificación familiar post-evento obstétrico, cuidados del recién nacido cuando corresponda, alimentación saludable en este periodo e identificación de señales de peligro.
- En caso de que la usuaria no acuda a la cita, acudir en compañía del profesional de salud al domicilio, para brindar atención a la mujer y al recién nacido –cuando lo amerite.

7.3.2. Embarazadas

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Visita domiciliaria:

- Realizar búsqueda activa, captación temprana y referencia de mujeres embarazadas y madres en período de lactancia, al establecimiento de salud.
- Captación a embarazadas que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo, o grupo prioritario (persona con VIH, TB, con discapacidad, violencia, problemas de salud mental y otros).
- Identificación y participación en la búsqueda activa de riesgos de acuerdo con la ficha familiar vigente con el fin de desarrollar una intervención oportuna con el resto de los profesionales de salud.
- Seguimiento a embarazadas que no acuden a control o captación de mujeres en puerperio.
- Seguimiento de casos de violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Derivación comunitaria en el caso que la gestante requiera una atención priorizada.

El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que identifique riesgo biológico, socio económico y ambiental, con la finalidad de brindar una atención integral.

Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar vigente

Riesgo biológico:

- Malnutrición, por déficit o exceso.
- Antecedentes de enfermedad diabetes gestacional o hipertensión
- Edad de la gestante (adolescente o mayor de 35 años)
- Inactividad física.
- Alimentación no saludable.
- Tos con flema por más de 15 días.
- Salud bucal.
- Riesgos en el primer trimestre de embarazo.
- Riesgos en el segundo trimestre de embarazo.
- Riesgos en el tercer trimestre de embarazo.

Riesgo socio- económico:

- Pobreza y/o desempleo.
- Discapacidad.
- Edad de la gestante.
- Madre soltera.
- Baja escolaridad.
- Violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico, sexual.

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el hogar.
- Riesgo de accidentes y/o vivir sola.
- Hacinamiento.

Riesgo ambiental:

- Condiciones ambientales insalubres.
- Animales dentro de la vivienda, presencia de criaderos de mosquitos.
- Agua y saneamiento básico deficiente.
- Mal manejo de desechos.

Acciones de prevención:

- Captar mujeres embarazadas en su comunidad (seguir los lineamientos para la reducción de la muerte materna), tamizaje de VIH como lo establece la normativa vigente y sífilis, PCR para zika en zonas endémicas con presencia del mosquito Aedes Aegypti.
- Velar por el cumplimiento del esquema de vacunación: dT embarazadas.
- Captar embarazadas con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso.
- Participar en los procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluado en sus destrezas y habilidades.

Acciones de promoción, asesoría en:

- Factores de riesgo y signos de alarma.
- Lactancia materna exclusiva, beneficios y técnica correcta de lactancia y promoción de prácticas de nutrición saludable.
- Preparación al parto, cuidado del recién nacido y fortalecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido.
 - Asesorar sobre los beneficios de la planificación familiar a embarazos a partir de las 34 semanas de gestación, con la finalidad que la usuaria pueda llegar al final de su gestación (parto o aborto), decidida a utilizar un método anticonceptivo y pueda exigirlo previo al alta. Si se identifican riesgos la asesoría no deberá esperar las 34 semanas.
 - Asegurar una consulta para asesoría en planificación familiar en el establecimiento de salud.
 - Informar sobre la importancia de prevenir infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH, promueva el uso constante y correcto del preservativo sea este: masculino o femenino.
- Importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo para evitar la transmisión madre-hijo.
- Riesgos del Virus zika y sus complicaciones en el recién nacido, con énfasis en la transmisión sexual de este virus y la necesidad de utilizar preservativo durante todo el embarazo.
- Prácticas de buen trato y exigibilidad del derecho a vivir una vida libre de violencia, prevención de violencia de género, prevención de violencia intrafamiliar.
- Cambios físicos y emocionales que se presentan durante el embarazo y la importancia del mantener un bienestar emocional durante este periodo.
- Derechos de la usuaria a la salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, salud sexual y salud reproductiva.
- Importancia de mantener prácticas de salud oral y bucal y visita al odontólogo.
- Consejería a la embarazada y madre en periodo de lactancia en: consumo de tabletas de hierro + ácido fólico (60mg + 400mcg; 1 tableta/día), lactancia materna, alimentación complementaria adecuada, alimentación saludable, actividad física, según corresponda.
- Cuidado integral de las mujeres embarazadas a través de la participación social de la comunidad.
- Control prenatal, suplementación con micronutrientes, lactancia materna y alimentación

saludable, mediante la revisión de la Libreta Integral de Salud.

- Plan de parto.
- Programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario.

Mujeres gestantes:

El técnico de atención primaria en salud TAPS y los profesionales de salud, realizarán el seguimiento de las gestantes:

- Búsqueda activa de gestante, e identificación de signos de peligro.
- Identificación de las condiciones de riesgo utilizando los criterios de categorización del riesgo del AIEPI, si existe riesgo determinar las acciones de seguimiento extramural que se deben realizar con la gestante y su familia.
- Visita domiciliaria, verificar la existencia de una gestante en el domicilio si existiera, verificar en la Libreta Integral de Salud el cumplimiento de la cita de control prenatal y recordar la próxima cita. Si la gestante no se ha realizado el control prenatal se indagará la existencia de señales de peligro como:
 - Sangrado.
 - Dolor de cabeza intenso.
 - Visión borrosa.
 - No se mueve el bebé.
 - No se realizó el tamizaje de VIH, de acuerdo con la normativa vigente.
 - Además, se deberán tomar signos vitales como: tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura; y verificar que la paciente cuente con su plan de parto.
- Identificar adolescentes embarazadas menores de 14 años y realizar la derivación comunitaria y notificación de manera inmediata al establecimiento de salud. Considerar el vínculo existente entre embarazos en niñas y violencia sexual.

Definir el tipo de atención en los siguientes casos:

- Si existe una o más de las señales de peligro o se encuentran anomalías en la toma de signos vitales la atención es urgente, si no se encuentra en compañía de un profesional que pueda atender la emergencia, deberá notificar inmediatamente al establecimiento de salud, para posteriormente activar el sistema ECU 911 o el Plan de transporte comunitario de emergencia, a través del CCLS.
- Si la gestante no tiene ningún signo de peligro, contactarse con el establecimiento de salud y realizar el agendamiento directamente con la finalidad de disminuir el tiempo de espera y garantizar la oportuna atención prenatal.
- Confirmar que la gestante acuda a las consultas del control prenatal.
 - Si acudió a la cita contactarse con el establecimiento de salud que recibió a la gestante, realizar el seguimiento de la evolución del embarazo mediante el tarjetero o la visita domiciliaria según corresponda.
 - Si la gestante no acudió a la cita médica, realizar la visita domiciliaria con los profesionales de salud para el control prenatal de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (GPC), entregar la tarjeta de salud a la embarazada y garantizar la próxima cita para el siguiente control prenatal.
- Si la gestante tiene 35 o más semanas de gestación se procederá a indagar si existen señales de peligro. Asimismo, se preguntará a la gestante si el parto lo realizará en su domicilio:
 - Si la respuesta es positiva se inicia el proceso de asesoría sobre los beneficios que se obtienen si el parto se realiza en una institución de salud en la que se puede resolver de manera efectiva cualquier emergencia que pudiera existir.
 - Además, se deberá informar que todos los establecimientos permiten un parto acompañado y en libre posición.
- Si luego de explicar claramente los beneficios de un parto institucional la gestante y su familia reiteran su deseo del parto en domicilio:

- Se comunicará al establecimiento de salud y se coordinará con un profesional de salud para agendar acompañamiento al parto según disponibilidad.
- Coordinar con el CCLS para activar el plan de transporte comunitario de emergencia.
- Si el parto no está previsto en el domicilio se confirma a la gestante y a su familia que tengan listo el plan de parto. (Ver anexo 9): Seguimiento a gestantes por parte de los TAPS: acciones a seguir frente a una embarazada en la comunidad.

7.3.3. Niñez

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso que necesiten atención de los profesionales de salud.

Visita domiciliaria

- Captación: recién nacido (RN) en domicilio (captación dentro de las primeras 48 horas y monitoreo telefónico), RN o infante, hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo o hijos de madres con sífilis, VIH, tuberculosis (TB), con discapacidad, con esquemas incompletos de vacunas o que no acuden a control médico.
- Detección de problemas en lactancia materna, manejo del RN.
- Búsqueda activa, captación temprana y referencia de niños menores de dos años, al establecimiento de salud.
- Identificación y participación en la búsqueda activa de riesgos de acuerdo con la ficha familiar vigente con el fin de desarrollar una intervención oportuna con el resto de los profesionales de salud.
- Captación, agendamiento y seguimiento a niños de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad.
- Identificación de presuntos casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, consumo tabaco, alcohol y otras drogas.

El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que identifique: riesgo biológico, socio económico y ambiental, con la finalidad de brindar una atención integral.

Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar vigente

Riesgo biológico:

- Malnutrición, por déficit o exceso.
- Antecedentes de enfermedades de acuerdo con el AIEPI frecuentes en la niña/o.
- Alimentación no saludable o inapropiada.
- Niñas/os con esquemas incompletos de vacunas o que no acuden a control médico.

Riesgo socio- económico:

- Pobreza y/o desempleo.
- Madre adolescente, madre soltera, o embarazo no deseado.

- Baja escolaridad de padres y/o cuidadores.
- Violencia intrafamiliar, maltrato infantil.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el hogar.
- Riesgo de accidentes.
- Entornos marginales y poco seguros.
- Hacinamiento.

Riesgo ambiental

- Condiciones ambientales insalubres.
- Animales dentro de la vivienda, presencia de criaderos de mosquitos.
- Agua y saneamiento básico deficiente.
- Mal manejo de desechos.

Recién nacido hasta el 1 año

Acciones de prevención:

- Preguntar la edad del niño, y si es menor de 28 días, preguntar lugar del parto.
- Verificar si tiene la Libreta Integral de Salud.
- Investigar si ha estado enfermo u hospitalizado/internado en el último mes.

En aquellos casos donde se identifica a las niñas/os que han nacido en casa:

- No han sido evaluados por el personal de la salud, y no cuentan con la Libreta Integral de Salud, se deberá realizar la derivación inmediata al establecimiento de salud, se coordinará con los profesionales de salud para utilizar los medios de transporte comunitario para el traslado.
- Han sido evaluados y cuentan con la Libreta Integral de Salud, se realizará la derivación al establecimiento de salud. (Ver anexo 5), para realizar la verificación del indicador peso/edad, las inmunizaciones recibidas y el número de controles.
- En el caso de identificar a las niñas/os que estén enfermos o que hayan sido internados/hospitalizados en el último mes, se debe, abordar al paciente con base en lo establecido en las normas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), para definir los siguientes pasos a seguir (5).

Para ello el TAPS deberá:

- Preguntar a los padres y/o cuidadores sobre los problemas que presenta la niña/o.
- Observar el estado general de la niña/o (decaído, inconsciente o convulsionando).
- Descartar cualquier signo de peligro en general, a través de las siguientes preguntas:
 - ¿Puede la niña/o tomar el seno?
 - ¿Vomita la niña/o todo lo que ingiere?
 - ¿La niña/o ha tenido convulsiones?
- Observar
 1. La niña/o ¿Está letárgico o inconsciente?
 2. La niña/o ¿Está teniendo convulsiones?
- Detección de signos de alarma
 - No respira bien o respira rápido
 - Esta débil, no reacciona
 - Está morado o pálido
 - Está frío o con fiebre
 - Esta tieso o con ataques
 - Tiene el ombligo rojo o con pus
 - No lacta bien
 - Las plantas o palmas se ven amarillas.

En caso de que el TAPS encuentre una niña/o con los signos de alarma anteriores, se debe comunicar a los profesionales de salud del establecimiento de salud para realizar la derivación y

proceder a la activación de la red de emergencia del sistema de salud y del SIS-Ecu 911; además coordinar con los profesionales de salud el traslado empleando medios de transporte comunitario. (Ver anexo 5).

- En el caso de la alimentación, el TAPS deberá preguntar a los padres y/o cuidadores:
 - ¿Le da la madre el seno a la niña/o?
 - ¿Cuántas veces al día?
 - ¿También durante la noche?
 - ¿La niña/o ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?
 - ¿Qué alimento o líquido?
 - ¿Cuántas veces por día?
 - ¿Por qué y desde cuándo se introdujo otros alimentos? (para niña/os menores de 6 meses).
 - ¿La niña/o recibe su propia porción?
 - ¿Quién le da de comer a la niña/o?
 - ¿Utiliza biberón?
- Verificar el esquema de vacunación acorde a la edad en la Libreta Integral de Salud. (Ver anexo 7). El rol del TAPS fundamentalmente es la captación de recién nacido con esquemas incompletos de vacunas, realizar la referencia al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participará en los procesos de vacunación y cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluadas sus destrezas y habilidades.
 - Verificar peso al nacer.
 - Identificar en la Libreta Integral de Salud la administración de micronutrientes en polvo, y vitamina A, a partir de los 6 meses de vida.
 - Incentivar a los padres y/o cuidadores sobre la realización del tamizaje neonatal.
 - Captación y derivación de niñas/os con problemas visuales y/o auditivos.
 - Informar sobre los accidentes propios de la edad.
 - Reportar si los cuidadores tienen tos con flema por más de 15 días.
 - Prevención, identificación y derivación al establecimiento de salud de probables casos de discapacidad o problemas del desarrollo.
 - Informar a los padres y/o cuidadores sobre medidas de prevención de violencia, importancia del buen trato como factores protectores para la prevención de abuso sexual.
 - Seguimiento a los niños menores de cinco años con desnutrición crónica y aguda.

Acciones de Promoción:

- Sensibilizar a padres y/o cuidadores sobre el manejo del RN, la higiene corporal, bucal y alimentación.
- Promover la autoconfianza de los padres y/o cuidadores en el cuidado de la niña/o y reforzar el vínculo afectivo, fortaleciendo el buen trato. Promover la autoconfianza de los padres y/o cuidadores sobre el cuidado de la niña/o, fortaleciendo el vínculo afectivo y el buen trato.
- Informar sobre prevención de las distintas formas de violencia.
- Educar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación en la prevención de enfermedades, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, excepto en mujeres que viven con VIH. (Ver anexo 6), alimentación complementaria a partir de los 6 meses, ablactación.
- Consejería a padres o responsables del cuidado del bebé, en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad; sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria (5 y 9 meses de edad), dirigidas a padres o responsables de cuidado del niño, importancia del consumo de proteína animal.

