EsSalud

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1777 -GG-ESSALUD-2019

Lima, 02 DIC. 2019

VISTOS:

La Carta N° 2516-GCPS-ESSALUD-2019 e Informe Técnico N° 050-SGNSS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 5530-GCOP-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Operaciones; la Carta N° 7611-GCPP-ESSALUD-2019 e Informe Técnico N° 298-GOP-GCPP-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; la Carta N° 4519 -GCAJ-ESSALUD-2019 e Informe N° 657 -GNAA-GCAJ-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, respectivamente;

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

Que, mediante la Resolución de Gerencia General N° 1048-GG-ESSALUD-2000 se aprueba la Directiva de Gerencia General N° 016-GG-ESSALUD-2000, *"Normas para las Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en ESSALUD"*, la cual tiene como finalidad uniformizar criterios para el otorgamiento de las prestaciones de salud por atenciones domiciliarias en los Centros Asistenciales de ESSALUD, e incorporar las prestaciones domiciliarias al Modelo de Atención Integral de Salud que ofrecen los Centros Asistenciales de ESSALUD;

Que, con Resolución de Gerencia General N° 1806-GG-ESSALUD-2017, se aprobó la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017, *"Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD"*, con el objetivo de establecer las normas y procedimientos para la formulación, aprobación, publicación y actualización de las Directivas que rigen la gestión del Seguro Social de Salud -ESSALUD;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1205-GG-ESSALUD-2019, se modificó el Anexo N° 01 de la Directiva Nº 002-GG-ESSALUD-2017, en el cual se contempla el *"Esquema de Directiva y Pautas Generales"* para la elaboración de una Directiva;

Que, de acuerdo al artículo 158° del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 15-GCPS-ESSALUD-2018, se conformó el Comité Técnico de Actualización de Normas para las

Jr. Domingo Cueto Nº 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel.: 265-6000 / 265-7000
www.essalud.gob.pe

EsSalud

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1777 -GG-ESSALUD-2019

Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en ESSALUD, el cual estuvo integrado por representantes de la Gerencia central de Prestaciones de Salud (GCPS), la Gerencia Central de Operaciones (GCOP), Subgerencia de Atención Domiciliaria (PADOMI), los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins, Guillermo Almenara Irigoyen y Alberto Sabogal Sologuren y de la Red Prestacional Almenara;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el proyecto de Directiva *"Norma para las Prestaciones de Salud de Atención Domiciliaria - ESSALUD"* que tiene como objeto normar las prestaciones de salud de atención domiciliaria que se brindan en ESSALUD a la población asegurada, y como finalidad estandarizar las prestaciones de salud de la atención domiciliaria que brinda el Seguro Social de Salud en el domicilio del asegurado;

Que, mediante Carta de Vistos, la Gerencia Central de Operaciones emitió su opinión favorable al proyecto de Directiva, elaborada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto evalúa y concluye que la propuesta de Directiva formulada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se ha adecuado a la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017, *"Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD"*, y su modificatoria, motivo por el cual brinda opinión favorable;

Que, mediante Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica encuentra viable el trámite de aprobación del proyecto de Directiva *"Norma para las Prestaciones de Salud de Atención Domiciliaria - ESSALUD"*, al encontrarse elaborado conforme a la Directiva Nº 002-GG-ESSALUD-2017, *"Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD"* y su modificatoria, y resultar concordante con la Ley N° 26842, Ley General de Salud y la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud; siendo el sustento de su contenido técnico competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, de acuerdo a las funciones establecidas en el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias;

Que, conforme a lo señalado en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, es competencia del Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, de la Gerencia Central de Operaciones, y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y

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

SE RESUELVE:

1. **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución de Gerencia General N° 1048-GG-ESSALUD-2000 que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 016-GG-ESSALUD-2000, *"Normas para las Prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en ESSALUD"*.

2. **APROBAR** la Directiva de Gerencia General N° 31 -GCPS-ESSALUD-2019, *"Norma para las Prestaciones de Salud de Atención Domiciliaria - ESSALUD"*, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

EsSalud

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1777 -GG-ESSALUD-2019

3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la implantación, actualización y mejora continua de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.

4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Operaciones se encargue de la difusión, capacitación, asesoría técnica y conducción del proceso de implantación y monitoreo de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.

5. **DISPONER** que los Órganos Centrales, Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, y las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD adopten las acciones que resulten necesarias para la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento de la Directiva aprobada.

6. **ENCARGAR** a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Compendio Normativo Institucional, en la Intranet y en la página Web Institucional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

ALFREDO R. BARREDO MOYANO
GERENTE GENERAL
ESSALUD

Jr. Domingo Cueto Nº 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel.: 265-6000 / 265-7000
www.essalud.gob.pe

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL Nº 31 -GCPS-ESSALUD-2019

"NORMA PARA LAS PRESTACIONES DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA – ESSALUD"

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V° B°
Elaborado por:	César Eduardo Carreño Díaz	Gerente Central de Prestaciones de Salud		
Revisado por:	Walter Ricardo Menchola Vásquez	Gerente Central de Operaciones		
Revisado por:	Renzo Kenneth Zárate Miranda	Gerente Central de Asesoría Jurídica		
Revisado por:	William Jesús Cuba Arana	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto		
Aprobado por:	Alfredo Roberto Barredo Moyano	Gerente General		

INDICE

CAPITULO I 3
DISPOSICIONES INICIALES 3
Artículo 1. Objeto 3
Artículo 2. Finalidad 3
Artículo 3. Marco Normativo 3
Artículo 4. Ámbito de Aplicación 4
Artículo 5. Definiciones 4
CAPITULO II 6
ÓRGANOS RESPONSABLES 6
Artículo 6. Gerencia Central de Prestaciones de Salud 6
Artículo 7. Gerencia Central de Operaciones 6
Artículo 8. Gerencia de Oferta Flexible 6
Artículo 9. Redes Asistenciales 6
Artículo 10. Gerencia de Hospital Nacional 6
Artículo 11. Director de la IPRESS de la Red Prestacional 6
CAPITULO III 7
DISPOSICIONES 7
Artículo 12. Del Acceso e Inscripción 7
Artículo 13. Modalidades de Atención Domiciliaria 7
Artículo 14. Atención Domiciliaria General 7
Artículo 15. Atención Domiciliaria de Hospitalización en Casa 8
Artículo 16. Atención Domiciliaria de Urgencia 8
SUB CAPÍTULO I 9
De la Prestación de Atención Domiciliaria 9
Artículo 17. De la Programación de las Visitas 9
Artículo 18. De la Atención en el Domicilio 9
Artículo 19. De la Dispensación de Medicamentos 11
Artículo 20. De la Solicitud de Exámenes de Apoyo al Diagnóstico 11
Artículo 21. Del Proceso de Referencia y Contrarreferencia 11
Artículo 22. Del Egreso y Alta del Asegurado 12
Artículo 23. Del Registro de la Atención 12
SUB CAPÍTULO II 12
Del Monitoreo, Supervisión y Evaluación 12
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES 13
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS 13
ANEXOS 13
Anexo Nº 01: Modelo Consentimiento Informado y Cláusula de Revocatoria 15
Anexo Nº 02: Modelo de Hoja de Compromiso 16
Anexo Nº 03: Flujograma de atención domiciliaria 17
Anexo Nº 04: Modelo Operativo de Atención Domiciliaria 18
Anexo Nº 05: Índice de Barthel 19
Anexo Nº 06: Criterios de Programación 20
Anexo Nº 07: Cartera de Servicios de Salud – Atención Domiciliaria 21
Anexo Nº 08: Indicadores 21

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° -GCPS-ESSALUD-2019

NORMA PARA LAS PRESTACIONES DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA ESSALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objeto

Normar las prestaciones de salud de atención domiciliaria que se brindan en ESSALUD a la población asegurada.

Artículo 2. Finalidad

Estandarizar las prestaciones de salud de la atención domiciliaria que brinda el Seguro Social de Salud en el domicilio del asegurado.

Artículo 3. Marco Normativo

3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA.
3.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificado con Decretos Supremos N° 002-2004 y N° 025-2007-TR.
3.4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
3.5. Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.
3.6. Decreto Supremo N° 023-2001-SA, Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria.
3.7. Resolución Ministerial N° 013-2009-MINSA que aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación.
3.8. Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 079-MINSA/DGSP-INR-V-01, "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación".
3.9. Resolución Ministerial N° 280-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 216 –MINSA-OGTI-V.01: Directiva Administrativa que establece el Procedimiento para la Certificación de las Defunciones.
3.10. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES. V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
3.11. Resolución Ministerial N° 214-2017/MINSA, que aprueba la Directiva "Guía Técnica para el correcto llenado del Certificado de Defunción".
3.12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 335-PE-ESSALUD-2001, Establecen disposiciones para la atención de asegurados y derechohabientes que soliciten prestaciones de salud.
3.13. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud ESSALUD, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N" 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.