- Identificar e informar al profesional de salud, posibles cambios en el desarrollo psicomotriz.
- Identificar y derivar al establecimiento de salud probables casos de discapacidad o problemas del desarrollo.
- Motivar para que acuda a los controles médicos en el establecimiento de salud y promocionar los servicios con los que se cuenta.
- Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones comunes en el desarrollo y comportamiento a la edad de la niña/o e identificación de malos hábitos bucales como succión digital, respiración bucal, morder sus uñas.
- Según la información que se obtiene, el TAPS puede definir qué temas abordar y ahondar con los padres y/o cuidadores. No obstante, se recomienda que se priorice los temas, empleando los recursos desarrollados por el Ministerio de Salud Pública. <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/t8EgZShxvCPSkJ7>
- Después de los 6 meses de edad: lavado de manos, higiene de alimentos, introducción de alimentación complementaria, combinación apropiada de alimentos de los que dispone, forma de prepararlos, consistencia (espesa) y frecuencia de consumo (4 a 5 veces por día), administración de micronutrientes
- Una recomendación que siempre debe prevalecer durante las visitas a los domicilios es exhortar a los padres y/o cuidadores a que retengan parte de su producción (leche, quinua, huevos, habas, etc.) para su consumo y el de su familia si los tuviera.
- En los casos que se encuentre que la alimentación no es saludable para la edad, el TAPS educará a la familia y/o cuidadores de la niña/o sobre la alimentación saludable y derivará al establecimiento de salud. Se programarán visitas de seguimiento para constatar la aplicación de las recomendaciones nutricionales.
- Por otro lado, no se debe dejar de lado el reforzar positivamente las habilidades parentales de buen trato, respeto y garantía de los derechos de las niñas/os (7). Para ello el TAPS debe orientar a los padres y/o cuidadores a:
 - Estimular a sus hijos con gestos de expresión y amor.
 - Destinar el mayor tiempo posible para hablar, compartir y desarrollar actividades con sus hijos, involucrando a otros miembros de la familia.
 - Comprender que el castigo físico y el maltrato psicológico producen efectos negativos en el desarrollo de las niñas/os.
 - Explicar siempre las razones por las cuales un comportamiento o conducta es negativa o inapropiada.
- Recordar a los padres y/o cuidadores que acorde a la edad de la niña/o, se ha establecido un número mínimo de controles: (7)
 - **1 a 12 meses:** un control mensual los primeros 8 meses, luego cada dos meses hasta los 12 meses en caso de lactantes sin riesgo, y manteniendo los controles mensuales en caso de niñas y niños con riesgo bio-psico-social.
 - **13 a 24 meses:** un control cada 3 meses, en caso de riesgo bio-psico-sociales se acortará el tiempo entre controles a criterio técnico.
 - **24 a 60 meses:** un control cada 6 meses, y en caso de existir riesgo bio-psico-sociales, uno cada 3 meses junto con una visita domiciliaria obligatoria.

Niñas/os de 1 a 4 años

Acciones de prevención:

- Verificar esquema de inmunización según la edad. (Ver anexo 7). El rol del TAPS fundamentalmente es la captación de las niñas/os con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participar en los procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluado en sus destrezas y habilidades.
- Verificar el estado nutricional, el desarrollo psicomotriz en relación con su edad acorde a la Libreta Integral de Salud.
- Detección oportuna de trastornos visuales en niñas/os

- Identificar en la Libreta Integral de Salud la administración de micronutrientes en polvo, y vitamina A, a partir de los 6 meses de vida.
- Seguimiento a los niños con desnutrición crónica aguda
- Prevención, identificación y derivación al establecimiento de salud de probables casos de discapacidad o problemas del desarrollo
- Charlas de cepillado dental e identificación de las niñas/os con dolor dental.
- Informar a los padres y/o cuidadores sobre medidas de prevención de violencia sexual en niñas/os, al interior de la familia, comunidad o institución educativa.

Acciones de promoción:

Información de educación a padres y/o cuidadores

- Promover la autoconfianza de los padres y/o cuidadores en el cuidado de la niña/o y reforzar el vínculo afectivo, fortaleciendo el buen trato.
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los 2 años, la alimentación saludable, el desarrollo psicomotriz en relación con su edad acorde a Libreta Integral de Salud.
- Sensibilizar a padres y/o cuidadores sobre la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de las niñas/os.
- Motivar para que acuda a los controles médicos en el establecimiento de salud y promocionar los servicios con los que se cuenta.
- Identifica e informa al profesional de salud, posibles cambios en el desarrollo psicomotriz.
- Informar a los padres o cuidadores la importancia de hablar constantemente con sus hijos sobre el cuidado de su cuerpo, privacidad de los espacios, partes íntimas, actitudes incómodas de cercanía con los adultos, la importancia que los niños identifiquen un adulto de confianza.
- Informar a los padres o cuidadores que deben estar alerta sobre los posibles cambios en el comportamiento de los niños y niñas relacionados con la violencia física o sexual especialmente: terror nocturno o pesadillas recurrentes, dificultad para controlar la orina mientras duerme, alejamiento y necesidad de estar solo. De identificar estos cambios derivar de inmediato al establecimiento de salud.

Lineamientos para el TAPS en la estrategia de los 1000 días.

1. Participar en la búsqueda activa de niños menores de 2 años y mujeres embarazadas.
2. Seguimiento de cada caso.
3. Iniciar un proceso de vigilancia comunitaria.
4. Articular con técnicos de acompañamiento familiar del MIES.
5. Identificación de casos nuevos en la comunidad y derivación al establecimiento de salud.

Es importante recalcar que estas acciones no constituyen una labor adicional para el TAPS, pues el llenado de las fichas familiares, la verificación de la Libreta Integral de Salud, la identificación de riesgos, la educación a los padres y/o cuidadores de la niña/o, el seguimiento caso a caso, y la articulación con los Comités Ciudadanos Locales de Salud se encasillan en el trabajo que diariamente realiza el técnico en la comunidad (cuadro 2).

Para ello, es esencial que el TAPS sea capacitado continuamente en temas como: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, higiene corporal y bucal, lavado de manos, entre otros. Se puede complementar la capacitación mediante la lectura del libro paso a paso por una infancia plena que se lo puede descargar en el siguiente link:

<https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/t8EgZShxvCPSkJ7>

Cuadro 2: Lineamientos para el técnico de atención primaria de salud en la estrategia de los 1000 días.

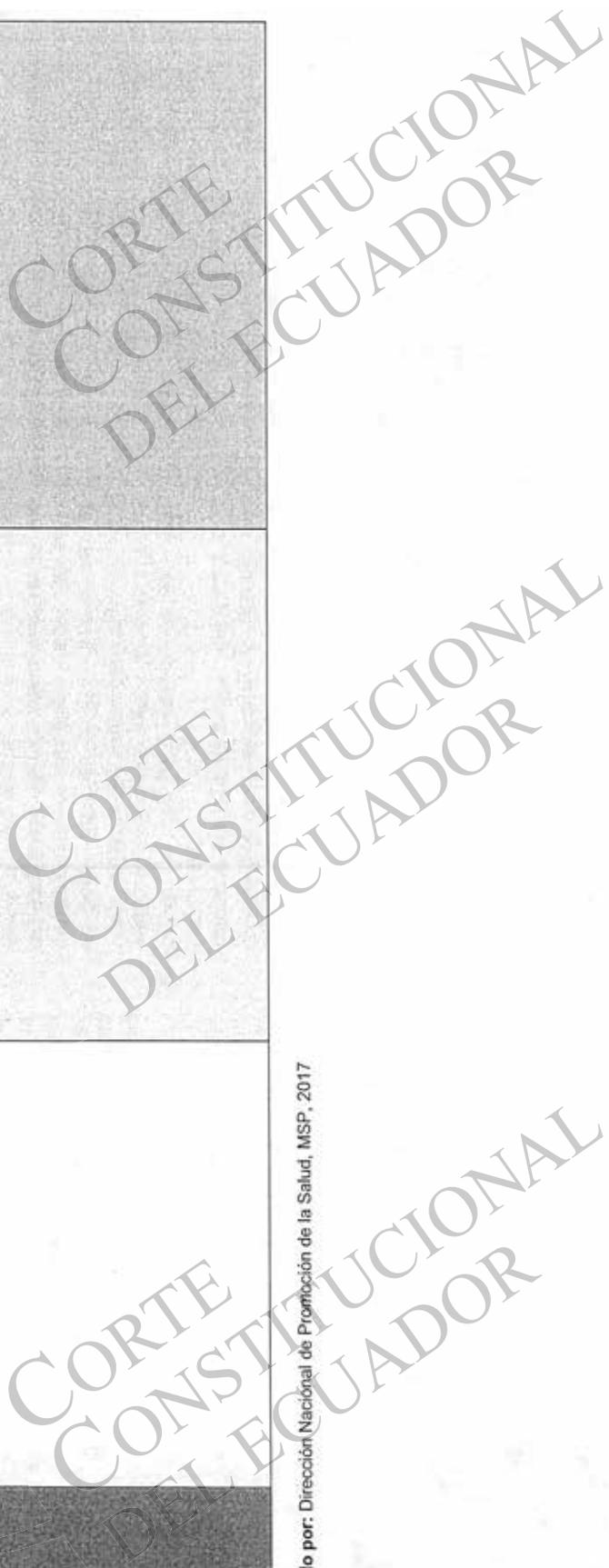
Ejes	Neonatos (0 A 28 DÍAS)	Infante (29 días a 24 meses)	Desnutrición aguda
	<p>Con riesgo de desnutrición y/o desnutrición crónica sin complicaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acudir al domicilio y levantar la ficha familiar en coordinación con los profesionales de salud. Evaluar la presencia de riesgos (parto en domicilio, baja educación de la madre, edad de la madre, número de hijos, ausencia de agua y saneamiento, distancia mayor a 1 hora entre el domicilio y el establecimiento de salud). Reportar los riesgos a los profesionales de salud mediante la ficha familiar. 2. Monitoreo de peso y talla mensual (reporte mensual al director del establecimiento de salud, SISVAN y PRAS). Si la talla para la edad del infante no mejora, después de la segunda visita, deberá ser referido al establecimiento de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Por el contrario, si después de la segunda visita, la talla para la edad incrementa en forma ascendente, felicitar a la madre o cuidadores e incentivarles a que continúen con los controles mensuales en el establecimiento de salud. 3. Realizar seguimiento de las referencias: si no acude al control, planificar visita domiciliaria con los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. 4. En cada visita: interrogar a la madre sobre: <ol style="list-style-type: none"> a. Hasta los 6 meses de edad: dificultades con la lactancia materna, introducción de sucedáneos de leche materna. b. Después de los 6 meses de edad: alimentos con los que cuenta la familia con mayor frecuencia, qué tipo de alimentos come la niña/o, cuántas veces al día le da de comer, que cantidad consume en medidas caseras y observe la forma de preparar los alimentos y la cantidad que se sirve al infante. 5. Brindar asesoría a la madre: <ol style="list-style-type: none"> a. Hasta los 6 meses de edad: lactancia materna exclusiva, excepto en madres que viven con VIH, TB, técnica correcta de amamantamiento, alimentación saludable de la madre. b. Después de los 6 meses de edad: lavado de manos, higiene de alimentos, combinación apropiada de alimentos de 	<p>Con riesgo de desnutrición y/o desnutrición crónica sin complicaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acudir al domicilio y levantar la ficha familiar en coordinación con los profesionales de salud. Evaluar la presencia de riesgos (baja educación de la madre, edad de la madre, número de hijos, ausencia de agua segura y saneamiento adecuado, distancia mayor a 1 hora entre el domicilio y el establecimiento de salud). Reportar los riesgos a los profesionales de salud mediante la ficha familiar. 2. Monitoreo de peso y talla mensual (reporte mensual al director del establecimiento de salud, SISVAN y PRAS). Si la talla para la edad del infante no mejora, después de la segunda visita, deberá ser referido al establecimiento de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Por el contrario, si después de la segunda visita, la talla para la edad incrementa en forma ascendente, felicitar a la madre o cuidadores e incentivarles a que continúen con los controles mensuales en el establecimiento de salud. 3. Realizar seguimiento de las referencias: si no acude al control, planificar visita domiciliaria con los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. 4. En cada visita: interrogar a la madre sobre: <ol style="list-style-type: none"> a. Hasta los 6 meses de edad: dificultades con la lactancia materna, introducción de sucedáneos de leche materna antes de los 6 meses de edad. b. Después de los 6 meses de edad: alimentos con los que cuenta la familia con mayor frecuencia, qué tipo de alimentos come la niña/o, cuántas veces al día le da de comer, que cantidad 	<p>Desnutrición aguda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acudir al domicilio y levantar la ficha familiar en coordinación con los profesionales de salud. Evaluar la presencia de riesgos (baja educación de la madre, edad de la madre, número de hijos, ausencia de agua y saneamiento, distancia mayor a 1 hora entre el domicilio y el establecimiento de salud). Reportar los riesgos a los profesionales de salud mediante la ficha familiar. 2. Monitorear peso y talla quincenal y reportar al médico. 3. Realizar seguimiento: si no acude al control, planificar visita domiciliaria con los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. 4. En cada visita: Interrogar a la madre sobre: <ol style="list-style-type: none"> a. Hasta los 6 meses de edad: dificultades con la lactancia materna, introducción de sucedáneos de leche materna. b. Después de los 6 meses de edad: alimentos con los que cuenta la familia con mayor frecuencia, qué tipo de alimentos come la niña/o, cuántas veces al día le da de comer, que cantidad consume en medidas caseras y observe la forma de preparar los alimentos y la cantidad que se sirve al infante. 5. Brindar asesoría a la madre: <ol style="list-style-type: none"> a. Hasta los 6 meses de edad: lactancia materna exclusiva, excepto en madres que viven con VIH, TB, técnica correcta de amamantamiento, alimentación saludable de la madre. b. Después de los 6 meses de edad: lavado de manos, higiene de alimentos, combinación apropiada de alimentos de

<p>7. Realizar seguimiento de controles mensuales posteriores.</p>	<p>consume en medidas caseras y observe la forma de preparar los alimentos y la cantidad que se sirve al infante</p> <p>5. Brindar asesoría a la madre:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hasta los 6 meses de edad: lactancia materna exclusiva (excepto en madres diagnosticadas con VIH, TB). Técnica correcta de amamantamiento, alimentación saludable de la madre. Después de los 6 meses de edad: lavado de manos, higiene de alimentos, combinación apropiada de alimentos, los que dispone, forma de prepararlos, consistencia (espesa) y frecuencia de consumo (4 a 5 veces por día). Recomendar a los padres y/o cuidadores que parte de su producción (leche, quinua, habas, etc.) se quede en su casa para su consumo y de la niña/o desnutrido. <p>6. Realizar seguimiento de controles mensuales posteriores.</p> <p>7. Apoyar al monitoreo de sesiones de consejería en alimentación complementaria, realizadas por Técnicos de Acompañamiento Familiar de CNH y Coordinadoras de CID.</p> <p>8. Monitorear el consumo de un huevo diario, o porción de proteína animal diaria en el menú de los niños y niñas que asisten a CID.</p>	<p>los que dispone, forma de prepararlos, consistencia (espesa) y frecuencia de consumo (4 a 5 veces por día).</p> <p>c. Recomendar a los padres y/o cuidadores que parte de su producción (leche, quinua, habas, etc.) si la tiene se quede en su casa para su consumo y de la niña/o desnutrido.</p> <p>6. Realizar seguimiento de controles mensuales posteriores.</p>
<p>2. INICIAR PROCESO DE VIGILANCIA COMUNITARIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> Remitir al profesional de salud la lista de todos los casos de recién nacidos con bajo peso al nacer y/o en riesgo, donde conste peso al nacer y fecha del próximo control. Remitir la lista de los recién nacidos con bajo peso al nacer y/o en riesgo, que no acuden al control y comunicar al profesional de salud. Promover acciones de seguimiento comunitario a las familias de los recién nacidos que no acudieron a los controles. Comunicar al profesional de salud, 	<ol style="list-style-type: none"> Remitir al profesional de salud la lista de todos los casos de niñas/os con desnutrición aguda, donde conste peso actual y fecha del próximo control. Remitir la lista de los casos de niñas/os con desnutrición aguda que no acuden al control. Promover acciones de seguimiento comunitario a las familias de los infantes que no acudieron a los controles. Comunicar al profesional de salud los riesgos identificados en las familias de los infantes desnutridos aguda que no acuden al control. Promover la identificación de acciones para incidir sobre los factores de riesgo de la

<p>sobre los riesgos identificados en las familias de los neonatos con bajo peso al nacer y/o en riesgo que no acuden al control.</p> <p>5. Promover la identificación de acciones para incidir sobre los factores de riesgo de la familia y fomentar el cuidado y nutrición adecuada del niño.</p> <p>6. Monitoreo del consumo de proteína animal en el menú de los niños y niñas que asisten a CID.</p>	<p>5. Promover la identificación de acciones para incidir sobre los factores de riesgo de la familia y fomentar el cuidado y nutrición adecuada del niño.</p> <p>6. Monitoreo del consumo de proteína animal en el menú de los niños y niñas que asisten a CID.</p>	<p>familia y fomentar el cuidado y nutrición adecuada del niño.</p> <p>Para atención de modalidad CNH o Centros Infantiles o aquella que se encuentre vigente.</p> <p>Para atención en Centros de Educación Inicial o aquellos que se encuentren vigentes.</p>
<p>3. ARTICULAR CON EL TÉCNICO DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DE MIES</p>	<p>Para atención de modalidad CNH o aquella que se encuentre vigente.</p>	<p>Para atención de modalidad CNH o aquella que se encuentre vigente.</p>
<p>4. IDENTIFICACION DE CASOS NUEVOS EN LA COMUNIDAD</p>	<p>1. Buscar e identificar a todos los neonatos de la comunidad que nacen en domicilio y/o que han sido referidos por los miembros del CCLS o la comunidad.</p> <p>2. Acudir al domicilio, determinar edad del recién nacido, verificar los signos de alarma, utilizando el AIEPI y las señales de alerta de la Libreta Integral de Salud. En caso de identificar riesgos se debe comunicar con el profesional de salud para realizar el establecimiento de salud para la derivación y proceder a la activación de la red de emergencia del sistema de salud y del SIS-Ecu 911; además coordinar con el profesional de salud el traslado empleando medios de transporte comunitario. En casos excepcionales: por ejemplo (problemas de dismovilidad), coordinar la visita domiciliar de los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Por otro lado, de no existir riesgos, derivar para control en</p>	<p>1. Buscar e identificar a todos los neonatos de la comunidad que nacen en domicilio y/o que han sido referidos por los miembros del CCLS o la comunidad.</p> <p>2. Acudir al domicilio, determinar la edad, verificar factores de riesgo utilizando el AIEPI y las señales de alerta de la Libreta Integral de Salud. En caso de identificar riesgos se debe comunicar con el profesional de salud para realizar la derivación y proceder a la activación de la red de emergencia del sistema de salud y del SIS-Ecu 911; además coordinar con el profesional de salud el traslado empleando medios de transporte comunitario. En casos excepcionales por ejemplo (problemas de dismovilidad), coordinar la visita domiciliar de los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Según el diagnóstico médico del recién nacido, continuar con seguimiento de caso acorde a la línea estratégica 1 o visitas rutinarias para asesoría a la madre en diferentes temáticas</p>
<p>4. IDENTIFICACION DE CASOS NUEVOS EN LA COMUNIDAD</p>	<p>1. Buscar e identificar a todas las niñas/os con desnutrición crónica o en riesgo que han sido referidos por los miembros del CCLS o la comunidad.</p> <p>2. Acudir al domicilio, determinar la edad, verificar factores de riesgo utilizando el AIEPI y las señales de alerta de la Libreta Integral de Salud. En caso de identificar riesgos se debe comunicar con el profesional de salud para realizar la derivación y proceder a la activación de la red de emergencia del sistema de salud y del SIS-Ecu 911; además coordinar con el profesional de salud el traslado empleando medios de transporte comunitario. En casos excepcionales por ejemplo (problemas de dismovilidad), coordinar la visita domiciliar de los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Según el diagnóstico médico del recién nacido, continuar con seguimiento de caso acorde a la línea estratégica 1 o visitas rutinarias para asesoría a la madre en diferentes temáticas</p>	<p>1. Buscar e identificar a todos los neonatos de la comunidad que nacen en domicilio y/o que han sido referidos por los miembros del CCLS o la comunidad.</p> <p>2. Acudir al domicilio, determinar edad del recién nacido, verificar factores de riesgo utilizando el AIEPI y las señales de alerta de la Libreta Integral de Salud. En caso de identificar riesgos se debe comunicar con el profesional de salud para realizar la derivación y proceder a la activación de la red de emergencia del sistema de salud y del SIS-Ecu 911; además coordinar con el profesional de salud el traslado empleando medios de transporte comunitario. En casos excepcionales por ejemplo (problemas de dismovilidad), coordinar la visita domiciliar de los profesionales de salud en un plazo no mayor a 48 horas. Por otro lado, de no existir riesgos, derivar para control en un plazo no mayor a 48 horas.</p> <p>3. Según el diagnóstico médico del recién nacido, continuar con seguimiento de caso acorde a la línea estratégica 1 o visitas</p>

<p>un plazo no mayor a 48 horas.</p> <p>3. Acorde al diagnóstico médico del recién nacido, continuar con seguimiento del caso acorde a la línea estratégica 1 o visitas rutinarias para asesoría a la madre en diferentes temáticas.</p>		<p>rutinarias para asesoría a la madre en diferentes temáticas.</p>
--	--	---

Elaborado por: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2017



Niñas/os de 5 a 9 años:

Acciones de prevención:

- Verificar esquema de Inmunización según la edad. (Ver anexo 7).
- Captación de las niñas/os con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participar en los procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente ser evaluado en sus destrezas y habilidades.
- Captación, agendamiento y seguimiento de niños con sobrepeso y obesidad.
- Captación de pacientes con problemas visuales y/o auditivos para derivación al establecimiento de salud.
- Identificación y derivación al establecimiento de salud de probables casos de discapacidad o problemas del desarrollo.
- Charlas de cepillado dental e identificación de niñas/os con dolor dental, para derivación al establecimiento de salud.
- Informar cómo prevenir riesgos de accidentes en el hogar y la escuela.
- Informar a los padres y/o cuidadores sobre medidas de prevención de violencia sexual en niñas/os, al interior de la familia, comunidad o institución educativa.
- Informar a los padres respecto a alimentación saludable y actividad física.

Acciones de promoción:

Información en educación a padres y/o cuidadores

- Promover la autoconfianza de los padres y/o cuidadores en el cuidado de la niña/o, fortalecer el vínculo afectivo reforzando el buen trato y prevención de las distintas formas de violencia.
- Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, la alimentación saludable acorde a la edad, actividad física y estimulación psicomotriz.
- Sensibilizar a padres y/o cuidadores sobre la higiene, salud bucal, colocación de sellantes, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de las niñas/os y salud sexual.
- Motivar para que acuda a los controles médicos en el establecimiento de salud y promocionar los servicios con los que se cuenta.
- Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo de la niña/o, así como en el comportamiento.
- Informar sobre el programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario. Consejería Nutricional y promoción de actividad física en niños con riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Informar a los padres o cuidadores la importancia de hablar constantemente con sus hijos sobre el cuidado de su cuerpo, privacidad de los espacios, partes íntimas, actitudes incómodas de cercanía con los adultos, la importancia que los niños identifiquen un adulto de confianza.
- Informar a los padres o cuidadores que deben estar alerta sobre los posibles cambios en el comportamiento de los niños y niñas relacionados con la violencia física o sexual especialmente: terror nocturno o pesadillas recurrentes, dificultad para controlar la orina mientras duerme, alejamiento y necesidad de estar solo. De identificar estos cambios derivar de inmediato al establecimiento de salud.
- Informar sobre medidas de prevención de acoso escolar en niñas/os

Acciones de promoción en establecimientos educativos

- Educar y promover en la comunidad educativa sobre el reglamento de control de funcionamiento de bares escolares y su aplicación en las instituciones educativas.
- Educar y promover en la comunidad educativa sobre alimentación saludable y práctica de actividad física.

7.3.4. Atención a las/os adolescentes de 10 a 19 años

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Visita domiciliaria

- Captación: adolescente, hijo de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo o hijos de madres con VIH, TB, con discapacidad, con esquemas incompletos de vacunas o que no acuden a control médico.
- Identificación y participación en la búsqueda activa de riesgos de acuerdo con la ficha familiar vigente con el fin de desarrollar una intervención oportuna con el resto de los profesionales de salud.
- Identificar adolescentes embarazadas, adolescentes con una vida sexual activa que no estén utilizando métodos anticonceptivos.
- Identificar adolescentes madres que no usen anticonceptivos.
- Identificar madres adolescentes menores de 14 años.
- Identificar adolescentes embarazadas menores de 14 años y notificar de manera inmediata al establecimiento de salud, considerando el vínculo existe con violencia sexual.
- Identificar adolescentes que deseen usar un método anticonceptivo.
- Incentivar a los adolescentes de la comunidad a formar parte del club de adolescentes de los establecimientos de salud.
- Informar de las actividades, horarios de reunión de los clubs de adolescentes.
- Trabajar de manera coordinada con los profesionales de salud en las actividades realizadas con los adolescentes.

El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que identifique: riesgo biológico, socio económico y ambiental, con la finalidad de brindar una atención integral.

Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar vigente

Riesgo biológico

- Embarazo.
- Malnutrición, por déficit o exceso.
- Antecedentes de enfermedad crónica en el adolescente.
- Inactividad física.
- Alimentación no saludable o inapropiada.
- Tos con flema por más de 15 días.

Riesgo socio- económico

- Pobreza y/o desempleo.
- Discapacidad.
- Embarazo.
- Madre soltera.
- Deserción escolar.

- Baja escolaridad de padres y/o cuidadores.
- Violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico, por orientación sexual, identidad de género.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el hogar.
- Riesgo de accidentes.
- Trastornos de la conducta.

Riesgo ambiental

- Condiciones ambientales insalubres.
- Animales dentro de la vivienda, presencia de criaderos de mosquitos.
- Agua y saneamiento básico deficiente.
- Mal manejo de desechos.

Acciones de prevención:

- Verificar esquema de inmunización según la edad. (Ver anexo 7). El rol del TAPS fundamentalmente es la captación de las/os adolescentes con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participar en los procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluado en sus destrezas y habilidades.
- Verificar el estado nutricional (sobrepeso u obesidad), el desarrollo psicomotriz en relación con su edad acorde a Libreta Integral de Salud.
- Captación de pacientes con problemas visuales y/o auditivos para referencia al establecimiento de salud.
- Prevención, identificación y derivación al establecimiento de salud de probables casos de discapacidad, problemas del comportamiento, consumo de sustancias, violencia.
- Charlas sobre Tuberculosis.
- Charlas de cepillado dental e identificación de adolescentes con dolor dental, para derivación al establecimiento de salud.
- Informar cómo prevenir riesgos de accidentes en el hogar y la escuela.
- Informar a los padres o cuidadores la importancia de hablar constantemente con sus hijos sobre el cuidado de su cuerpo, privacidad de los espacios, partes íntimas, actitudes incómodas de cercanía con los adultos, la importancia que los niños identifiquen un adulto de confianza.
- Informar a los padres o cuidadores que deben estar alerta sobre los posibles cambios en el comportamiento de los y las adolescentes relacionados con la violencia física o sexual especialmente: terror nocturno o pesadillas recurrentes, dificultad para controlar la orina mientras duerme, alejamiento y necesidad de estar solo. De identificar estos cambios derivar de inmediato al establecimiento de salud.

Acciones de promoción:

- Informar que el establecimiento de salud es un espacio amigable para adolescentes donde el equipo de salud respetará sus derechos y solventará sus inquietudes.
- Información en educación a padres y/o cuidadores y adolescentes.
- Promover la autoconfianza de los padres y/o cuidadores en el cuidado del adolescente y fortalecer el vínculo afectivo, promoviendo el buen trato, prevención de violencia basada en género, orientación sexual, e identidad de género.
- Informar a padres y/o cuidadores y a los adolescentes sobre la importancia de la actividad física, la alimentación saludable acorde a la edad, y los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Informar a padres y/o cuidadores y a los adolescentes que, si están saludables, a los 18 años podrían realizar su primera donación voluntaria de sangre, como primera experiencia para convertirse en donantes voluntarios y habituales; además se deberá informar sobre los requisitos de un donante de sangre:

1. Estar en un buen estado de salud.

2. Tener entre 18 a 65 años.
 3. Pesar mínimo 110 libras (50 kg).
 4. Dormir mínimo 6 horas.
 5. No fumar ni tomar bebidas alcohólicas por lo menos 2 horas antes y después de la donación de sangre.
 6. Acudir voluntariamente al punto de colecta de sangre.
- Hay que señalar que la donación de sangre no es un medio para identificar si es portador o no de enfermedades infecciosas, ya que puede estar en tiempo de ventana y perjudicar al paciente que requiera de una transfusión de sangre con su sangre contaminada.
 - Sensibilizar a padres o cuidadores y a los adolescentes sobre la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar.
 - Informar sobre los derechos de los adolescentes a acceder a información oportuna, completa, veraz, basada en evidencia científica sobre: derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de embarazos, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos incluyendo el uso correcto del condón, anticoncepción oral de emergencia, prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.
 - Informar que el establecimiento de salud cuenta con un "Club de Adolescentes", y los horarios de reunión.
 - Captar al grupo de adolescentes de la comunidad que se encuentren interesados en formar parte del club de adolescentes del establecimiento de salud.
 - Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones para motivar el buen uso del tiempo libre.
 - Motivar para que acuda a los controles médicos en el establecimiento de salud y promocionar los servicios con los que se cuenta, incluido planificación familiar y oferta de la prueba de VIH.
 - Informar sobre el programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario.
 - Fomentar la participación en los clubes de adolescentes y en los establecimientos de salud inclusivos y amigables.
 - Fomentar la generación de proyectos de vida.
 - Fomentar la práctica de actividad física.
 - Consejería Nutricional; promoción de actividad física en adolescentes con sobrepeso y obesidad.
 - Educar y promover en la comunidad educativa sobre el reglamento de control de funcionamiento de bares escolares y su aplicación en las instituciones educativas en la comunidad.
 - Fomentar en el adolescente mediante actividades participativas, el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan resolver conflictos, tomar decisiones y ser resiliente.