3.14. Resolución de Gerencia General Nº 486-GG-ESSALUD-2001, Establece normas complementarias para que asegurados accedan a prestaciones de salud en admisión de consulta externa, emergencia y hospitalización en centros asistenciales de ESSALUD.
3.15. Resolución de Gerencia General N° 236-GG-ESSALUD-2005, que aprueba la Directiva de Gerencia General Nº 002-GG-ESSALUD-2005 "Políticas de Seguridad informática de ESSALUD".
3.16. Resolución de Gerencia General N° 1483-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 20-GG-EsSalud-2013, "Norma para la Asignación de Movilidad Local Diaria al Personal Asistencial de la Sub Gerencia de Atención Domiciliaria - PADOMI".
3.17. Resolución de Gerencia General Nº 1008-GG-ESSALUD-2014 que aprueba la Directiva Nº 012-GG-ESSALUD-2014, "Programación de Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
3.18. Resolución de Gerencia General Nº 1311-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva de Gerencia General Nº 015-GG-ESSALUD-2014, "Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en ESSALUD".
3.19. Resolución de Gerencia General Nº 990-GG-EsSalud-2015, que aprueba la Directiva Nº 004-GG-ESSALUD-2015, "Lineamientos Generales para el Desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante – Cuidador Primario en los establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
3.20. Resolución de Gerencia General Nº 1517-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva Nº 14-GG-ESSALUD-2015 "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en ESSALUD".
3.21. Resolución de Gerencia General Nº 1806-GG-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD" y su modificatoria, la Resolución de Gerencia General Nº 1205-GG-EsSalud-2019.
3.22. Resolución de Gerencia General Nº 1127-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 19-GCPS-ESSALUD-2019, "Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
3.23. Resolución de Gerencia General Nº 285-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 05-GCTIC-ESSALUD-2019, "Directiva para la implementación del Sistema de Gestión de Servicios de Salud en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los tres niveles de atención del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
3.24. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 35-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva Nº 3-GCPS-ESSALUD-2016, "Directiva de la Unidad Productora de los Servicios de Salud Farmacia del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
3.25. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 100-GCPS-ESSALUD-2017 que aprueba la Directiva de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 05-GCPS-ESSALUD-2017, "Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en ESSALUD".
3.26. Resolución de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad Nº 07-GCPAMyPCD-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva Nº 04-GCPAMyPCD-ESSALUD-2017, "Cartera de Atención para el Bienestar de la Persona Adulta Mayor con Deterioro de su Capacidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
3.27. Resolución de Gerencia Central N° 551 GG-ESSALUD-2010 que aprueba la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2010, "Normas Generales de TELESALUD en el Seguro Social de Salud - ESSALUD".

Artículo 4. Ámbito de Aplicación

La presente Directiva es de obligatorio cumplimiento para todas las Redes Asistenciales, Redes Prestaciones y Órganos Prestadores Nacionales (OPN) que brindan atención de prestaciones de salud a los asegurados.

Artículo 5. Definiciones

5.1. **Acreditación. -** Procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir un trabajador para tener derecho de cobertura a las prestaciones que brinda EsSalud.

5.2. **Atención domiciliaria. -** Prestación de salud desarrollada en el domicilio del asegurado, quien por su condición de salud no puede acudir al establecimiento de salud o quién se beneficia de continuar con los cuidados hospitalarios en el domicilio. Se brinda atención integral en el ámbito biopsicosocial y espiritual por un equipo interdisciplinario, lo que incluye actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, según la capacidad resolutiva del IPRESS.

5.3. **Atención domiciliaria general. -** Modalidad de atención en el domicilio del asegurado con enfermedad crónica, que por su condición física y/o de salud no puede acudir a la IPRESS a recibir atención.

5.4. **Atención domiciliaria de hospitalización en casa. -** Servicio que provee un tratamiento en el domicilio por profesionales de la salud debido a una condición que en otras circunstancias se daría hospitalizado y siempre por un periodo de tiempo limitado.

5.5. **Atención domiciliaria de internamiento domiciliario. -** Modalidad de atención domiciliaria que proporciona cuidados sanitarios de tipo hospitalario y tratamiento, de manera temporal, al asegurado que vienen recibiendo atención en su domicilio.

5.6. **Atención domiciliaria de Alta Precoz. -** Modalidad de atención domiciliaria que proporciona cuidados sanitarios complementarios de manera temporal con criterios de hospitalización, al asegurado de alta de un servicio de hospitalización, en condición de mejorado o estable,

5.7. **Atención domiciliaria de cuidados paliativos. –** Modalidad de atención domiciliaria que brinda cuidados paliativos, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento a asegurados que enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida.

5.8. **Atención domiciliaria de urgencia.** - Modalidad de atención que se brinda al asegurado en su domicilio y que requiere intervención inmediata y oportuna para evitar la progresión del daño.

5.9. **Central Reguladora de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN).-** Es el responsable de la regulación médica y coordinación de los flujos de atención pre-hospitalaria en los servicios de emergencia, en situaciones de emergencia individual, masiva y/o desastres en el ámbito nacional con la finalidad de brindar atención médica oportuna las 24 horas del día, todos los días del año.

5.10. **Consentimiento informado. -** Conformidad expresa del asegurado, familiar, apoderado o cuidador primario, con respecto a recibir las prestaciones de salud en el domicilio en forma libre, voluntaria y consciente; luego de haber sido informado sobre todos los aspectos relevantes de la atención domiciliaria. Se registra mediante un documento fechado y firmado por el asegurado, familiar, apoderado o cuidador primario.

5.11. **Contrarreferencia. -** Procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento del asegurado, al médico tratante de la IPRESS de origen.

5.12. **Criterios de terminalidad. -** Son las características de enfermedad crónica avanzada u oncológica identificadas por el profesional de salud responsable que clasifican el pronóstico del asegurado como terminal.

5.13. **Cuidador primario.** - También llamado familiar acompañante, es toda persona del entorno familiar (o en su defecto representante legal), que el personal de salud que atiende al asegurado, identifica y certifica como el cuidador e interlocutor ante la familia respecto a toda información del cuidado y estado del asegurado.

5.14. **Cuidados Paliativos:** La Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de asegurados y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.»

5.15. **Enfermedad Crónica. -** Trastorno orgánico funcional de etiología múltiple, de largo periodo de tiempo o recurrente, puede durar toda la vida de la persona desarrollo poco predecible que determina dependencia o incapacidad que afecta significativamente la calidad de vida del asegurado.

5.16. **Equipo multidisciplinario.** - Equipo conformado por los siguientes profesionales de la salud: médico general y médico especialista, enfermera, terapista físico, nutricionista, psicólogo y licenciado en trabajo social.

5.17. **Geolocalización. -** Ubicación en el mapa mediante coordenadas que permiten la localización exacta del lugar donde se brinda la prestación y la de los profesionales encargados de la atención domiciliaria.
5.18. **Inscripción. -** Procedimiento que valida la acreditación del asegurado y verifica el cumplimiento de criterios de inclusión para la atención domiciliaria. Se realiza de manera presencial o virtual.
5.19. **Necesidades de salud. -** Conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico y social, que tiene la persona para mantener, recuperar y mejorar su salud.
5.20. **Persona responsable. -** Es toda aquella persona que asume el cuidado del asegurado en el domicilio.
5.21. **Referencia del paciente.** - Procedimiento administrativo asistencial, mediante el cual un médico tratante de la IPRESS traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un asegurado a otro médico de una IPRESS institucional o Extrainstitucional de mayor capacidad resolutiva o de capacidad resolutiva disponible independientemente de la categoría de la misma.
5.22. **Triaje telefónico. -** Es el proceso de selección y clasificación de asegurados, basado en la condición clínica del asegurado para su direccionamiento al área con capacidad resolutiva para su atención, que se realiza por vía telefónica.

CAPITULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 6. Gerencia Central de Prestaciones de Salud
La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es la responsable de coordinar la difusión y actualización de la presente Directiva y brindar asistencia técnica.

Artículo 7. Gerencia Central de Operaciones
La Gerencia Central de Operaciones, a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales, es la responsable de evaluar, monitorear y supervisar la implementación y aplicación de la presente Directiva.

Artículo 8. Gerencia de Oferta Flexible
La Gerencia de Oferta Flexible es la responsable de la implementación de la presente Directiva en Lima Metropolitana y el Callao, según ámbito de competencia.

Artículo 9. Redes Asistenciales
La Gerencia y/o Dirección de la Red Asistencial, es responsable de la implementación de la presente Directiva, a través de las IPRESS de su jurisdicción, así como de supervisar, monitorear, evaluar y controlar el otorgamiento de las prestaciones de salud de atención domiciliaria y de los recursos que se asignen para tal fin.