7.3.5. Adultos de 20 a 64 años

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Visita domiciliaria

- Captación, agendamiento y seguimiento a adultos, con sobrepeso y obesidad, y enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad asignada.
- Captación y seguimiento como familia de riesgo persona con VIH, TB, con discapacidad, o con problemas de salud mental, garantizando el derecho a la confidencialidad.
- Identificación y participación en la búsqueda activa de riesgos de acuerdo con la ficha familiar vigente con el fin de desarrollar una intervención oportuna con el resto de los profesionales de salud.
- Identificar presuntos casos de violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo.
- Identificar posibles donantes voluntarios de sangre.
- Identificar mujeres en edad fértil que no usen anticonceptivos.

El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que identifique: riesgo biológico, socio económico y ambiental, con la finalidad de brindar una atención integral.

Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar vigente

Riesgo biológico

- Malnutrición, por déficit o exceso.
- Antecedentes familiares de enfermedad crónica.
- Sedentarismo.
- Alimentación no saludable.
- Tos con flema por más de 15 días.
- Prácticas sexuales inseguras.
- Riesgo cardiovascular, riesgos metabólicos.
- Detección oportuna de cáncer: cérvico uterino, mama.
- Detección oportuna de cáncer de próstata.
- Salud bucal.
- Ausencia de Planificación familiar.

Riesgo socio- económico

- Pobreza y/o desempleo.
- Discapacidad auditiva, físico motriz, visual, intelectual y mental.
- Embarazo en adolescente, hija u otro familiar.
- Madre o padre soltera/o, separado, divorciado o viudo que tengan a cargo los hijos.
- Baja escolaridad.
- Violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico, sexual.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el hogar.
- Riesgo de accidentes.
- Hacinamiento.

Riesgo ambiental

- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Animales dentro de la vivienda, presencia de craderos.
- Agua y saneamiento básico deficiente.
- Mal manejo de desechos.

Acciones de prevención:

- Verificar el esquema de inmunización acorde a la edad. (Ver anexo 7). El rol del TAPS fundamentalmente es la captación de adultos con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participará en los

procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluado en sus destrezas y habilidades.

- Verificar el estado nutricional (sobrepeso u obesidad), nivel de actividad física y derivar al establecimiento de salud en casos necesarios.
- Captar mujeres en edad reproductiva y aplicar los lineamientos descritos en la Estrategia para la Reducción de la Muerte Materna.
- Captación de pacientes para tamizaje de cáncer: cérvico uterino, mama, y derivar al establecimiento de salud.
- Captación de pacientes con problemas visuales y/o auditivos para la derivación al establecimiento de salud.
- Captación y derivación al establecimiento de salud de probables casos de discapacidades, problemas de salud mental; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos de la conducta alimentaria, violencia.
- Charlas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y planificación familiar y los servicios del establecimiento de salud en estos temas, ofertar la prueba de VIH.
- Charlas sobre Tuberculosis.
- Charlas sobre salud oral y bucal.
- Prevenir riesgos de accidentes en el hogar y ocupacional.

Acciones de promoción:

- Sensibilizar sobre temas de alimentación saludable, salud bucal, buen trato, derechos, violencia de género, prevención de violencia intrafamiliar, salud sexual y reproductiva, riesgos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, enfermedades no transmisibles, infecciones de transmisión sexual incluido VIH, tuberculosis, salud mental.
- Informar sobre los requisitos de un donante de sangre:
 - Estar en un buen estado de salud.
 - Tener entre 18 a 65 años.
 - Pesar mínimo 110 libras (50 kg).
 - Dormir mínimo 6 horas.
 - No fumar ni tomar bebidas alcohólicas por lo menos 2 horas antes y después de la donación de sangre.
 - Acudir voluntariamente al punto de colecta de sangre.
- Hay que señalar que la donación de sangre no es un medio para identificar si es portador o no de enfermedades infecciosas, ya que puede estar en tiempo de ventana y perjudicar al paciente que requiera de una transfusión de sangre con su sangre contaminada.
- Fomentar la participación social a través de los CCLS.
- Fomentar la visita y promocionar los servicios con los que cuenta el establecimiento de salud.
- Informar sobre el programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario.
- Derivar a las mujeres y hombres en edad fértil al establecimiento de salud para consulta de planificación familiar (Considerar lo citado en el acápite de mujeres en edad fértil).
- Fomentar la práctica de actividad física.
- Trabajar con líderes comunitarios y grupos de mujeres de la comunidad los beneficios de la planificación familiar como la principal estrategia para reducir la mortalidad materna.
- Promover prácticas de buen trato, y exigibilidad del derecho a vivir una vida libre de violencia, prevención de violencia de género, prevención de violencia intrafamiliar.
- Brindar consejería nutricional y promoción de actividad física en adultos con riesgo de sobrepeso y obesidad.

7.3.6. Actividades de promoción y prevención de enfermedades en el adulto mayor

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Visita domiciliaria:

- Captación, agendamiento y seguimiento a adultos mayores, con sobrepeso y obesidad, en la comunidad asignada.
- Captación y seguimiento: miembro de familias que estuvieron en seguimiento como familia de riesgo, persona con VIH, TB, con discapacidad, con problemas de salud mental o cuidados paliativos.
- Identificación y seguimiento de pacientes y familias con riesgos.
- Identificación y participación en la búsqueda activa de riesgos de acuerdo con la ficha familiar vigente con el fin de desarrollar una intervención oportuna con el resto de los profesionales de salud.
- Seguimiento de presuntos casos de violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que identifique: riesgo biológico, socio económico y ambiental, con la finalidad de brindar una atención integral.

Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar vigente

Riesgo biológico

- Malnutrición, por déficit o exceso.
- Antecedentes de enfermedad crónica o degenerativa.
- Inactividad física.
- Alimentación no saludable.
- Tos con flema por más de 15 días.
- Riesgos de caídas.
- Salud bucal.
- Deterioro en salud mental o cognitiva.
- Trastornos de la conducta.

Riesgo socio- económico

- Pobreza y/o desempleo.
- Discapacidad.
- Baja escolaridad.
- Soledad y/o abandono.
- Violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico, sexual.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el hogar.
- Riesgo de accidentes.

- Hacinamiento.

Riesgo ambiental

- Condiciones ambientales insalubres.
- Animales dentro de la vivienda, presencia de criaderos de mosquitos.
- Agua y saneamiento básico deficiente.
- Mal manejo de desechos.

Acciones de promoción:

- Consejería a cuidadores y adultos mayores sobre prácticas de vida saludables (alimentación saludable, actividad física, higiene, cuidado personal, higiene bucal, riesgo de automedicación y consumo de drogas, alcohol o tabaco, prevención de violencia intrafamiliar).
- Información a cuidadores y adultos mayores sobre salud sexual, infecciones de transmisión sexual incluida VIH
- Promover espacios saludables y recreativos, participación social, exigencia de derechos y corresponsabilidad.
- Fomentar el buen trato al adulto mayor y envejecimiento activo.
- Incentivar a la reducción del estigma, discriminación y exclusión social.
- Determinar factores de riesgo que afecten la salud mental y derivar al establecimiento de salud.
- Informar sobre el programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario.
- Inducción a cuidadores o familiares en manejo de adulto mayor dependiente para evitar la formación de úlceras por presión.
- Informar sobre la prestación de cuidados paliativos en etapa terminal de la vida.
- Promover a través de la participación social de la comunidad el cuidado integral de los adultos mayores.
- Fomentar la práctica de actividad física.
- Promover prácticas de buen trato, y exigibilidad del derecho a vivir una vida libre de violencia, prevención de violencia de género, prevención de violencia intrafamiliar.

Acciones de prevención:

- Identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo para derivación al establecimiento de salud.
- Captación temprana de pacientes con riesgo de: problemas emocionales consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, personas con enfermedades crónicas.
- Verificar el cumplimiento del esquema de vacunación: neumococo polisacárido e influenza estacional (solo en campañas anuales). El rol del TAPS fundamentalmente es la captación de los adultos mayores con esquemas incompletos de vacunas, realizar la derivación al establecimiento de salud y posterior seguimiento del caso. Participar en los procesos de vacunación cuando el responsable distrital de provisión de servicios o quien cumpla su rol lo disponga. Deberá ser capacitado debidamente en la administración de cada vacuna y periódicamente evaluado en sus destrezas y habilidades.
- Identificación de casos probables de violencia, maltrato, discapacidad y derivación al establecimiento de salud.
- Captación de pacientes con malnutrición, brindar consejería nutricional y derivar al establecimiento de salud en casos necesarios.
- Captación de pacientes con problemas visuales y /o auditivos y derivación al establecimiento de salud.
- Captación de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Consejería de riesgos de accidentes propios de la edad.
- Captación de paciente sintomático respiratorio.
- Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual incluida el VIH.

7.3.7. Actividades integrales de promoción y prevención de enfermedades para las personas con discapacidad.

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Acciones de promoción:

- Motivar a los pacientes con discapacidad para que acudan al establecimiento de salud con el apoyo de sus familiares y/o redes de apoyo.
- Identificar y referir al establecimiento de salud mujeres con discapacidad embarazadas
- Fomentar el buen trato de las personas con discapacidad.
- Incentivar a la familia y comunidad a la reducción del estigma, discriminación y exclusión social.
- Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud reproductiva, prevención de violencia y salud mental en las personas con discapacidad, manejo de la higiene, alimentación y cuidados personales.
- Informar sobre el programa de detección y certificación de discapacidades y ayudas técnicas disponibles, en caso de ser necesario.
- Fomentar espacios saludables y recreativos.
- Fomentar el ejercicio y actividades recreativas.
- Promover a través de la participación social de la comunidad el cuidado integral de las personas con discapacidad.

7.3.8. Actividades integrales de promoción y prevención de enfermedades para pacientes con enfermedades catastróficas raras y huérfanas.

Durante la visita el TAPS de manera individual o conjuntamente con los profesionales de salud - médico del barrio o cualquier otra estrategia vigente, realizará las siguientes actividades:

- a. Contribuir en el llenado de las fichas familiares del área de influencia del establecimiento de salud, con base en la sectorización.
- b. Identificar a través de la ficha familiar vigente las necesidades de la comunidad y grupos de riesgos.
- c. El técnico de atención primaria de salud realizará la derivación comunitaria al establecimiento de salud, en caso de que necesiten atención de los profesionales de salud.

Acciones de prevención:

- Identificación de posibles casos de violencia, maltrato y discriminación.
- Captación de pacientes con discapacidad.

- Captación de pacientes con malnutrición.
- Consejería nutricional.
- Identificación de riesgos y daños a la salud, con el fin de desarrollar una intervención oportuna a los mismos.
- Consejería de riesgos de accidentes propios de la edad.
- Consejería sobre ITS y VIH.
- Consejería sobre planificación familiar.
- Derivación comunitaria en caso de que necesiten atención del profesional de la salud.
- Prevención de enfermedades agudas.

Acciones de promoción:

- Motivar a los pacientes con enfermedades catastróficas, raras y huérfanas para que acudan al establecimiento de salud, para control médico y odontológico.
- Incentivar a la reducción del estigma, discriminación y exclusión social.
- Informar y promover prácticas de nutrición, salud bucal, salud sexual y salud reproductiva y salud mental en las personas con enfermedades catastróficas, huérfanas.
- Informar acerca de su derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, los beneficios de la planificación familiar, la importancia de planificar el momento adecuado para embarazarse, según su condición clínica.
- Promover prácticas de buen trato, y exigibilidad del derecho a vivir una vida libre de violencia, prevención de violencia de género, prevención de violencia intrafamiliar.
- Fomentar espacios saludables y recreativos.
- Fomentar actividades físicas y recreativas.
- Inducción en manejo de la higiene, alimentación y cuidados personales.
- Promover a través de la participación social de la comunidad el cuidado integral de las personas con enfermedades catastróficas, raras y huérfanas.
- Consejería nutricional y promoción de actividad física en adultos mayores con riesgo de sobrepeso y obesidad.
- A esta información se suma la información que debe entregarse acorde a su ciclo de vida.

Capítulo 4

7.4. Articulación intersectorial del técnico de atención primaria de salud en territorio.

La identificación de actores y recursos en el territorio es uno de los pilares fundamentales en el trabajo de los TAPS. A continuación, se describen las actividades que los actores en territorio de otras Carteras de Estado desarrollan en el marco de sus competencias, con la finalidad de que el TAPS y el resto de los miembros de profesionales de salud, identifiquen acciones que podrían desarrollar en conjunto y participen del seguimiento a grupos de atención prioritaria, evitando la duplicidad de actividades y facilitando la articulación intersectorial.

No obstante, esto no limita al TAPS en cuanto a su relacionamiento con otros actores o instituciones, como por ejemplo los Gobiernos Autónomos Descentralizados, Juntas Parroquiales, ONGs, etc.

7.4.1. Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)

La Estrategia "Hombro a Hombro", interviene a nivel de circuitos rurales para brindar asistencia técnica rural permanente al productor en ejes productivos: fréjol, maíz suave, papa, trigo, cebada, chocho, frutales, hortalizas, cuyes, ovinos, entre otros.

Cuentan con 88 Unidades de Asistencia Técnica permanente y 320 técnicos en 109 circuitos, permitiendo el apoyo necesario a pequeños y medianos productores de diversas parroquias y cantones.

Dicha estrategia podrá aportar a los pequeños productores con el acompañamiento de los técnicos de atención primaria de salud, fortaleciendo las actividades extramurales y el pro del mejoramiento de la soberanía alimentaria en beneficio de una alimentación saludable.

7.4.2. Secretaría de Deporte

El proyecto "Ecuador Ejercítate", busca promover la práctica de la actividad física y prácticas de vida saludable en las y los ecuatorianos. Esta iniciativa se lleva a cabo en las 24 provincias del país con 240 puntos integrales, los mismos que constan de actividades como bailoterapia, aeróbicos; gimnasia terapéutica para adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con discapacidad; además de actividades recreativas y deportivas.

El Ministerio de Salud Pública promueve la práctica de actividad física por ciclo de vida, siendo un aporte fundamental las actividades extramurales realizadas por los técnicos de atención primaria de salud para la oferta de actividades físicas y recreativas, las mismas que serán coordinadas con los instructores de Ecuador Ejercítate y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población.

7.4.3. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

El Plan de acompañamiento familiar, es una estrategia que busca mejorar las condiciones de vida de las familias en extrema pobreza, usuarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH). A través de visitas domiciliarias, y la ejecución de encuentros comunitarios se pretende habilitar su acceso a servicios estatales, eliminando las barreras de tipo económico, social y psicológico, y generando cambios internos en las familias, promoviendo así un proceso de movilidad social.

La articulación del TAPS con el técnico de acompañamiento familiar TAF del MIES se realizará para la atención de modalidad de creciendo con nuestros hijos (CNH) o Centros Infantiles.

7.4.4 Ministerio de Educación (MinEduc)

Con el propósito de promover el desarrollo pleno de la población estudiantil mediante el acceso a la salud integral en el entorno escolar, se coordinarán acciones entre el MSP y el MinEduc. Con la finalidad que la población estudiantil participe en la transformación de su entorno y conviertan a la escuela en un espacio de aprendizaje, socialización y difusión de prácticas de vida saludable hacia sus familias y la comunidad en general, contribuyendo de esta forma al cumplimiento del Buen Vivir.

La finalidad de coordinación con el MinEduc, es mejorar y proteger la salud de la población estudiantil, a través de actividades articuladas de promoción de la salud, prevención de

enfermedades, y atención en salud; que contribuyan a alcanzar un estado de completo bienestar, con la participación directa de la comunidad educativa y el personal de salud.

En este contexto, las políticas que involucran la salud escolar pueden ser uno de los medios más eficaces para prevenir o reducir los comportamientos de riesgo y evitar problemas de salud graves entre los estudiantes.

7.5. Red Pública Integral de Salud (RPIS)

Está conformado por las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud, públicos, para quienes el funcionamiento en red es de cumplimiento obligatorio.

En cada territorio (distritos, zonas) organizan y articulan los diferentes establecimientos de salud en red de acuerdo con su nivel de atención y capacidad resolutive, desde las acciones que realizan los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS), quienes son el primer contacto como parte de los profesionales de salud y se constituyen en el nexo entre la comunidad y el primer nivel de atención.

A nivel desconcentrado la Red pública integral de salud se estructura mediante microredes distritales, redes zonales y la macrored.

Gráfico N° 4 Red Pública Integral de Salud



Elaboración: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud

Para la implementación es necesario que todos los establecimientos del territorio funcionen con instrumentos técnicos comunes, como el subsistema de referencia y contrarreferencia, que es esencial para garantizar la continuidad de las prestaciones en los niveles de atención normados.

En el caso de emergencias no se exigirá ningún documento para recibir atención a los pacientes.

8. Abreviaturas

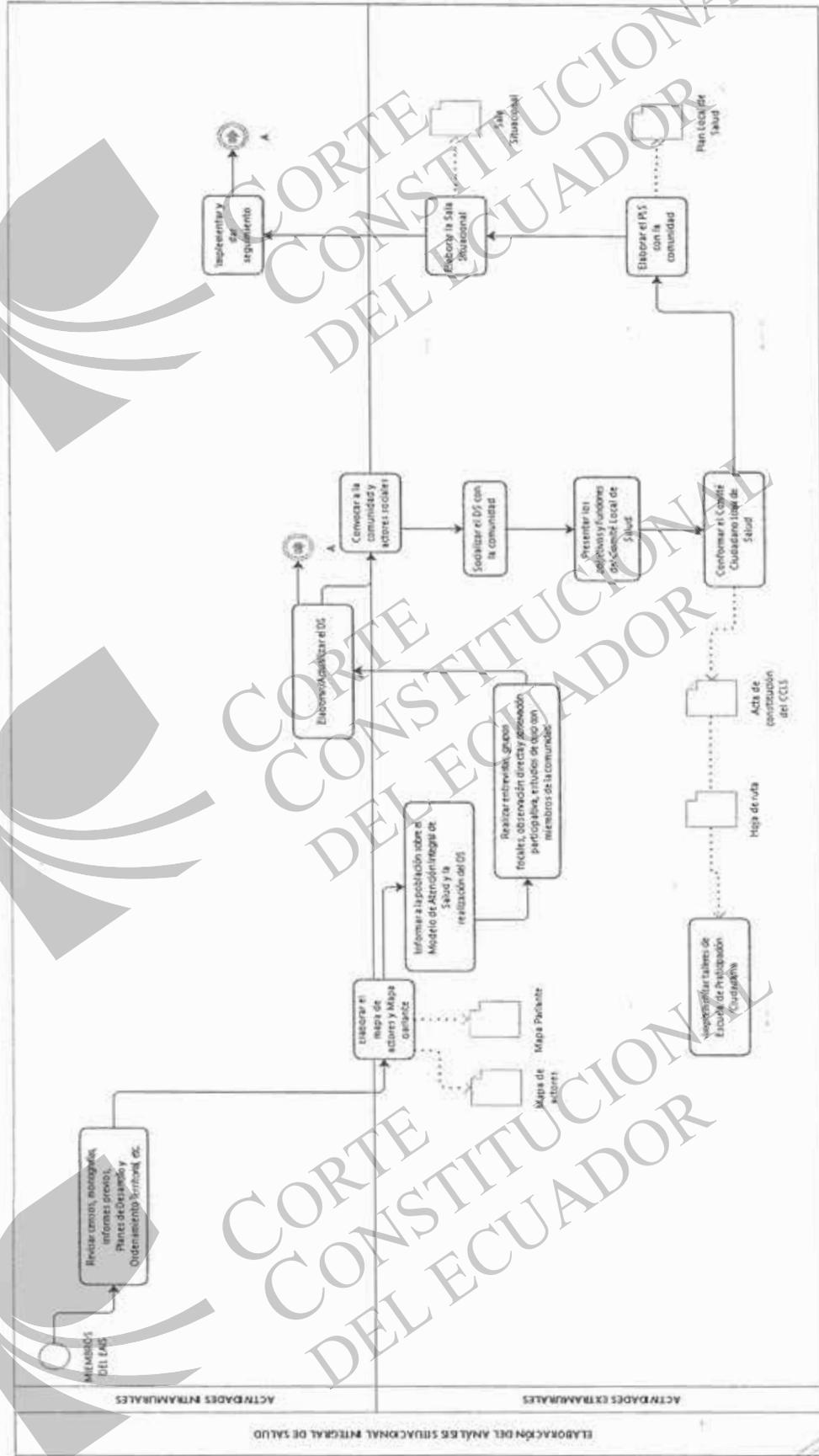
AOE	: Anticoncepción Oral de Emergencia.
APS-R	: Atención Primaria de Salud Renovada.
AIEPI	: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
ASIS	: Análisis Situacional Integral de Salud.
CCLS	: Comité Ciudadano Local de Salud.
EAIS	: Equipo de Atención Integral de Salud.
EDA	: Enfermedad Diarreica Aguda.
IFTH	: Instituto de Fomento al Talento Humano.
ITS	: Infección de Trasmisión Sexual.
LGBTI	: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales.
MAC	: Métodos Anticonceptivos.
MAIS-FCI	: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
MAG	: Ministerio de Agricultura y Ganadería.
MEF	: Mujer en Edad Fértil.
MinEduc	: Ministerio de Educación.
PIANE	: Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición.
PNBV	: Plan Nacional del Buen Vivir.
PNSSSR	: Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
RPIS	: Red Pública Integral de Salud.
RN	: Recién Nacido.
SNS	: Sistema Nacional de Salud.
SIVAN	: Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria y Nutrición.
TAF	: Técnicos de Acompañamiento Familiar.
TAPS	: Técnico de Atención Primaria en Salud.
TB	: Tuberculosis.
PLOS	: Plan Local Operativo de Salud.
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

9. Referencias

1. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. a. ed. Quito, Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; 2013.
2. Ministerio de Salud Pública. Implementación de la estrategia de participación ciudadana en salud en el Ministerio de Salud Pública. Manual. Primera edición. Quito; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
3. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud. 1a. ed. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria en Salud; 2014.
4. Tribunal Constitucional. Constitución de la República del Ecuador. Vol. 449. Quito, Ecuador; 2008.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición, 2018.
7. Ministerio de Salud Pública. Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Cuadro de Procedimientos, 2017.

10. Anexos

Anexo 1: Flujoograma de la construcción de las herramientas del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural



Elaborado por: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2017.

Anexo 2: Mapa de actores



Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
 Dirección Nacional de Participación Social en Salud

ZONA	5
Distrito	09001 - Ximera 1
Unidad Operativa	Centro de Salud N° 3

Nº.	ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONA INDIVIDUAL	FUNCIÓN PRINCIPAL EN LA COMUNIDAD (campo de acción de la organización, institución o persona)	DETERMINACIÓN DE LA PERSONERÍA		NÚMERO DE MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN	RELACIÓN PREDOMINANTE			SEPARACIÓN DE SU PODER			NOMBRES Y APELLIDOS DEL O LA REPRESENTANTE	DIRECCIÓN (COMUNIDAD/BARRIO/ RECINTO DONDE SE ENCUENTRA LA ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN)	NÚMERO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
			Natural	Jurídica		A favor	Indiferente	En contra	Capacidad de convocatoria y referencias para facilitar las acciones:							
									Año	Medio	Bajo					
1	Unidad Educativa Maestro Chávez Franco	Formación y equidad de población según a través de educación por sus alumnos		X	27								Dr. Jorge Galte	Francisco Pagore y Washington	041 733216	onparticipacion@gmail.com
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																

Aprobado por:	Cargo	Sumilla
Revisado por:		
Elaborado por:		

Elaborado por: Dirección Nacional de Participación, MSP, 2017

Anexo 3: Mapa parlante**Mapa parlante**

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer de forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

Para la elaboración de los mapas parlantes se deben utilizar los mapas disponibles en el distrito, que a su vez se elaboran con la población en talleres, asambleas.

La elaboración del mapa base deberá partir dentro de lo posible, de documentos cartográficos existentes y actualizados. A continuación, se listan varias instituciones que disponen de cartografía que pueden servir de base para que el equipo de salud construya el mapa parlante:

- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, que dispone de mapas y planos censales urbanos y rurales.
- Instituto Geográfico Militar, IGM, dispone de mapas planimétricos.
- Municipios, Concejos Provinciales y Juntas Parroquiales disponen de planos y mapas fundamentalmente sus departamentos de Planificación y Catastros.
- Empresas de agua potable y luz eléctrica.
- Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, sobre todo en zonas rurales de la costa.
- Se puede imprimir bajando el mapa de internet.

El mapa parlante será actualizado periódicamente con los datos obtenidos de los diagnósticos dinámicos.

Como elaborar un mapa parlante:

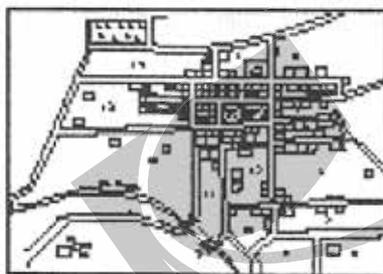
Paso 1. Elaboración del croquis

- Se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más de los documentos cartográficos señalados anteriormente.
- Se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros.

Mantener una dimensión de: 1.20 m. de largo por 90 cm. ancho.

Paso 2. Proceso para la sectorización urbana y rural**Numeración de manzanas**

Se utilizará la existente y asignada por los gobiernos autónomos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa: si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrífugo, de adentro hacia afuera, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3; si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centripeta, es decir de afuera hacia adentro siguiendo las manecillas del reloj.

**Numeración de sectores**

La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificarán con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión. Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, es mejor que cada sector tenga un número similar de manzanas.

**Numeración de viviendas**

Las viviendas se numeran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda N° 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en la manzana N° 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.

**Numeración de Familias**

A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas), el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

Anexo 4: Formulario de derivación comunitaria



Ministerio de Salud Pública

Formulario de derivación comunitaria_uso TAPS

Serie

Distrito

1.1 Nro. de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 Datos generales del paciente:

(a) Apellido paterno	(b) Apellido materno
(c) Primer nombre	(d) Segundo nombre

(e) Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año

 (f) Edad:

años	meses

 (g) Sexo:

1	Hombre
2	Mujer

1.3 Dirección de residencia:

(a) Provincia	(b) Cantón
(c) Parroquia	(d) Localidad /Comunidad / Recinto //Barrio
(e) Calle principal de residencia	Nro.
(f) Calle secundaria de residencia	

(g) Referencias (favor escribir referencias y distancias de lugares cercanos a la residencia):

--

(h) N° teléfono fijo o convencional:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (i) No. de celular:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.6 Fecha de derivación:

Día	Mes	Año

1.7 Signos vitales del paciente:

(a) Presión arterial:

--	--	--	--

 (b) Pulso:

--	--

 (c) Temperatura:

--	--	--

 °C

(d) Frecuencia respiratoria:

--	--

 Respiraciones/min
 (e) Peso:

--	--	--

 kilogramos
 (f) Taille:

--	--	--

 centímetros

1.8 Motivo por el que se realiza la derivación comunitaria:

1 <input type="checkbox"/> Deshidratación grave	7 <input type="checkbox"/> Embarazada sin controles
2 <input type="checkbox"/> Fiebre alta	8 <input type="checkbox"/> Signos de alarma en embarazada
3 <input type="checkbox"/> Tos frecuente por más de 15 días	9 <input type="checkbox"/> Sin control del niño sano
4 <input type="checkbox"/> Presión alta/presión baja sin tratamiento	10 <input type="checkbox"/> Niños(as) con esquema incompleto de vacunación
5 <input type="checkbox"/> Parto sin atención	11 <input type="checkbox"/> Niños(as) con problemas de malnutrición
6 <input type="checkbox"/> Sangrado posparto	12 <input type="checkbox"/> Mujer en edad fértil sin anticoncepción de 10 a 49 años

1.9 Nombre del establecimiento de salud al que se realiza la derivación:

1.10 Requerimiento:

1 <input type="checkbox"/> Vacunas									
2 <input type="checkbox"/> Atención por emergencias									
3 <input type="checkbox"/> Atención consulta externa	Tipo de atención: <input type="text"/> Medicina general, odontología, etc. Fecha de consulta: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Día</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> <td style="width: 20px;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	Hora				
Día	Mes	Año	Hora						

1.11 Nro. de cédula de ciudadanía del TAPS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.12 Apellidos TAPS:

1.13 Nombres TAPS:

1.14 Firma del TAPS:

Documento llenado por el TAPS - para archivo en establecimiento de salud.

Formulario de derivación comunitaria uso TAPS SECCIÓN II. Reporte de atención al paciente

2.1 Nro. de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Serie

Distrito

2.2 Datos generales del paciente:

(a) Apellido paterno	(b) Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(c) Primer nombre	(d) Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 Diagnóstico (CIE-10)

2.4 Cód. CIE-10

2.5 Derivación justificada Sí No

2.6 Requiere seguimiento Sí No

2.7 Fecha de atención: Día Mes Año

2.8 Tipo de atención

Medicina general, odontología, etc.

2.9 Nro. de cédula de identificación y ciudadanía del profesional de salud

2.10 Apellidos y nombres del profesional de salud:

2.11 Firma y sello del profesional de salud:

Documento llenado por el profesional de salud del establecimiento de salud -para seguimiento y control del TAPS-

Formulario de derivación comunitaria uso TAPS SECCIÓN III. Reporte de entrega al paciente, representante y/o familiar

3.1 Nro. de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Serie

Distrito

3.2 Datos generales del paciente:

(a) Apellido paterno	(b) Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(c) Primer nombre	(d) Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(e) Edad: años meses (Indicador de meses)

(f) Sexo: Hombre Mujer

3.3 Grupo priorizado: Código 1 Código 2 (Corresponde a los códigos registrados en la Sección I Pregunta 1.4)

3.4 Motivo por el que se realiza la derivación: Código (Ingresar código marcado en la Sección I Pregunta 1.8)

3.5 Fecha de derivación: Día Mes Año

3.6 Requerimiento:

Vacunas

Atención por emergencias

Atención consulta externa

Tipo de atención:

Medicina general, odontología, etc.