Artículo 10. Gerencia de Hospital Nacional
La Gerencia del Hospital Nacional, es responsable de la implementación de la presente Directiva en el Hospital Nacional que dirige, así como de supervisar, monitorear, evaluar y controlar el otorgamiento de las prestaciones de salud de atención domiciliaria de acuerdo a su nivel de complejidad y de los recursos que se asignen para tal fin. Así como, de coordinar con la Gerencia de Oferta Flexible la referencia/contrarreferencia de asegurados.

Artículo 11. Director de la IPRESS de la Red Prestacional
El Director de la IPRESS de la Red Prestacional, es responsable de realizar las coordinaciones con la Gerencia de Oferta Flexible/Hospital Nacional, para la referencia/contrarreferencia de asegurados adscritos a su jurisdicción, que requieren prestaciones de salud de atención domiciliaria, en el marco de la presente Directiva.

CAPITULO III

DISPOSICIONES

Artículo 12. Del Acceso e Inscripción

12.1 El acceso a la atención domiciliaria se realiza a:
- a) Solicitud del médico tratante de la IPRESS
- b) Solicitud del asegurado y/o del familiar.

12.2 En el caso de asegurados postrados e imposibilitados de acudir a una IPRESS y que requieren recibir atención domiciliaria, el familiar o cuidador primario puede solicitar la inscripción.

12.3 La inscripción se realiza cuando el asegurado se encuentra acreditado, de acuerdo a la norma de Procedimiento para la Verificación de la Identidad de las Personas que requieran Prestaciones de Salud en ESSALUD[1].

12.4 La inscripción, para recibir atención domiciliaria, se realiza a través de medios presenciales, virtuales, referencias, interconsulta u otros, según lo establecido por las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, y las IPRESS, para lo cual el personal de EsSalud:
- c) Verifica la vigencia de la acreditación.
- d) Registra el número de DNI del asegurado.
- e) Registra la dirección exacta y referencia del domicilio donde recibirá la prestación de salud a través de medios electrónicos o mediante geolocalización.

12.5 Dentro del primer mes, de efectuada la inscripción, el asegurado, familiar o cuidador primario recibe como mínimo una charla informativa de los servicios que se brindan y de los procesos establecidos en la atención domiciliaria.

12.6 Son requisitos para la atención domiciliaria, los siguiente:
- a) Consentimiento informado suscrito por el asegurado, familiar o cuidador primario (Anexo 1).
- b) Hoja de compromiso (Anexo 2)
- c) Disponibilidad de comunicación constante entre el profesional asistencial y el asegurado, mediante la central telefónica o medios virtuales.

Artículo 13. Modalidades de Atención Domiciliaria

13.1 El médico tratante de la IPRESS y el de atención domiciliaria, son responsables de determinar la modalidad de atención que se brindará al asegurado, según el flujograma de atención domiciliaria, establecido en el Anexo Nº 3.

13.2 Las prestaciones de salud de atención domiciliaria se ofertan de acuerdo al Modelo Operativo de Atención Domiciliaria, establecido en el Anexo Nº 4, en las siguientes modalidades:

13.2.1 Atención domiciliaria general

13.2.2 Atención domiciliaria de hospitalización en casa
- a) Atención domiciliaria internamiento domiciliario
- b) Atención domiciliaria alta precoz
- c) Atención domiciliaria cuidados paliativos.

13.2.3 Atención domiciliaria de urgencia

Artículo 14. Atención Domiciliaria General

14.1 El equipo multidisciplinario brinda atención integral de salud, según necesidad del asegurado, evaluación médica, en el domicilio del asegurado.

14.2 Los criterios de inclusión para la atención domiciliaria general son:

[1] Directiva N° 04 -GG-ESSALUD-2016 "Procedimiento para la Verificación de la Identidad de las Personas que requieran Prestaciones de Salud en ESSALUD"

a) Asegurado mayor de 70 años, con enfermedad crónica pluripatológica en condición de estable y/o con grado de dependencia funcional moderado a severo (Barthel <50). Anexo N° 05.
b) Asegurado menor de 70 años, con discapacidad.
c) Grupos poblacionales priorizados según brecha oferta demanda.

Artículo 15. Atención Domiciliaria de Hospitalización en Casa

La atención domiciliaria de Hospitalización en casa, comprende las siguientes modalidades:
a) Atención domiciliaria de internamiento domiciliario.
b) Atención domiciliaria de alta precoz.
c) Atención domiciliaria de cuidados paliativos.

15.1. Internamiento Domiciliario

a) Está dirigido a asegurados atendido de urgencia en su domicilio, que requieren temporalmente, monitoreo del tratamiento establecido, hasta su recuperación. Una vez el asegurado, recuperado y con estabilidad clínica, sigue con la modalidad de atención domiciliaria establecida.
b) Los criterios de inclusión para internamiento domiciliario son:
   (i) Asegurado en condición de estabilidad clínica, según indicación médica.
   (ii) Asegurado derivado de la atención domiciliaria de urgencias, con indicación de internamiento domiciliario.
c) Los criterios de alta del Internamiento Domiciliario:
   (i) Cumplimiento de tratamiento indicado y mejoría clínica, según criterio médico.
   (ii) En caso de ausencia de mejoría clínica, según criterio médico, el asegurado es derivado al servicio de emergencia de la IPRESS.

15.2. Alta Precoz

a) Está dirigido a asegurados hospitalizados con interconsulta o referidos por el médico tratante, quien solicita, al médico de atención domiciliaria de otra IPRESS o de la Gerencia de Oferta Flexible, continuar con los cuidados hospitalarios en el domicilio del asegurado.
b) Los criterios de inclusión para la atención domiciliaria de alta precoz son:
   (i) Asegurado con interconsulta o referido por el médico tratante de la IPRESS, con indicación de alta precoz, para manejo domiciliario.
   (ii) Asegurado post-quirúrgico que puede completar el proceso de recuperación en domicilio.
c) Los criterios de alta de la modalidad alta precoz son:
   (i) Cumplimiento de tratamiento indicado y mejoría clínica, según criterio médico.
   (ii) En caso de ausencia de mejoría clínica, según criterio médico, el asegurado es derivado al servicio de emergencia de la IPRESS.

15.3. Cuidados Paliativos

Está dirigido a asegurados con criterios de terminalidad oncológica y no oncológica, que a través de la interconsulta o referencia por el médico tratante, solicita al médico de atención domiciliaria de la IPRESS o Gerencia de Oferta Flexible, brindar cuidados paliativos en el domicilio del asegurado.

Artículo 16. Atención Domiciliaria de Urgencia

16.1. El asegurado, familiar y/o cuidador primario solicita la atención a través de la central de urgencias y emergencias o quien haga sus veces.
16.2. El profesional de la CRUEN o quien haga sus veces luego de realizar el triaje telefónico, coordina la atención correspondiente.
16.3. El personal que efectúa la atención de urgencia en el domicilio, brinda la atención para la estabilización clínica, y coordina la atención por la modalidad de internamiento domiciliario y de ser el caso coordina la derivación al servicio de emergencia de la IPRESS.

SUB CAPÍTULO I

De la Prestación de Atención Domiciliaria

Artículo 17. De la Programación de las Visitas

17.1. La programación de las prestaciones de salud en el domicilio del asegurado, se realiza teniendo en cuenta los siguientes criterios:
   a) El cuadro clínico del asegurado.
   b) Modalidad de atención domiciliaria.

17.2. La frecuencia de la visita de seguimiento en la atención domiciliaria, es de acuerdo a la puntuación de la valoración integral del asegurado (Anexo Nº 6)

17.3. Antes de realizar la visita domiciliaria se comunica al asegurado, familiar o cuidador primario, la fecha de la visita domiciliaria, para garantizar la efectividad de la atención.

Artículo 18. De la Atención en el Domicilio

18.1. La atención domiciliaria cuenta con una Cartera de Servicios de Salud que se brinda de acuerdo con las modalidades de atención domiciliaria. (Anexo Nº 07).

18.2. Atención domiciliaria por médico general
   a) Evalúa integralmente al asegurado, diagnostica, controla y trata la enfermedad según competencia.
   b) Detecta agudizaciones y adopta medidas para prevenir complicaciones.
   c) Toma iniciativa y dispone del uso adecuado de los recursos para la mejor utilización de los distintos servicios para la atención domiciliaria.
   d) Brinda atención integral con calidad y calidez.
   e) Promueve la participación de la familia y de cualquier miembro del equipo interdisciplinario para la atención integral del asegurado.
   f) Determina la solicitud de atención especializada (interconsulta a otras especialidades)
   g) Valora la derivación a centros hospitalarios de referencia.

18.3. Atención Domiciliaria por médico especialista
   a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren el manejo de médico especialista, obtienen la misma, a través de la interconsulta solicitada por su médico tratante de atención domiciliaria o algún otro profesional del equipo interdisciplinario.
   b) Cumple con las visitas programadas de acuerdo a las patologías propias de cada especialidad y de acuerdo a las guías de atención.
   c) Brinda atención integral con calidad y calidez.

18.4. Atención domiciliaria por profesionales de enfermería
   a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren el cuidado de enfermería, obtienen la misma, a solicitud del médico tratante u especialista.
   b) Realiza el control de parámetros biológicos
   c) Identifica riesgos, promueve el autocuidado, la prevención de complicaciones y promoción de la salud.
   d) Realiza procedimientos asistenciales, curación de heridas y manejo de ulceras por presión-UPP, entre otras atenciones vinculadas al cuidado.
   e) Educación al cuidador principal y/o familia, sobre habilidades básicas de cuidados: alimentación, higiene, cambios posturales, cuidados de sondas, administración de medicación.
   f) Brinda atención integral con calidad y calidez.

18.5. Atención Domiciliaria por profesionales de Trabajo Social
   a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren atención social, obtienen la misma, a solicitud del médico tratante, especialista u otro profesional de la salud.
   b) Evalúa la situación socio-familiar, para el diagnóstico y detección del riesgo socio familiar.
   c) Realiza el reconocimiento socio familiar del asegurado para educar, orientar y dar consejería social.
   d) Brinda atención integral con calidad y calidez.

18.6. Atención Domiciliaria por profesionales de Psicología

a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren atención de Psicología, obtienen la misma, a solicitud del médico tratante, especialista u otro profesional de la salud.
b) Evaluación integral, afectiva, emocional y mental del asegurado.
c) Tratamiento, rehabilitación mental del asegurado, de corresponder y educación psicológica según patología del asegurado.
d) Brinda atención integral con calidad y calidez

18.7. Atención Domiciliaria por profesionales Fisioterapistas
a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren la atención de fisioterapia, obtienen la misma, a solicitud del médico especialista en medicina de rehabilitación.
b) Orienta al asegurado, cuidador principal y/o familia, de los cuidados a tener en cuenta para evitar riesgos de complicaciones.
c) Brinda atención integral de terapia y rehabilitación con calidad y calidez.

18.8. Atención domiciliaria por profesional nutricionista
a) Los asegurados de atención domiciliaria que requieren atención nutricional, obtienen la misma, a solicitud del médico tratante, especialista u otro profesional de la salud.
b) Valoración del estado nutricional del asegurado y prescripción de régimen dietético.
c) Consejería nutricional al asegurado, cuidador principal y/o familiar, según patología del asegurado.
d) Brinda atención integral con calidad y calidez.

18.9. Las prestaciones de salud brindadas en la atención domiciliaria se registran en el sistema informático institucional vigente según la normatividad.

18.10. La atención domiciliaria cumple con las medidas de bioseguridad para el asegurado y el personal de salud, en el marco de las normas vigentes.

18.11. Los profesionales de salud que brindan la atención domiciliaria, están entrenados y capacitados en el otorgamiento de las prestaciones de salud en el domicilio, con la finalidad de garantizar una atención de calidad y seguridad en el asegurado.

18.12. El responsable de atención domiciliaria de urgencia, mantiene comunicación permanente con el CRUEN o quien haga sus veces para atender las necesidades de salud de los asegurados que requieren atención domiciliaria de urgencia.

18.13. El asegurado, familiar o cuidador primario es informado clara y oportunamente de los deberes y derechos de la atención domiciliaria al momento de recibir y suscribir el consentimiento informado, según normativa vigente.

18.14. En la primera visita al domicilio, el médico es responsable de realizar las siguientes actividades:
a) Identificación del asegurado y del familiar o cuidador primario
b) Valoración de la situación de salud del asegurado en función de los problemas detectados teniendo en consideración la cartera de servicios.
c) Elaboración del plan de atención y cuidados por el equipo de salud multidisciplinario.
d) Prescripción de medicamentos y registro de información de prescripción en el sistema informático para su preparación y posterior dispensación.
e) Registro diario de las prestaciones en el sistema informático vigente.
f) Solicitud de interconsultas, según lineamientos establecidos y registro en el sistema informático vigente
g) Solicitud de órdenes de apoyo al diagnóstico, según lineamientos establecidos y registro en el sistema informático vigente
h) Información al asegurado, familiar o cuidador primario sobre los problemas de salud, complicaciones potenciales.
i) Educación sanitaria para el familiar o cuidador primario en especial en higiene, alimentación, movilidad, adherencia al tratamiento, principalmente para los cuidados en asegurados postrados o de cuidados paliativos.

18.15. De la visita domiciliaria, se ejecuta el plan de atención y cuidados individualizado de acuerdo a la modalidad de atención, y competencias profesionales, realizando lo siguiente:
a) Valoración de la evolución del asegurado, según competencias profesionales.
b) Prescripción de medicamentos /dispositivos médicos según el ámbito de competencias y registro de información de prescripción en el sistema informático para su posterior verificación, validación preparación y dispensación.
c) Registro diario de las prestaciones en el sistema informático vigente.
d) Solicitud de interconsultas, según lineamientos establecidos y registro en el sistema informático vigente.

e) Solicitud de órdenes de apoyo al diagnóstico, según lineamientos establecidos y registro en el sistema informático vigente.
f) Registro del nivel de aceptación y participación del asegurado y la familia en el plan de cuidados.
g) Entrenamiento del familiar o cuidador primario.
h) Información al asegurado, familiar o cuidador primario sobre los problemas de salud y complicaciones potenciales.
i) Educación sanitaria para el familiar o cuidador primario en especial en higiene, alimentación, movilidad, adherencia al tratamiento, principalmente para los cuidados en asegurados postrados o de cuidados paliativos.
j) Emisión de informes clínicos solicitados por los asegurados.
k) Emisión de Certificado de Defunción, en caso corresponda.

18.16. De contar con la necesidad de oferta de servicios de telemedicina, las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS realizan las gestiones correspondientes en el marco de la Directiva Nº 010-GG-EsSalud-2010 "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud –EsSalud".

Artículo 19. De la Dispensación de Medicamentos

19.1. La dispensación de medicamentos se desarrolla según los procedimientos aprobados en la normatividad vigente, garantizando las buenas prácticas de dispensación, almacenamiento y trasporte de los medicamentos según el Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia en ESSALUD" (Directiva Nº 07-GCPS-ESSALUD-2011).

19.2. El responsable de la farmacia, según disposición de las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS, coordinan y establece los procesos y procedimientos para la dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, asegurando la oportunidad del tratamiento y brindando su acceso al asegurado.

19.3. Los medicamentos, se entregan al asegurado o su representante con la identificación correspondiente en el domicilio o en la farmacia según corresponda

19.4. La dispensación de medicamentos opioides, psicotrópicos y estupefacientes, se realizan según las condiciones particulares que determinan las normas legales nacionales según el Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria norma institucional vigente (Decreto Supremo Nº 023-2001-SA).

Artículo 20. De la Solicitud de Exámenes de Apoyo al Diagnóstico

20.1. La atención domiciliaria brinda atención de apoyo al diagnóstico acorde a la cartera de servicios y necesidad de la demanda.

20.2. Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS, gestionan la dotación y operatividad del equipamiento para la prestación del servicio.

20.3. El médico emite y registra las solicitudes en el sistema informático para la programación correspondiente.

20.4. Los resultados de los exámenes realizados se registran en el sistema informático para conocimiento del médico tratante y del asegurado.

20.5. Los exámenes de apoyo al diagnóstico son realizados, tomando en cuenta las normas de bioseguridad establecidas.

20.6. Para aquellos exámenes de apoyo al diagnóstico que no pueden ser efectuados en el domicilio, se efectúa la coordinación a través de los servicios de referencia.

Artículo 21. Del Proceso de Referencia y Contrarreferencia

21.1. Todo asegurado atendido en consulta externa, hospitalización o emergencia de una IPRESS, que cumpla con los criterios de inclusión para atención domiciliaria en cualquiera de sus modalidades, es derivado a la atención domiciliaria a través de una interconsulta o referencia a otra IPRESS o Gerencia de Oferta Flexible, a través de la unidad de referencia/contrarreferencia o quien haga sus veces en la IPRESS de destino.

21.2. La Unidad de referencia de las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Gerencia de Oferta Flexible e IPRESS, se encargan de verificar y visar la hoja de referencia, comunicando a la IPRESS de origen la aceptación de la referencia, a fin de no generar duplicidad en la atención por consulta externa.
21.3. Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Gerencia de Oferta Flexible, e IPRESS, son responsables de aplicar los criterios de referencia y contrarreferencia con relación a la atención domiciliaria, dentro del marco de la Directiva N°14-GG-EsSalud-2015 "Normas para el proceso de Referencias y Contrarreferencia en EsSalud", de corresponder.
21.4. El médico tratante que refiere al asegurado desde la consulta externa, hospitalización o emergencia, indica el diagnóstico y la propuesta del plan de trabajo para el manejo del asegurado en su domicilio.
21.5. El asegurado que recibe atención domiciliaria es contrarreferido a la IPRESS que corresponda, cuando su condición de salud así lo requiera, según criterio médico.