Fecha de consulta: Día Mes Año Hora (h)

3.7 Apellidos representante y/o familiar

3.8 Nombres representante y/o familiar

3.9 Firma del representante y/o familiar:

Documento llenado por el TAPS para su control y seguimiento.

Instrucciones para el llenado de la ficha de derivación comunitaria

La ficha de derivación comunitaria incluye 3 secciones:

- I. Reporte de derivación
- II. Reporte de atención al paciente
- III. Reporte de entrega al paciente, representante y/o familiar

Pasos para el llenado de la ficha

Paso 1.- Llene todos los datos requeridos de la sección I: Reporte de remisión

Se registran los siguientes datos:

- Serie (corresponde al número secuencial de la ficha de derivación comunitaria)
- Código de distrito
- 1.1. Número de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente (registrar correctamente en lo posible tomar directamente del documento original, no registra caracteres especiales como: guión, comas, puntos, etc.)
- 1.2. Datos generales del paciente (apellido paterno, apellido materno, primer nombre, segundo nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo)
- 1.3. Dirección de residencia (provincia, cantón, parroquia, localidad/comunidad/recinto/barrio, calle principal, Nro. Calle secundaria, referencia, Nro. Teléfono convencional, Nro. Teléfono celular), si no existe calle secundaria deje el espacio en blanco.
- 1.4. Grupo priorizado
- 1.5. Apellidos y nombres del representante y/o familiar
- 1.6. Fecha de derivación (día, mes, año)
- 1.7. Signos vitales del paciente
 - a. Presión arterial
 - b. Pulso
 - c. Temperatura
 - d. Frecuencia respiratoria
 - e. Peso
 - f. Talla
- 1.8. Motivo pro el que se realiza la derivación (marque una sola alternativa)
- 1.9. Nombre del establecimiento de salud que realiza la remisión
- 1.10. Requerimiento → Tome en cuenta el flujo establecido para cada opción
- 1.11. Número de cédula de ciudadanía del TAPS
- 1.12. Apellidos TAPS
- 1.13. Nombres del TAPS
- 1.14. Firma del TAPS

Importante

- Si el requerimiento del paciente es "vacunas", el TAPS deberá indicar al paciente y/o familiar que debe acercarse al establecimiento de salud en el horario de atención respectivo.
- Si el requerimiento es "atención pro emergencias" el TAPS acompañará al paciente hasta el establecimiento de salud de primer nivel. Para el caso de las personas que no desean este acompañamiento, el TAPS entregará al paciente/familiar/ representante la ficha de derivación comunitaria secciones I y II e insistir

al paciente/familiar/representante que debe asistir al establecimiento de salud de manera urgente.

- Si el requerimiento es "atención consulta externa" el TAPS gestionará a través del 171 la cita para atención en consulta externa en los establecimientos que tienen contact center.

Paso 2: Llene la sección III: Reporte de entrega al paciente, representante y/o familiar:

- Serie (corresponde al número secuencial de la ficha de derivación comunitaria)
 - Código de distrito
- 3.1. Número de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente (registrar correctamente en lo posible tomar directamente del documento original, no registra caracteres especiales como: guión, comas, puntos, etc.)
 - 3.2. Datos generales del paciente (apellido paterno, apellido materno, primer nombre, segundo nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo)
 - 3.3. Grupo priorizado
 - 3.4. Motivo pro el que se realiza la derivación (marque una sola alternativa)
 - 3.5. Fecha de derivación (día/mes/año).
 - 3.6. Requerimiento → Tome en cuenta el flujo establecido para cada opción
 - 3.7. Apellidos representante y/o familiar
 - 3.8. Nombres representante y/o familiar
 - 3.9. Firma representante y/o familiar

Importante: Los datos de esta sección son los mismos de la sección I.

Paso 3: Verificar que los datos de las secciones II y III coincidan y sean correctos

Paso 4: Desprender la sección III de la ficha, éste desprendible se quedará con el TAPS.

Paso 5: El TAPS entregará la ficha al paciente, representante y/o familiar, para su asistencia al establecimiento de salud, si el requerimiento es "visita domiciliaria por parte del EAIS", el TAPS deberá indicar al paciente/familiar/representante que se agendará la visita de acuerdo al cronograma del EAIS.

Paso 6: Una vez que el/la paciente asista al establecimiento de salud para recibir la atención respectiva, ó a su vez se cumpla con la "visita domiciliaria por parte del EAIS", el profesional de la salud deberá llenar la sección II: Reporte de atención al paciente

Se registran los siguientes datos:

- Serie (corresponde al número secuencial de la ficha de derivación comunitaria)
 - Código de distrito
- 2.1. Número de cédula/pasaporte/visa/carné de refugiado del paciente
 - 2.2. Datos generales del paciente (apellido paterno, apellido materno, primer nombre, segundo nombre)
 - 2.3. Diagnóstico (CIE-10)
 - 2.4. Código (CIE-10)
 - 2.5. Derivación justificada
 - 2.6. Requiere seguimiento
 - 2.7. Fecha de atención

2.8. Tipo de atención

2.9. Número de cédula de identificación y ciudadanía del profesional de la salud

2.10. Apellidos y nombres del profesional de salud Firma y sello del profesional de salud

2.11. Importante: Los datos del paciente se registrarán según lo registrado en el RDACAA o en el PRAS.

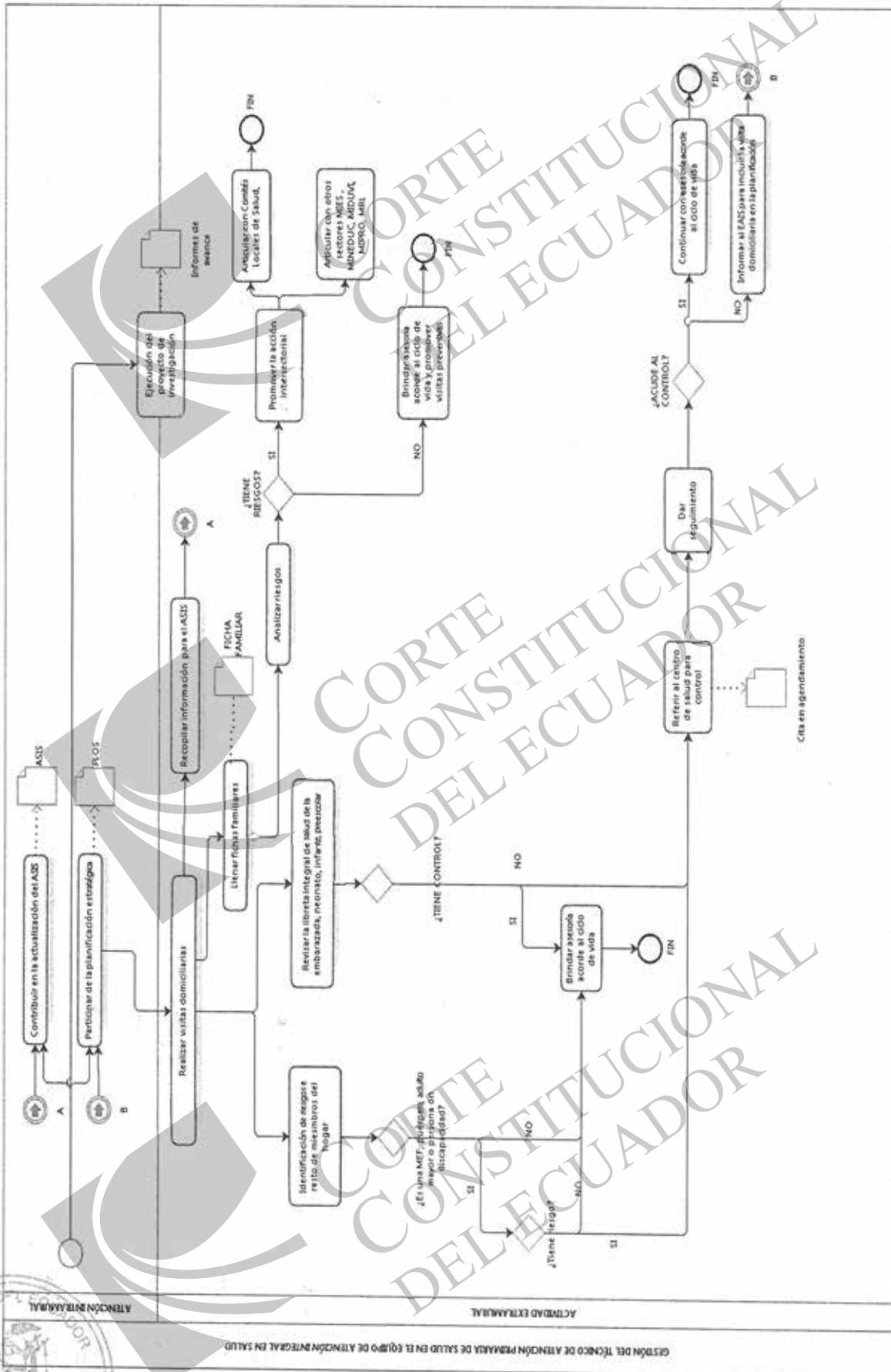
Paso 7: Verificar que los datos del paciente coincidan y sean correctos en las secciones I y II

Paso 8: Desprender la sección II de la ficha, éste desprendible se entregará al TAPS

Paso 9: El profesional de la salud archivará la sección I de la ficha para el respectivo control y entregará la sección II al TAPS para su seguimiento y control.

Paso 10: El TAPS una vez que cuente con la constancia de la atención al paciente, registrará los datos correspondientes en el aplicativo correspondiente para seguimiento y control respectivo y lo archivará conjuntamente con la constancia de la derivación realizada

Anexo 5: Flujiogramas de la actividad intra y extramural del técnico en atención primaria de salud

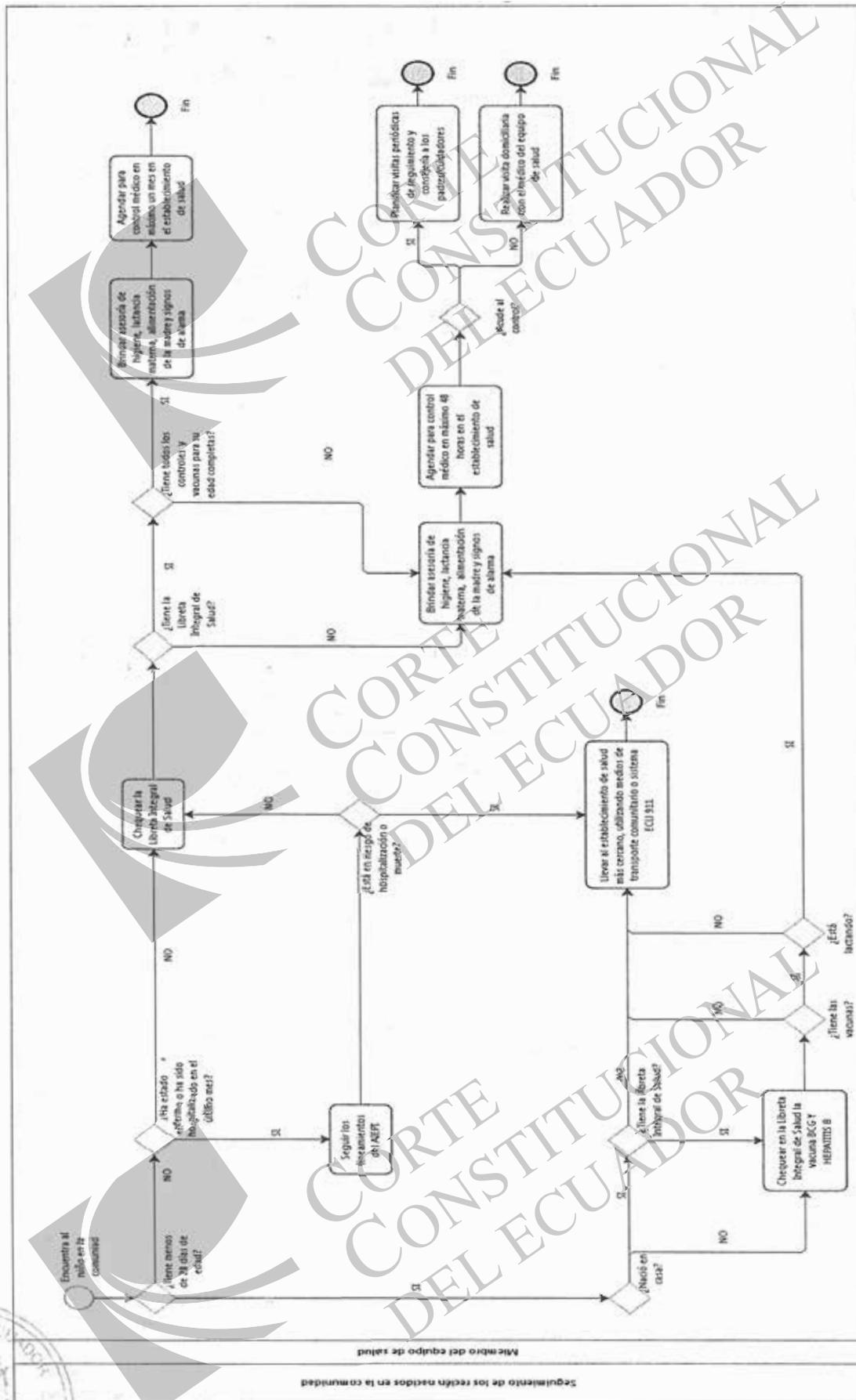


Elaborado por: MSP, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2017.

Procedimiento		
Nombre del Proceso: Actividad intra y extramural de los TAPS		Versión: 1.0
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Técnicos de atención primaria en salud	Contribuir en la actualización del ASIS Aportar con información de la comunidad para la elaboración del ASIS junto con el resto de los profesionales de salud.
2		Participar en la planificación estratégica del establecimiento de salud (PLOS) Participar en la elaboración del PLOS junto con el resto de los profesionales de salud.
3		Ejecutar el proyecto de investigación Como parte de la devengación, el TAPS debe ejecutar su proyecto de investigación en la comunidad.
4		Realizar visitas domiciliarias En cada domicilio el TAPS deberá: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar riesgos en la familia: continúe actividad 5 - Revisar la Libreta Integral de Salud de embarazadas, neonatos, infantes y preescolares: continúe actividad 9 - Llenar fichas familiares: continúe actividad 10 - Recopilar información para el ASIS: continúe actividad 1.
5		Preguntar si en la familia existe una mujer en edad fértil (énfasis en adolescentes 10 a 19 años), puérpera, adulto mayor o persona con discapacidad SI: continúe actividad 6. NO: brindar asesoría en temas de salud acorde al ciclo de vida.
6		¿Tiene algún factor de riesgo esa persona? SI: Referir al establecimiento de salud y continúe a la actividad 8. NO: brindar asesoría en temas de salud acorde al ciclo de vida.
7		Referir al establecimiento de salud Agendar cita con profesional de la salud.
8	Técnicos de atención primaria en salud	Dar seguimiento Verificar si la persona acude al control de salud. SI: continuar con asesoría acorde al ciclo de vida. NO: informar a los profesionales de salud para incluir la visita domiciliaria en la planificación (actividad 2).
9		¿Tiene los controles necesarios? SI: continúe actividad 6. NO: continúe actividad 7 y 8.
10		Analizar los riesgos Analizar la información de las fichas familiares y decidir si la familia tiene riesgos. SI: continúe actividad 11. NO: brindar asesoría en temas de salud acorde al ciclo de vida.
11		Promover la acción intersectorial Identificar y articular acciones con los comités ciudadanos locales de salud y otros actores de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales en coordinación con el equipo de salud.