Artículo 22. Del Egreso y Alta del Asegurado

22.1. El egreso del asegurado de atención domiciliaria se registra en la historia clínica y en el formato de referencia/contrarreferencia, según la modalidad de ingreso a la atención domiciliaria, el cual es registrado en el sistema informático vigente.
22.2. Para el egreso del asegurado de la atención domiciliaria, se consideran entre las principales causas (debidamente documentado en la historia clínica), las siguientes:
- Pérdida de su condición de asegurado, según norma vigente[2].
- Retiro voluntario
- Alta del médico tratante.

22.3. En caso de retiro voluntario, el asegurado, familiar o cuidador primario, realiza la solicitud por escrito, dejando constancia de la firma y huella digital, documento que es archivado en la historia clínica.
22.4. Los asegurados que están en condición de alta son egresados de la Atención Domiciliaria.

Artículo 23. Del Registro de la Atención

23.1. Las prestaciones de salud brindadas en el domicilio del asegurado y la prescripción del tratamiento, por el profesional de la salud, son registradas obligatoriamente en la Historia Clínica (electrónica, informatizada o manual) de acuerdo con la normatividad vigente.
23.2. La atención domiciliaria cuenta con un formato de Historia clínica, en el que se registra el estado de salud del asegurado y adjunta los formatos según corresponda.
23.3. Las prestaciones de salud brindadas en la atención domiciliaria, según el profesional de la salud, son registradas en el sistema informático vigente durante el mismo día de realizada la visita.

SUB CAPÍTULO II

Del Monitoreo, Supervisión y Evaluación

Artículo 24. Del Monitoreo, Supervisión y Evaluación

24.1. Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, e IPRESS, a través de sus órganos de línea, efectúan las acciones de supervisión, monitoreo, evaluación y control del otorgamiento de las prestaciones de salud de atención domiciliaria y de los recursos asignados para tal fin.
24.2. Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN e IPRESS, a través de sus órganos de línea, gestionan los procesos de atención domiciliaria y su alineamiento con la normativa vigente, haciendo uso de los siguientes documentos de gestión:
- Manual de procedimientos
- Indicadores (Anexo Nº 8)
- auditorías internas

[2] Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento. Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud.

24.3. La supervisión de las prestaciones de atención domiciliaria, se ejecuta de manera periódica, principalmente a través de:
- Visitas inopinadas al domicilio del asegurado.
- Llamadas aleatorias para verificar el cumplimiento de programación.
- Atención del registro de quejas y reclamos.
- En caso existan observaciones, el responsable de la atención domiciliaria de las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS o quien haga sus veces, realiza las medidas correctivas y acciones correspondientes.

24.4. La evaluación de las prestaciones de salud por atención domiciliaria se realiza trimestral y anualmente.

24.5. La auditoría de la atención médica se realiza de acuerdo a la norma de auditoria médica vigente[3].

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. - Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS emiten las disposiciones necesarias en su jurisdicción, a fin de garantizar el cumplimiento de la presente Directiva.

Segunda. - Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS gestionan oportunamente la dotación de recursos para mantener la operatividad de la atención domiciliaria.

Tercera. - Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS ponen a disposición del asegurado, familiar o cuidador primario, un canal de comunicación centralizado, con la finalidad de informar las fechas de las visitas domiciliarias, los resultados de los servicios complementarios, y otra información producto del servicio.

Cuarta. - El profesional de la Atención Domiciliaria que identifique potenciales situaciones de riesgo en el asegurado informa y solicita la evaluación correspondiente a los profesionales de servicio social y dependiendo del resultado hará de conocimiento a las autoridades competentes.

Quinta. - La atención domiciliaria emite los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT según la normativa vigente[4].

Sexta. - Las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, OPN, ODN u IPRESS refieren a los asegurados aptos para recibir la atención domiciliaria mediante el sistema de referencias y contrarreferencia de EsSalud vigente.

Séptima. - En caso de fallecimiento del asegurado que recibe la atención domiciliaria, el certificado de defunción es emitido por el médico tratante.

Octava. - En caso de fallecimiento por causas externas a las morbilidades conocidas, se comunica a las autoridades correspondientes, en el marco de las normas técnicas y administrativas, relacionadas a la certificación de las defunciones vigente.

Novena. - Ante la solicitud del informe médico por parte del asegurado, familiar o cuidador primario, este se emite en el contexto de las prestaciones de salud brindadas en la atención domiciliaria. [5]

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera. - Las implementaciones de las modalidades de atención domiciliaria planteadas en la presente Directiva se darán de manera progresiva y en el marco de las normativas vigentes.

Segunda. - Toda modificación, actualización y/o creación de programas informáticos o software que contribuyan al objetivo de la presente Directiva, deben regirse en el marco de las políticas de seguridad informática de EsSalud y de la normativa vigente sobre la administración del software legal en EsSalud[6].

ANEXOS

---

[3] NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES. V.02: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud". Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA

[4] Directiva de Gerencia General N° 015-GG-EsSalud-2014. "Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en EsSalud"

[5] Ley Nª 26842 - Ley General de Salud

[6] Directiva de Gerencia General Nº 002-GG-EsSalud-2005 "Políticas de Seguridad informática de EsSalud"

Anexo Nº 01: Modelo Consentimiento Informado y Cláusula de Revocatoria
Anexo Nº 02: Modelo de Hoja de Compromiso.
Anexo Nº 03: Flujograma de atención domiciliaria
Anexo N° 04: Modelo Operativo de Atención Domiciliaria
Macroproceso de Atención Domiciliaria
Anexo Nº 05: Índice de Barthel.
Anexo N° 06: Criterios de programación
Anexo Nº 07: Cartera de Servicios de Salud – Atención Domiciliaria de Atención
Anexo Nº 08: Indicadores

Anexo Nº 01: Modelo Consentimiento Informado y Cláusula de Revocatoria

Yo, ... identificado(a) con DNI/pasaporte/carnet Nº....., en mi condición de asegurado (padre, madre, representante legal, persona responsable del (de la) asegurado)..... con Historia Clínica o ficha de Atención Nº....., autorizo a PADOMI a brindar prestaciones de salud de atención domiciliaria, en la siguiente dirección .....

Habiendo sido informado y recibido explicación de lo siguiente:
PADOMI brinda atención en salud al asegurado, que por su condición de salud o enfermedad no puede acudir a su IPRESS a recibir atención sanitaria.

Ofrece atención integral, mediante la elaboración de un Plan de Atención y Cuidado Multidisciplinario (médico, enfermería, terapia física, nutrición, psicología, y trabajo social) y asistencia especializada mediante interconsultas o referencias cuando el caso lo requiere.

La evaluación integral determina la periodicidad de las visitas a cargo del médico asignado de acuerdo a la ubicación geográfica del domicilio.

Esta modalidad de atención requiere la participación activa y continua del asegurado y sus familiares en un esfuerzo conjunto por brindar una atención digna y de calidad.
PADOMI brinda atención en situación de Urgencia médica la cual se solicita vía telefónica. No brinda servicio de traslado del asegurado, ni atención de emergencia en el domicilio.

Durante la administración de medicamentos pueden presentarse riesgos imprevisibles, tales como: reacciones alérgicas y/o idiosincráticas y/o elementos de monitoreo u otros que excepcionalmente puedan relacionarse con la atención. Por lo que podré comunicarme, vía telefónica, con la central de urgencias de PADOMI al número 117.

Es responsabilidad del familiar:
Proporcionar los cuidados e higiene del asegurado.
Participar activamente en los procesos de cuidados del asegurado crónico e inmovilizado.
Asistir al curso de inducción del asegurado y/o persona responsable.
Estando informado del funcionamiento de PADOMI y siendo la decisión conjunta médico-asegurado y/o familiar doy mi consentimiento para el ingreso a este servicio.

Firma de Asegurado y/o familiar responsable
DNI:

Firma y sello del Médico

Fecha: día: ..... mes: ..... Año: ..... Hora: ..... .

LA FIRMA IMPRESA EXPRESA LA ACEPTACIÓN DE TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

CLAUSULA DE REVOCATORIA

Yo, ... identificado(a) con DNI/pasaporte/carnet Nº ..... en mi condición de asegurado o persona responsable del asegurado:.....

Historia Clínica Nº..... en pleno uso de mis facultades dejo sin efecto el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión.

Firma de Asegurado y/o familiar responsable- DNI

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° C. CARREÑO D. Gerente Central - ESSALUD -

Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud V°B° M. ARAUJO Z. Sub Gerente GPNAAS-GCPS-ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES V°B° W. MENCHOLA V. Gerente Central - ESSALUD -

GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE V°B° Dr. P. RIPALDA R. Gerente - ESSALUD -

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS V°B° Dr. W. LIBALUS F. Gerente - ESSALUD -

Anexo Nº 02: Modelo de Hoja de Compromiso

EsSalud

DOCUMENTO DE COMPROMISO DE LA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DEL PACIENTE ADMITIDO A ATENCIÓN DOMICILIARIA

Yo_____
con DNI (o Carné de Extr.) N°_____

Declaro, que he sido informado satisfactoriamente y tengo conocimiento de lo siguiente:

1. ATENCIÓN DOMICILIARIA significa sub-gerencia de Atención Domiciliaria y constituye la atención preferencial que brinda EsSalud al paciente con dependencia (aquella que depende de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como levantarse de la cama, desplazarse, bañarse, vestirse, etc.) y al paciente con enfermedad terminal, con el objetivo de mejorarles su calidad de vida y brindarles una atención digna en su domicilio que constituye su entorno habitual.
2. Las visitas domiciliarias que brindan ATENCIÓN DOMICILIARIA pueden ser programadas o no programadas.
3. Las visitas programadas son aquellas determinadas por los profesionales de ATENCIÓN DOMICILIARIA de acuerdo al plan de trabajo establecido para cada paciente y tienen como finalidad brindar una atención periódica al paciente.
4. Las visitas de urgencias son aquellas solicitadas por iniciativa del paciente, familiares o cuidadores (por vía telefónica) y se hacen efectivas en el transcurso del dia, previo triaje y la evaluación que realice el personal del Centro de Urgencias.
5. El paciente admitido a ATENCIÓN DOMICILIARIA ya no podrá solicitar ser atendido directamente en los consultorios Externos en los Policlinicos u Hospitales de EsSalud, ya que requerirá ser referido por un profesional de ATENCIÓN DOMICILIARIA
6. En caso que el paciente presente una situación de Emergencia, los familiares más cercanos con el paciente (si no tiene incapacidad mental) tienen la capacidad de decidir su traslado a un servicio de Emergencia de un Hospital cercano.
7. Los pedidos y/o solicitudes que se presenten deben ser suscritas por el paciente admitido a ATENCIÓN DOMICILIARIA. En caso que el paciente sea incapaz de ejercer sus derechos civiles se aceptará que estas sean suscritas por su representante.
8. En caso del fallecimiento del paciente, los familiares pueden solicitar que el médico de ATENCIÓN DOMICILIARIA, dentro de su horario de atención (9.00 a 1.00pm), le realice el Certificado de Defunción, siempre que el paciente ya haya recibido al menos una atención médica de ATENCIÓN DOMICILIARIA.
9. El paciente o su representante pueden solicitar por escrito su salida voluntaria de ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Así mismo, he sido informado que para ser beneficiario de ATENCIÓN DOMICILIARIA se requiere lo siguiente:

1. Que el paciente cuente con un cuidador principal que lo asista directamente. Si es paciente presenta una dependencia grave o total se requerirá de cuidadores secundarios que apoyen al cuidador principal para evitar la sobrecarga.
2. Que el paciente tenga acreditación de derecho de atención y de cobertura de ATENCIÓN DOMICILIARIA vigentes.
3. Que el paciente cuente con un "Cuaderno de Registro" en su domicilio, donde el profesional de ATENCIÓN DOMICILIARIA anotará la fecha y hora de su visita, las indicaciones terapéuticas, los cuidados de salud a brindar y la fecha de la próxima visita.
4. Que un cuidador este presente durante las visitas de los profesionales ATENCIÓN DOMICILIARIA.
5. Que los cuidadores sigan fielmente las indicaciones dadas en el proceso de atención al paciente y proporcionen toda información relevante relacionada a la salud del paciente, incluyendo los tratamientos indicados por personas ajenas a ATENCIÓN DOMICILIARIA, los automedicamentos y naturistas.
6. Que se mantenga al paciente en adecuadas condiciones de higiene, hidratación y nutrición.
7. Que los cuidadores participen en las actividades complementarias que se indiquen al paciente 8medicación, curaciones, movilizaciones, control de funciones vitales, terapia física o mental, etc.)
8. Que los cuidadores informen oportunamente a ATENCIÓN DOMICILIARIA sobre las ausencias del paciente de su domicilio, ya sea por viaje, hospitalización, fallecimiento, etc. Del mismo modo en caso de cambios de domicilio, de número telefónico, etc.
9. Que la persona encargada garantice que las visitas se den en condiciones adecuadas de seguridad para que la integridad física del personal de ATENCIÓN DOMICILIARIA no se vea amenazada.
10. Que se brinden las condiciones adecuadas para la visita del paciente, que la casa tenga timbre para acceder al domicilio, que exista un teléfono activo para lograr comunicación continua con el responsable del paciente, higiene del cuarto donde se encuentra el paciente y no presencia de animales durante la visita.
11. Que el familiar entregue a Servicio Social la copia de C.D, cuando este no es emitido por los profesionales de STAE.

Teniendo conocimiento que el incumplimiento de lo expuesto ocasionará la suspensión de las atenciones que brinda ATENCIÓN DOMICILIARIA, acepto voluntariamente encargarme del cuidado del paciente y me comprometo en dar cumplimiento a las disposiciones y requisitos indicados por ATENCIÓN DOMICILIARIA y EsSalud.

Lima,_____de _____del 20

_____
Firma de la persona encargada

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD - V°B° CARREÑO D. Gerente Central

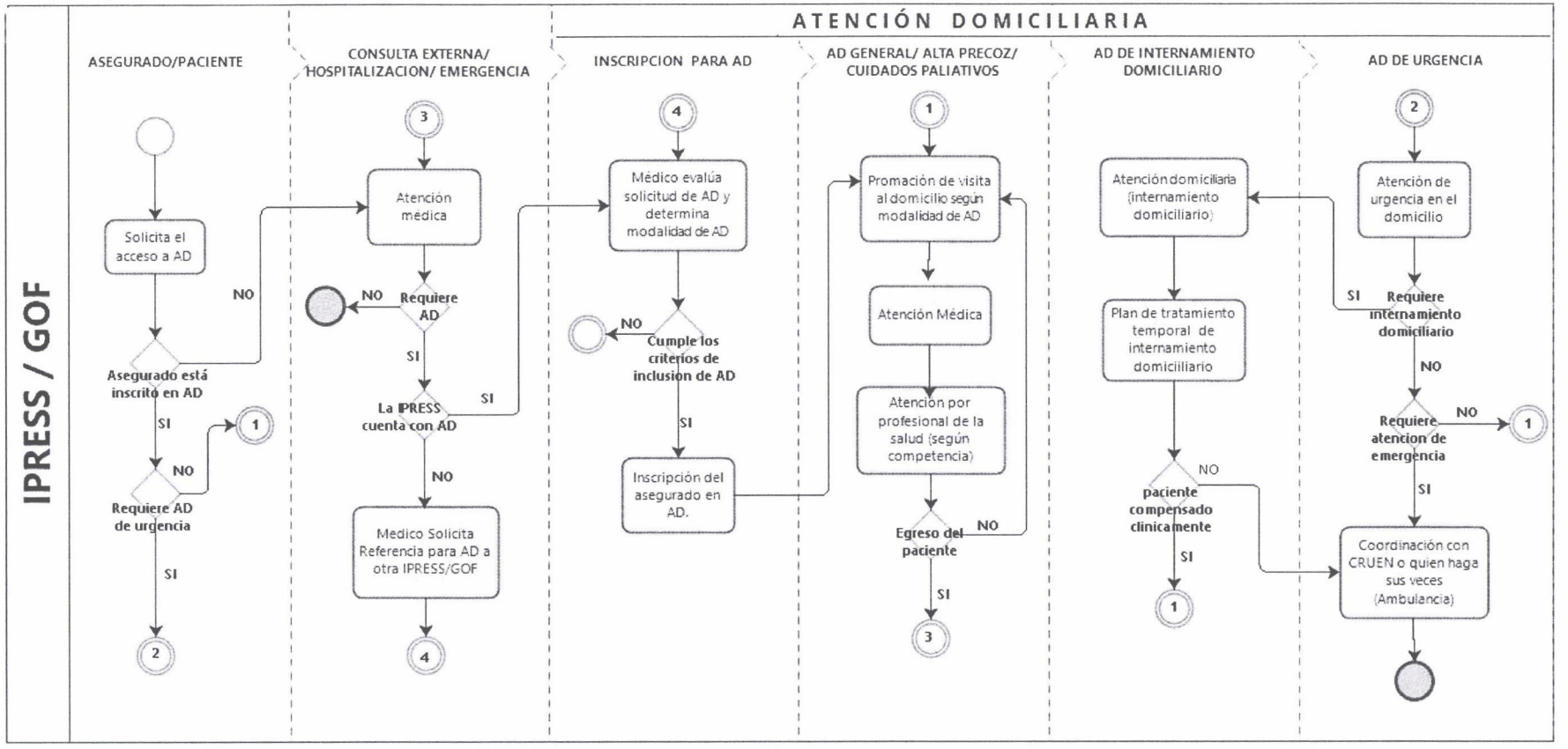
Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud V°B° M. ARAUJO Z. Sub Gerente GPNMS-GCPS-ESSALUD