FIN

Anexo 6: Seguimiento a niñas/os localizados en la comunidad por parte de los TAPS: acciones a seguir.



Elaborado por: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, 2017.

Procedimiento		
Nombre del proceso: seguimiento a niñas/os localizados en la comunidad por parte de los TAPS		Versión:1.0
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Técnicos de atención primaria en salud	Encontrar a la niña/o en la comunidad En la visita domiciliar se deberá identificar a todas las niñas/os y preguntar su edad
2		¿Tiene menos de 28 días de edad? NO.- continúe actividad 3 SI. - continúe actividad 16
3		¿Ha estado enfermo o ha sido hospitalizado en el último mes? Preguntar a la madre y/o cuidador si la niña/o ha estado enfermo o ha sido hospitalizado en el último mes. NO.- continúe actividad 4 SI.- continúe actividad 11
4		Chequear la Libreta Integral de Salud Verificar físicamente que la niña/o cuente con la Libreta Integral de Salud.
5		¿Tiene la Libreta Integral de Salud? Preguntar a la madre y/o cuidador si cuenta con la Libreta Integral de Salud de la niña/o. SI. - continúe actividad 6 NO.- continúe actividad 9
6		¿Tiene los controles en regla y las inmunizaciones completas? SI.- continúe actividad 7 NO.- continúe actividad 9
7		Brindar asesoría de higiene, lactancia materna, alimentación de la madre y signos de alarma Educar a los padres y/o cuidadores en torno a la higiene, alimentación de la niña/o, su madre y cómo reconocer signos de alarma.
8		Agendar para chequeo en establecimiento de salud en máximo un mes. Agendar cita en el establecimiento de salud en un plazo no mayor a un mes.
FIN		
9	Técnicos de atención primaria en salud	Brindar asesoría de higiene, lactancia materna, alimentación de la madre y signos de alarma Educar a los padres y/o cuidadores en torno a la higiene, alimentación de la niña/o, su madre y cómo reconocer signos de alarma.
10		Agendar para control médico en establecimiento de salud en máximo 48 horas. Agendar cita en el establecimiento de salud en un plazo no mayor a 48 horas.
11		¿Acude al control? SI.- continúe actividad 12 NO.- continúe actividad 13
12		Planificar visitas periódicas de seguimiento y consejería para los padres y/o cuidadores Incorporar en la planificación mensual visitas de seguimiento para consejería.
13		Realizar visita domiciliar con el médico del equipo de salud Acudir con el médico del equipo de salud al domicilio de la niña/o.

FIN		
14	Técnicos de atención primaria en salud	Seguir los lineamientos del AIEPI Utilice las normas AIEPI para evaluar el riesgo de hospitalización o muerte de la niña/o SI riesgo.- continúe actividad 15 NO riesgo.- continúe actividad 4
15		Llevar al establecimiento de salud más cercano Transportar a la niña/o al establecimiento de salud utilizando medios de transporte comunitario (activando red, ECU.911, etc.)
FIN		
16	Técnicos de atención primaria en salud	¿Nació en casa? Preguntar a la madre o cuidador si la niña/o nació en casa SI.- continúe actividad 17 NO.- continúe actividad 18
17		¿Tiene la Libreta Integral de Salud? Preguntar a la madre o cuidador si cuenta con la Libreta Integral de Salud de la niña/o NO.- continúe actividad 15 SI.- continúe actividad 18
18		Chequear en la Libreta Integral de Salud la vacuna BCG y hepatitis B Verificar físicamente que la niña/o cuente con la Libreta Integral de Salud y las vacunas.
19		¿Tiene las vacunas? SI.- continúe actividad 20 NO.- continúe actividad 15
20		¿Está lactando? Preguntar a la madre o cuidador si la niña/o está lactando sin dificultad. SI.- continúe actividad 9 NO.- continúe actividad 15
FIN		

Anexo 7: Prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH.

Informar a la comunidad sobre:

1. Mecanismo de transmisión de VIH, especialmente a las mujeres en edad fértil y embarazadas**- Transmisión sexual:**

- La transmisión del VIH se produce por las siguientes prácticas sin protección:
 - Penetración vaginal o anal.
 - Relación buco-genital (sobre todo si hay lesiones en la boca o genitales).

- Transmisión sanguínea:

- Sangre de persona seropositiva entra en el torrente sanguíneo de otra persona.
- Ocurre por uso compartido de agujas (tatuajes, pearing), jeringuillas u otros objetos cortopunzantes infectados.

- Transmisión materno – infantil:

- Una mujer seropositiva tiene entre 20% a 40% de probabilidades de tener un hijo/a infectado/a.
- Puede transmitir el virus por vía sanguínea durante el embarazo (a través de la placenta), en el canal del parto y a través de la leche materna.

- Transmisión intrauterina:

- En el conjunto de la transmisión materno infantil, la transmisión intrauterina representa un 25% como causa de infección en la niña/o.
- Puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación.
- La transmisión intrauterina (durante el embarazo) se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación.
- El factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión.
- La administración de antirretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más precozmente posible.

- Transmisión intraparto

- Durante el parto, el riesgo de transmisión es de entre 40% y 45%, pues el recién nacido (RN) está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus de VIH.
- La transmisión puede darse a través de micro transfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérvix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo de la niña/o.
- La rotura prematura de membranas se ha asociado con el incremento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa.
- Cuando se programa una cesárea, esta deberá realizarse antes del inicio de la labor de parto y con membranas amnióticas íntegras.

- Transmisión a través de la lactancia

Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática
- Mayor carga viral en la leche materna
- Mayor deterioro inmunológico de la madre
- Presencia de mastitis
- Lesiones sangrantes en los pezones
- Lactancia mixta
- Erosiones en la mucosa oral de la niña/o, presencia de candidiasis oral en lactantes
- Primera infección durante la lactancia.

2. Diagnóstico de VIH: este es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materna infantil del VIH

- Se realiza mediante las pruebas de tamizaje:

- Pruebas rápidas.
- ELISA (cuarta generación).
- Inmunofluorescencia indirecta (IFI).
- Prueba confirmatoria Western Blot

- El Tamizaje de VIH en la mujer embarazada está indicado y normado en el primer control prenatal, antes de la semana 34 y en el parto o puerperio inmediato en mujeres que no se evidencie el tamizaje durante la gestación o el parto.

3. Prevención del VIH

3.1. Prácticas sexuales seguras: uso continuo y correcto del condón, sea femenino o masculino antes, durante todo el embarazo y después del parto o aborto (Ver anexo 11)

El técnico de atención primaria de salud ofertará la prueba e informará al usuario/a la diferencia entre un resultado positivo y negativo. Derivará al profesional de salud.

3.2. Transmisión del VIH en el recién nacido por medio de la lactancia materna: de encontrar estos casos derivar al profesional de salud.

Informar a la madre:

- Se ha demostrado la presencia del virus en la leche materna,
- Existe un mayor porcentaje de transmisión en las primeras semanas de vida y en función de la Carga viral materna.
- Es necesario evitar la lactancia materna en mujeres con VIH
- Los riesgos de la lactancia materna.
- Para una prevención óptima es necesario la supresión de la lactancia materna y la sustitución con fórmula láctea. Informe la necesidad de la administración de terapia para supresión de la leche materna, derivar al profesional de salud.
- Las madres deben recibir asesoría y apoyo por lo menos durante los dos primeros años de vida de la niña/o, a fin de asegurar una alimentación adecuada.

- Informar que el MSP a través de las clínicas de VIH (Estrategia Nacional VIH/Sida ITS) garantizan la entrega de sucedáneos de leche materna en las consultas de control mensual, de acuerdo con la siguiente recomendación:

Edad	Tarros de leche por mes	Total, tarros por niño	Etapa
0 a 1 mes	8	8	1
2 a 5 meses	10	50	1
6 a 12 meses	6	36	2
1 año a 18 meses	3	18	3

- La lactancia mixta (leche materna y fórmula láctea) presenta mayor riesgo de transmisión que la lactancia materna exclusiva o que la alimentación exclusiva con fórmula láctea, y debe evitarse en todos los casos.

4. Gestante no infectada por VIH cuya pareja está infectada por VIH (parejas serodiscordantes)

- Las gestantes que pertenecen a este grupo se considerarán de alto riesgo para adquirir la enfermedad. Derivar de inmediato al profesional de salud.

- Acciones del TAPS

- Se le debe realizar tamizaje en la primera consulta, el segundo y tercer trimestre, antes de las 36 semanas de gestación, y una prueba en el parto. Si el resultado es positivo, se debe iniciar el tratamiento antirretroviral inmediatamente junto a las demás intervenciones para reducir la transmisión materno infantil del VIH.
- Si el resultado es negativo, brindar asesoría a la gestante y la pareja acerca del uso apropiado y consistente del preservativo para evitar el riesgo de la transmisión del VIH.
- En parejas serodiscordantes, el componente de la pareja con infección por VIH debe iniciar tratamiento antirretroviral independientemente del recuento de CD4+ o del estadio clínico. En ningún caso ello debe suponer la abstención de otras medidas para impedir la transmisión del VIH.
- Se entregarán sucedáneos de leche materna en las consultas de control mensual de los expuestos perinatales en las clínicas VIH, de la Estrategia Nacional VIH/Sida ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de acuerdo con la recomendación emitida.
- La lactancia mixta (leche materna y fórmula láctea) presenta mayor riesgo de transmisión que la lactancia materna exclusiva o que la alimentación exclusiva con fórmula láctea, y debe evitarse en todos los casos.

Acciones encaminadas a la reducción de la transmisión vertical del VIH.

- El TAPS captará, informará sobre la existencia de parejas serodiscordantes y derivará inmediatamente a mujeres embarazadas que no se han realizado la prueba de VIH
- El profesional de salud deberá:
 - Tamizar a todas las embarazadas en dos ocasiones, durante la gestación.
 - Realizar tamizaje de VIH al 100% de embarazadas previo al parto.
 - Informar sobre la necesidad de una cesárea programada a las 38 semanas (antes del inicio de trabajo de parto y con membranas integrales).

- Distribuir y abastecer de antirretrovirales intraparto a todos los Establecimientos que brindan atención obstétrica.
- Realizar profilaxis intraparto a toda mujer VIH positiva y/o con pruebas de tamizaje reactivas previa al parto.
- Realizar tamizaje de VIH a toda puérpera, sin registro o respaldo de tamizaje de VIH, antes de iniciar lactancia materna.
- Realizar profilaxis al recién nacido hijo de madre con VIH.
- Evitar lactancia materna en hijos de madres con diagnóstico previo de VIH y/o pruebas de tamizaje reactivas, previas al parto o en el puerperio inmediato.
- Proporcionar leche de fórmula a las niñas/os de madre con VIH.
- Realizar seguimiento a la puérpera y al recién nacido.



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

Anexo 8: Inmunizaciones por tipo biológico y por edad

1. Recién nacidos

Vacuna BCG y HB en las primeras 24 horas de nacido.

2. Niñas/os menores de 1 año

2 meses	4 meses	6 meses
Pentavalente 1	Pentavalente 2	Pentavalente 3
Rota 1	Rota 2	
Neumococo 1	Neumococo 2	Neumococo 3
IPV 1	OPV 2	OPV 3

3. Niñas/os de 12 a 23 meses

12 meses	15 meses	18 meses
SRP 1	Varicela	SRP 2
FA		OPV
		DPT

4. Niñas/os con esquema atrasado

Si un niño ya tiene 1 año y no recibió nunca una vacuna al menos se debe administrar las siguientes:

Primer contacto	Dos meses del 1er contacto	Dos meses del 2do contacto
DPT 1	DPT 2	DPT 3
HB 1	HB 2	HB 3
IPV 1	OPV 2	OPV 3

5. Niñas/os de 5 años:

Quinta dosis de vacuna DT (difteria y tétanos pediátrico) 1 dosis.

6. Niñas/os de 9 años:

Vacuna HPV 2 dosis (intervalo mínimo entre la primera y segunda dosis de 6 meses de edad).

7. Niñas/os de 15 años

Sexta dosis de vacuna dT (difteria y tétanos adulto).

8. Esquema atrasado con dT (difteria y tétanos adulto)

Si una mujer en edad fértil NO ha recibido ninguna dosis de vacuna de componente toxoide diftérico y tetánico; proceder de la siguiente manera:

- Primera dosis en el primer contacto
- Segunda dosis al mes de lo que recibió la primera dosis

- Tercera dosis a los seis meses de la segunda dosis
- Cuarta dosis al año de la tercera dosis
- Quinta dosis al año de la cuarta dosis
- Si tuvo una dosis o dos dosis; continuar con esquema

9. Esquema a grupos de riesgo

Vacuna dT: (difteria y tétanos adulto hombres y mujeres)

- Primera dosis en el primer contacto
- Segunda dosis al mes de lo que recibió la primera dosis
- Tercera dosis a los seis meses de la segunda dosis
- Cuarta dosis al año de la tercera dosis
- Quinta dosis al año de la cuarta dosis

Si tuvo una dosis o dos dosis; continuar con esquema

Vacuna HB: Hepatitis B en personal de riesgo (personal de salud, trabajadores sexuales, personas privadas de la libertad)

- Primera dosis en el primer contacto
- Segunda dosis al mes de lo que recibió la primera dosis
- Tercera dosis a los seis meses de la segunda dosis

Si tuvo una dosis o dos dosis; continuar con esquema

Vacuna FA: Fiebre Amarilla (esta vacuna es una sola dosis; por eso es necesario verificar historial vacuna) en pacientes desde 1 a 59 años que se encuentren en riesgo (Residir en la Amazonía ecuatoriana, viajar a países endémicos o que requieran el carné de FA)

Vacuna SR. Sarampión y Rubeola en pacientes de 1 a 49 años que nunca han recibido vacunación.