GERENTE CENTRAL DE OPERACIONES V°B° W. MENCHOLA V. Gerente Central - ESSALUD -

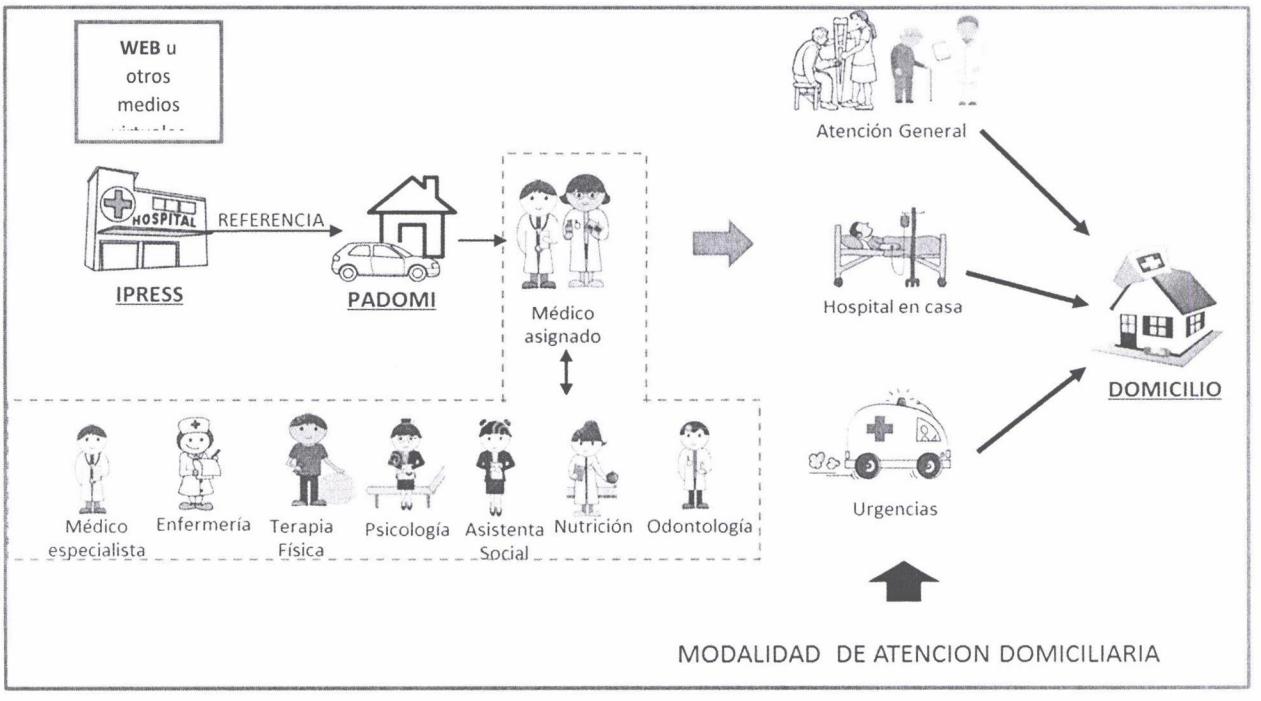
GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE V°B° Dr. P. RIPALDA R. Gerente - ESSALUD -

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS V°B° Dr. W. CHILLUS F. Gerente - ESSALUD -

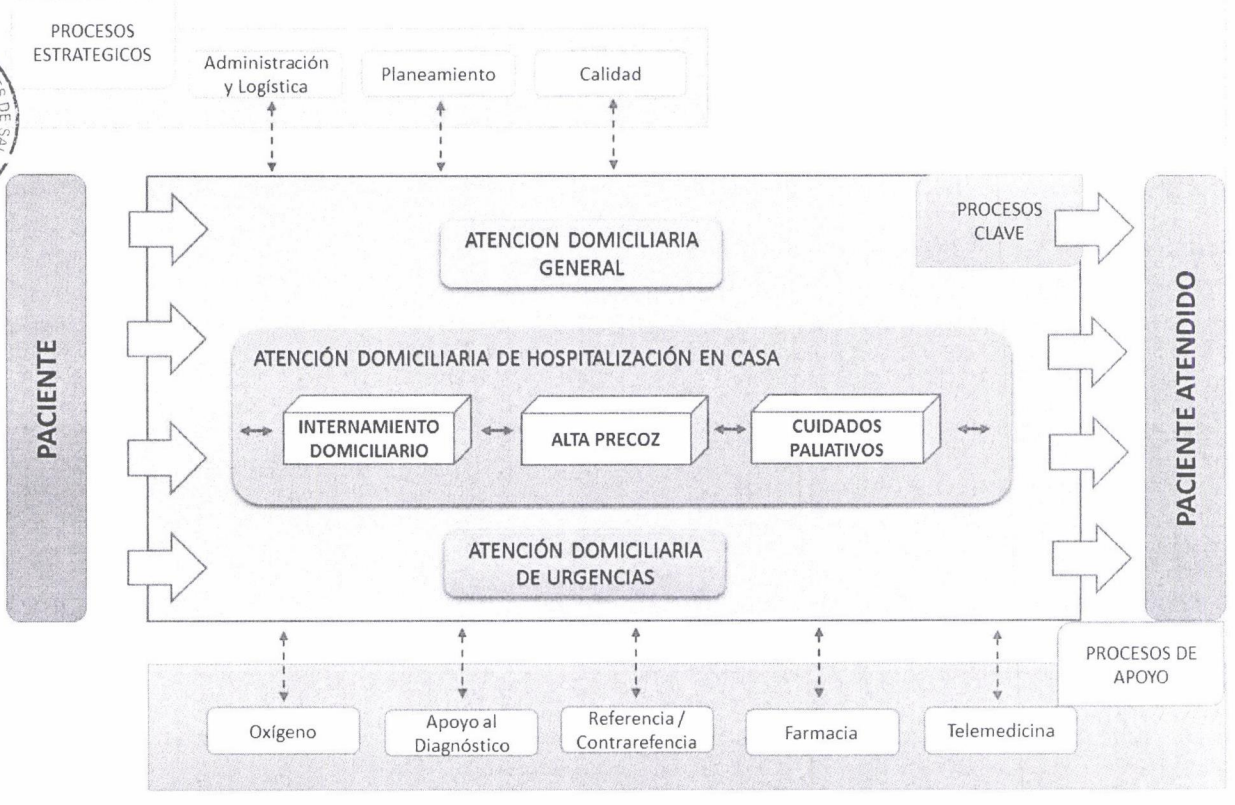
Anexo Nº 03: Flujograma de atención domiciliaria



Anexo Nº 04: Modelo Operativo de Atención Domiciliaria



Macroproceso de Atención Domiciliaria



Anexo Nº 05: Índice de Barthel

Equivale a una escala ordinal que incluye 10 áreas de la Actividad de la Vida Diaria-AVD, la puntuación total varía de **0 a 100**, está diseñado suponiendo que una persona es continente, capaz de alimentarse y vestirse, desplazarse al menos una manzana de casas y subir y bajar escaleras; no significa que pueda vivir sólo ya que no se valoran actividades instrumentales.

Actividades de la Vida Diaria	INDICES	DESCRIPCIÓN
Alimentación	**10** **5** **0**	Independiente Necesita alguna ayuda Dependiente
Transferencias (Cama – Silla)	**15** **10** **5** **0**	Independiente Necesita alguna ayuda Puede sentarse en la cama, pero requiere que le ayuden a salir Dependiente
Aseo personal	**5** **0**	Independiente Dependiente
Uso del sanitario	**10** **5** **0**	Independiente Necesita ayuda Dependiente
Baño	**5** **0**	Independiente Dependiente
Caminar por terreno llano	**15** **10** **5** **0**	Camina 50 metros sin ayuda, puede usar ortesis o prótesis, y muletas o bastones. Camina 50 metros, pero con ayuda Sólo para asegurados con silla de ruedas que se desplazan 50 metros Inmóvil
Subir y bajar escaleras	**10** **5** **0**	Independiente puede usar bastones y muletas de ser necesarios Con ayuda No lo realiza
Vestido y desvestido	**10** **5** **0**	Independiente aún con ortésis Con ayuda Dependiente
Continencia de esfínter anal	**10** **5** **0**	Controla Parcial o necesita ayuda para colocarse supositorio o enema Incontinente
Continencia de esfínter vesical	**10** **5** **0**	Estar seco de día y noche y saber colocarse dispositivos y colectores Con ayuda Incontinente
TOTAL	**100**	

RANGOS	INDEPENDENCIA
0-25	Dependiente total.
26-50	Dependiente que requiere apoyo.
51-75	Independiente parcial.
76-100	Independiente.

Anexo N° 06: Criterios de Programación

Grupos por frecuencia de visitas

Grupos	Evaluación funcional	Frecuencia de Visitas
Grupo I	0	1 visita cada 3 meses
Grupo II	1 – 2	1 visita cada 2 meses
Grupo III	3 – 5	1 visita mensual
Grupo IV	3 – 5 Asegurados descompensados Asegurados terminales Altas hospitalarias recientes	1 visita cada 15 días o semanal de acuerdo al criterio del médico tratante.