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

Procedimiento		
Nombre del Proceso: seguimiento mujeres en edad fértil por parte de los TAPS		Versión:1.0
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Técnicos de atención primaria en salud	<p>Identificar si se trata de una MEF con antecedente obstétrico En la visita domiciliaria se deberá identificar mujeres entre 10 a 49 años y preguntar si alguna ha tenido recientemente un evento obstétrico (incluye post-parto y post-aborto) SI. - continúe actividad 2 NO.- continúe actividad 13</p>
2		<p>Determinar qué tipo de evento es: post-parto/post-aborto Una vez la mujer informe que tipo de evento preguntar la fecha de ocurrencia de tal manera que se pueda definir los temas en los que se debe realizar la asesoría. Tomar en cuentas las definiciones de: <u>Puerperio inmediato:</u> del 2do. al 7mo. día <u>Puerperio tardío:</u> periodo que sigue del día 8 al 42 día después del alumbramiento.</p>
3		<p>Preguntar ¿Se ha realizado control postparto? SI. - verificar en tarjeta de salud y revisar si la puerpera se encuentra utilizando un método anticonceptivo y pase a actividad 4 sino existen señales de peligro pase a actividad 9 NO.- Pase a actividad 4</p>
4		<p>Identificar factores de riesgo y señales de peligro Indagar la existencia de señales de peligro como: <ul style="list-style-type: none"> - Estado general de la puerpera - Loquios fétidos, achocolatados o purulentos, - Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación. - Si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos. Si hay persistencia de entuertos después del 3er día sospechar de retención de restos placentarios - Además, se deberá tomar los signos vitales como: tensión arterial, pulso, respiración, temperatura. </p>
5		<p>Definir qué tipo de atención requiere SI. - existe uno o más de las señales de peligro o se encuentran anomalías en la toma de signos vitales la atención es URGENTE pase actividad 6. NO.- tiene ninguna de las señales de peligro pase a la actividad 8.</p>
6		<p>Buscar atención inmediatamente Llamar al 911 Si no se encuentra en compañía de un profesional que pueda atender la emergencia deberá notificar inmediatamente al establecimiento de salud Dependiendo del lugar de la vivienda de la gestante que requiere la atención se deberá informar al Comité Local de Salud para activar el Plan de transporte comunitario de emergencia.</p>
7		<p>Preguntar a establecimiento la condición de la puerpera Una vez se haya realizado la referencia para atención de la puerpera los profesionales de salud deberán estar en contacto permanente con el establecimiento que recibió a la gestante y la evolución de la misma hasta el alta y de ahí realizar el seguimiento mediante el tarjetero o la visita domiciliaria según corresponda.</p>

8		<p>Contactar a establecimiento de salud y realizar agendamiento Los profesionales de salud realizarán el agendamiento de la púerpera directamente con la finalidad de disminuir el tiempo de espera y garantizar la oportunidad de la atención post-parto. Continúe actividad 9.</p>
9		<p>Brindar asesoría En la visita se deberá compartir con la púerpera y su familia asesoría en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva, excepto en mujeres que viven con VIH (anexo 8). - Opciones de planificación familiar post-evento obstétrico. - Cuidados del RN cuando corresponda. - Alimentación adecuada en este período. - Identificación de señales de peligro.
10		<p>Confirmar que la púerpera acude a la cita Una vez se haya realizado el agendamiento se deberá confirmar que la gestante acudió a la consulta de Control post-parto. SI. - acudió a cita realizar actividad 12. NO.- pase actividad 11.</p>
11	<p>Equipo de atención integral en salud</p>	<p>Realizar visita domiciliaria con el profesional de salud En esta visita se deberá realizar el post-parto y atención al RN (cuando corresponda), entregar tarjeta de salud y agendar cita para siguiente control post-parto.</p>
12		<p>Preguntar a establecimiento de salud la condición de la púerpera y RN Solicitar información de acciones de seguimiento que se requiera según condición de la usuaria.</p>
13		<p>Captar e informar métodos de planificación familiar De existir mujeres en edad fértil que no usen anticonceptivos y que no estén embarazadas se deberá informar de los beneficios de utilizar un método anticonceptivo y las rutas de acceso disponibles en los establecimientos de salud.</p>
14	<p>Técnicos de atención primaria en salud</p>	<p>Preguntar si al momento se encuentra utilizando algún método de planificación familiar SI. - Aclarar dudas si se requiere NO.- pase a actividad 15.</p>
15		<p>Contactar al establecimiento de salud para agendamiento de cita para consulta de control a la mujer De acuerdo con lo establecido por primer nivel de atención los profesionales de salud podrán realizar el agendamiento de la mujer en edad fértil directamente con la finalidad de disminuir el tiempo de espera y garantizar la oportunidad de la atención para planificación familiar.</p>
16		<p>Confirmar que la MEF acude a la cita Una vez se haya realizado el agendamiento se deberá confirmar que la mujer en edad fértil acudió a la consulta para planificación familiar.</p>
<p>FIN</p>		

Procedimiento		
Nombre del Proceso: seguimiento a gestantes por parte de los TAPS		Versión:1.0
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Funcionario del establecimiento de salud	Identificar gestante Se puede realizar la captación de una embarazada en actividades como la búsqueda activa, la visita domiciliaria que se hace según cronograma de los profesionales de salud o porque la gestante acude espontáneamente al establecimiento de salud
2		Realizar control prenatal SI. la gestante acude de manera espontánea al establecimiento de salud se debe realizar el control prenatal según Guía de práctica clínica Vigente y realizar SCORE MAMA
3		Dispenzarizar el riesgo Utilizando los criterios de categorización del riesgo del AIEPI se deberá identificar condiciones de riesgo.
4		Decidir ¿Tiene riesgo? SI. clasificar el riesgo en bajo. Alto o muy alto y determinar las acciones de seguimiento extramural que se deben realizar con la gestante y su familia. NO.- se realizará control prenatal de acuerdo con GPC.
5		Informar a técnicos de atención primaria en salud Notifica a los profesionales de salud para que se realice la visita domiciliaria e informa los criterios que se deben tomar en cuenta como: alimentación, control de sangrado, toma de tratamiento por mencionar algunas, esto dependerá de la condición de la gestante.
6	Técnicos de atención primaria en salud	Realizar visita domiciliaria En el momento de realizar la ficha familiar vigente e identificar la existencia de una gestante en el domicilio deberá preguntar si se ha realizado control prenatal SI. verificar en Libreta Integral de Salud el cumplimiento de la cita para Control prenatal y recordar la siguiente cita. De ser necesario realice evaluación de potencial riesgo (actividad 7) NO. si la respuesta a la pregunta ¿ha tenido control prenatal? es negativa pase a actividad 7
7		Evaluar potencial riesgo Inmediatamente se deberá indagar la existencia de señales de peligro como: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - Dolor de cabeza intenso - Visión borrosa - No se mueve el bebé. Además, se deberá tomar los signos vitales como: tensión arterial, pulso, respiración, temperatura; utilizar tirillas para proteinuria.
8		Definir qué tipo de atención requiere SI. existe una o más de las señales de peligro o se encuentran anomalías en la toma de signos vitales la atención es URGENTE pase actividad 9. NO. tiene ninguna de las señales de peligro pase a la actividad 11.

9	Técnicos de atención primaria en salud	<p>Buscar atención inmediatamente Llamar al 911</p> <p>Si no se encuentra en compañía de un profesional que pueda atender la emergencia deberá notificar inmediatamente al establecimiento de salud</p> <p>Dependiendo del lugar de la vivienda de la gestante que requiere la atención se deberá informar al Comité Local de Salud para que se active el Plan de transporte comunitario de emergencia.</p>
10		<p>Preguntar al establecimiento la condición de la gestante Una vez se haya realizado la referencia para atención de la gestante el profesional de salud deberá estar en contacto permanente con el establecimiento que recibió a la gestante y la evolución de la misma hasta el alta y de ahí realizar el seguimiento mediante el tarjetero o la visita domiciliaria según corresponda.</p>
11		<p>Contactar al establecimiento de salud y realizar agendamiento De acuerdo con lo establecido por primer nivel de atención el profesional de salud podrá realizar el agendamiento de la gestante directamente con la finalidad de disminuir el tiempo de espera y garantizar la oportunidad de la atención prenatal a la gestante.</p>
12		<p>Confirmar que la gestante acude a la cita Una vez se haya realizado el agendamiento se deberá confirmar que la gestante acudió a la consulta de control prenatal SI. - acudió a cita realizar actividad 10. NO.- pase actividad 13.</p>
13	Equipo de atención integral en salud	<p>Realizar visita domiciliaria con el profesional de salud En esta visita se deberá realizar el control prenatal de acuerdo con lo establecido en GPC, entregar tarjeta de salud y agendar cita para siguiente control prenatal. Realizar la clasificación de riesgo como lo establecen las actividades 4 y 5.</p>
14	Técnicos de atención primaria en salud	<p>Revisar si tienen 35 o más semanas de gestación SI. realizar seguimiento semanalmente realizando la evaluación de señales de peligro actividad 7 y 15. NO.- recordar fecha de próxima cita que se encuentra registrada en la tarjeta de salud.</p>
15		<p>Preguntar si va a tener su parto en domicilio SI. pase a actividad 16. NO. pase actividad 19.</p>
16		<p>Asesorar a gestante sobre parto en establecimiento de salud Si la gestante manifiesta su deseo de tener su parto en domicilio se deberá asesorar en los beneficios que se obtienen si el parto se realiza en una institución de salud en la que se pueden resolver de manera efectiva cualquier emergencia que pudiera existir. Además, se deberá promocionar que todos los establecimientos permiten un parto acompañado y en libre posición. Si luego de explicarle claramente los beneficios de un parto institucional la gestante y su familia reiteran su deseo del parto en domicilio pase a la actividad 18.</p>
17	Técnicos de Atención Primaria en Salud	<p>Identificar las razones por las que no desea ir a un establecimiento de salud Preguntar las razones por las que no desea ir al establecimiento de salud, notificar a la unidad de salud y conjuntamente buscar soluciones inmediatas si es posible. Si no es solucionable pase actividad 18.</p>

18		Notificar al establecimiento Se deber identificar quién en la comunidad realizará la atención del parto y coordinar para que un profesional de salud este acompañando en ese momento por cualquier eventualidad que se presente. Además, coordinar con el Comité Local de Salud para activar el plan de transporte comunitario de emergencia.
19		Revisar Plan de parto Confirmar que la gestante y su familia tienen listo el plan de parto.
FIN		



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR



CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR



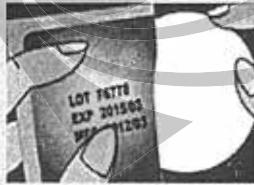
CORTE
CONSTITUCIONAL
DEL ECUADOR

Anexo 11: Uso correcto del preservativo masculino y femenino

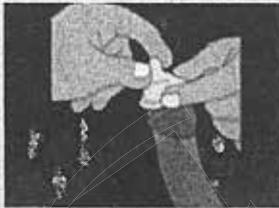
Uso correcto del preservativo masculino



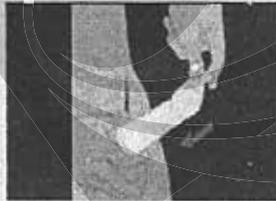
Verificar antes de todo la fecha de vencimiento y la integridad del empaque.



Abrir con la yema de los dedos y no con uñas, dientes, tijeras, porque al abrir con estos objetos se podría romper o fisurar el preservativo o condón, si esto pasa, se puede dar un embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual.



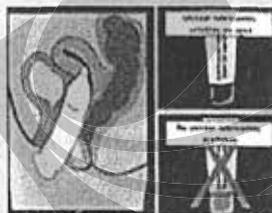
El pene debe estar erecto y firme. Apretar la puntita para quitar el aire y desenrollarlo. Es importante dejar un espacio en la punta para evitar que después de la eyaculación por la presión del semen se rompa.



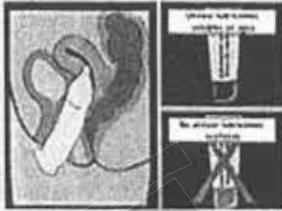
El condón tiene dos lados, está del lado correcto cuando el anillo se desliza con facilidad hasta la base del pene. Si se coloca mal hay que botarlo y utilizar otro.



Cada condón debe ser utilizado una sola vez.



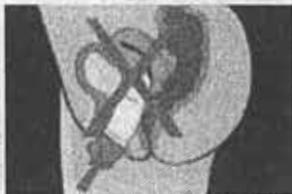
Si usan lubricantes, deben ser a base de agua, ya que si se utiliza lubricantes a base de otros compuestos como: aceite, alcohol, etc. Estos pueden causar ruptura del condón.



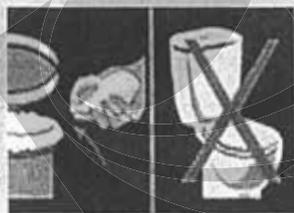
Es importante no usar el preservativo masculino al mismo tiempo que el preservativo femenino ya que por el roce de ambos podrían romperse.



Hay que estar pendientes de que el preservativo no se suba para no dejar salir el semen.



Después de la eyaculación y cuando aún está el pene erecto, retirarlo de la vagina con cuidado, deteniendo la orilla del condón con los dedos para que no se deslice.



Coloque el condón en un pañuelo de papel y tire a la basura, no al inodoro.
No hacer nudo porque esto provoca que virus y bacterias sobrevivan dentro del preservativo usado y el riesgo que otra persona se infecte por contacto es mayor.

Uso correcto del preservativo femenino



Verifique su fecha de caducidad y la integridad del empaque.



Abra el paquete en el lugar indicado, en la solapa y remueva el condón femenino. No use los dientes, tijeras o cualquier otro instrumento cortante para abrir el paquete.



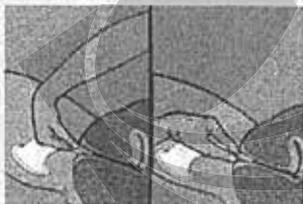
Desenrolle el preservativo sosteniéndolo por el anillo más pequeño en el extremo cerrado.



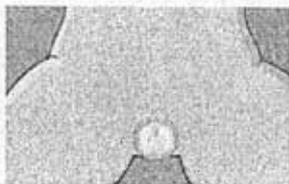
Apriete los lados del anillo interior y sujételo firmemente entre los dedos pulgar e índice como haciendo un "ocho".



Elija una posición cómoda para insertar el condón femenino. Puede insertarlo en diferentes posiciones, sentada, en cunclillas o acostada.



Su pareja también puede ayudarle a insertar el condón siempre con las manos (nunca con el pene o la boca).



La correcta colocación del preservativo femenino, vista externa e interna.

Es importante precisar que la orina sale de la uretra que se encuentra un poco más arriba de la entrada de la vagina. Por lo tanto, se puede orinar con el preservativo puesto dado que se puede colocar algunas horas antes (hasta 8 horas).





Sostenga el anillo exterior del condón femenino con una o dos manos y si usted está cómoda oriente el pene hacia dentro del condón



Hay que evitar que el anillo externo introducido en la vagina se quede suelto y que el pene entre por fuera del preservativo.



Es importante no usar un preservativo masculino al mismo tiempo que un preservativo femenino ya que por el roce de ambos podrían romperse.



Para retirar el condón femenino sujete el anillo exterior, gire el condón para que no se derrame el líquido seminal (el esperma) y retírelo suavemente. Coloque el condón en un pañuelo de papel sin hacer nudo y no tire al inodoro.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010.