Fuente: Escala de la Cruz Roja para valorar la Incapacidad

ESCALA DE INCAPACIDAD FISICA DE LA CRUZ ROJA	
0	Individuo se vale totalmente por sí mismo, camina con normalidad.
1	Realiza suficientemente las AVD Deambula con alguna dificultad. Dificultad para realizar desplazamientos complicados (viajes). Continencia normal.
2	Cierta dificultad en las AVD, que le obligan a valerse de ayuda. Deambula con bastón u otro medio de apoyo Continencia normal o rara incontinencia.
3	Grave dificultad en las AVD. Deambula con dificultad, ayudado al menos de una persona. Incontinencia ocasional.
4	Necesita de ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria. Deambula con dificultad, ayudado por al menos dos personas. Incontinencia habitual.
5	Inmovilidad en cama o sillón. Necesita cuidados de enfermería constantes. Incontinencia total.

AVD: Actividades de la vida diaria.

Anexo Nº 07: Cartera de Servicios de Salud – Atención Domiciliaria

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE PADOMI			MODALIDAD DE ATENCIÓN				
			ATENCIÓN DOMICILIARIA GENERAL	HOSPITAL EN CASA			URGENCIAS
				INTERNAMIENTO DOMICILIARIO	ALTA PRECOZ	CUIDADOS PALIATIVOS	
1	ATENCIONES DOMICILIARIAS	Atención por médico general / familia	X	X	X	X	X
		Atención por médico especialista	X		X	X	
		Atención de enfermería	X	X	X	X	X
		Atención de terapista físico	X			X	
		Atención de nutrición	X			X	
		Atención de trabajo social	X			X	
		Atención de psicología	X			X	
		Atención de odontología	X			X	
2	EXAMENES DIAGNÓSTICO POR IMAGENES	Electrocardiografía	X	X			
		Radiología	X	X			X
		Ecografía cita*	X	X			X
3	EXAMENES DE LABORATORIO	Hemograma	X	X	X	X	X
		Glucosa, urea, creatinina	X	X	X		X
		Perfil Lipídico	X				
		Perfil Hepático	X				
		Perfil tiroideo	X				
		Hb. glicosilada	X				
		TP-INR	X	X	X		X
		Examen de orina	X	X		X	X
		Urocultivo	X	X			X
		Electrolitos	X	X			X
		AGA	X	X		X	X
4	PROCEDIMIENTOS	Valoración Geriátrica Integral (VGI)	X	X	X	X	
		Curaciones complejas	X	X	X	X	
		Curaciones simples	X	X	X	X	
		Fondo de ojo*	X				
		Infiltraciones	X				
		Lavado de oido	X				
		Otoscopia	X				
		Oximetria de pulso	X	X	X	X	
		Retiro de puntos y/o grapas	X		X	X	
		Retiro de yeso	X		X	X	
		Tonometría*	X				
		Vacunación (inmunizaciones)	X				
		Recambio de sondas y cánulas	X	X	X	X	X
		Admin. de medicamentos parenterales		X	X	X	X
		Canalización de vía periférica		X	X	X	X
		Hidratación parenteral		X	X	X	X
		Manejo de cateter intraperitoneal				X	
		Cambio de talla vesical				X	
		Cambio de tubo de Traqueostomía				X	
		Instalación de dispositivo subcutáneo				X	
		Manejo de cateter port				X	
		Paracentisis evacuatoria				X	
		Toracocentesis evacuatoria				X	
		Transfusiones de hemoderivados				X	
5	ENTRENAMIENTO DOMICILIARIO	Nebulizaciones	X	X	X	X	X
		Cuidado de sondas y cateteres	X	X	X	X	X
		Cuidados de Ostomías	X	X	X	X	X
		Reeducación vesical	X	X	X	X	X
		Manejo de secreciones	X	X	X	X	X
		Prevención y cuidados de UPP	X	X	X	X	X
		Prevención de caídas	X	X	X	X	X
		Higiene del sueño	X	X	X	X	X
6	TALLERES	Cuidados en domicilio	X	X	X	X	
7	CHARLAS	Promoción y prevención.	X	X	X	X	

(*) Examenes o procedimientos que se realizan a pacientes que puedan acudir al consultorio.

La implementación de la Cartera de Atención Domiciliaria, es progresiva, de acuerdo a las necesidades de salud de la población beneficiaria y capacidad resolutiva de la IPRESS.











Anexo Nº 08: Indicadores

1. PORCENTAJE DE VISITAS EFECTIVAS	
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	OE1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados OE2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa
Objetivo del Indicador	Medir el cumplimiento de las visitas programadas para brindar las prestaciones de salud de atención domiciliaria.
Tipo de indicador	Continuo y de incremento
Definición Operacional	**Numerador:** **Número de visitas efectivas. -** Es el número de visitas realizadas al domicilio del asegurado, en el que se brindó, prestaciones de salud de atención domiciliaria. **Denominador:** **Número de visitas programadas. -** Es el número de visitas programadas para atención domiciliaria.
Forma de cálculo	$\frac{\text{Número de visitas efectivas}}{\text{Número de visitas programadas}} \times 100$
Unidad de Medida	Visitas domiciliarias efectivas
Estándar	100%
Fuente	Servicio de Salud Inteligente (ESSI) u otro Sistema Informático vigente.
Frecuencia de medición	Mensual
Responsable de la Información	Jefe de atención domiciliaria o quien haga sus veces.
Responsable de la Evaluación	– Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria – Redes Asistenciales. – Jefe del Servicio de Medicina de la IPRESS. – Jefe de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces – Hospital Nacional. – Sub gerencia de atención domiciliaria – GOF.

2. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA PRIMERA VISITA DOMICILIARIA	
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	OE1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados OE2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa
Objetivo del Indicador	Medir la oportunidad de la primera atención domiciliaria.
Tipo de indicador	Continuo
Definición Operacional	Promedio que expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurre desde la fecha de inscripción de los asegurados a la atención domiciliaria y la fecha en que reciben la primera atención en su domicilió, en el periodo que se evalúa.
Forma de cálculo	$\frac{\Sigma \text{ (tiempo de espera 1+tiempo de espera 2 + tiempo de espera n)}}{\text{Nº de asegurados inscritos en el periodo que se evalúa}}$ Donde **tiempo de espera** es igual a: Fecha de primera atención domiciliaria – Fecha de inscripción del asegurado. **Primera atención domiciliaria**: Es el día calendario que el asegurado recibe la primera atención en su domicilio. **Inscripción del asegurado**: Es el día calendario que el asegurado es inscrito a la atención domiciliaria. **Nº de asegurados inscritos**. - Es el nº de asegurados inscritos considerados en el tiempo de espera, del numerador.
Unidad de Medida	Promedio de días
Estándar	Menos de 5 días.
Fuente	Servicio de Salud Inteligente (ESSI) u otro Sistema Informático vigente.
Frecuencia de medición	Mensual.
Responsable de la Información	Jefe de atención domiciliaria o quien haga sus veces.
Responsable de la Evaluación	– Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria – Redes Asistenciales. – Jefe del Servicio de Medicina de la IPRESS. – Jefe de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces – Hospital Nacional. – Sub gerencia de atención domiciliaria – GOF.











3. DIFERIMIENTO PARA LA TOMA DE EXAMENES DE LABORATORIO	
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	OE1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados OE2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa
Objetivo del Indicador	Medir la oportunidad de la atención domiciliaria, en la toma de muestra para exámenes de laboratorio clínico.
Tipo de indicador	Continuo y de reducción
Definición Operacional	Promedio que expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurre entre la solicitud médica y emisión de la orden de examen de laboratorio y la fecha en que se realiza la toma de muestra a los asegurados que reciben atención domiciliaria, en el periodo que se evalúa.
Forma de cálculo	$\frac{\Sigma \text{ (tiempo de espera 1+tiempo de espera 2 + tiempo de espera n)}}{\text{Total, de solicitudes de exámenes de laboratorio en el periodo que se evalúa.}}$ Donde **tiempo de espera** es igual a: Fecha de toma de muestra – Fecha de solicitud del examen. **Toma de muestra**: Es el día calendario que se obtiene la muestra para los exámenes de laboratorio, solicitados por el médico. **Solicitud de exámenes de laboratorio:** Es el día calendario que el médico solicita y emite la orden de exámenes de laboratorio para el asegurado.
Unidad de Medida	Promedio de días
Estándar	Menos de 5 días
Fuente	Servicio de Salud Inteligente (ESSI) u otro Sistema Informático vigente.
Frecuencia de medición	Mensual
Responsable de la Información	Jefe de patología clínica o quien haga sus veces.
Responsable de la Evaluación	– Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria-Redes Asistenciales. – Jefe del Servicio de Medicina de la IPRESS. – Jefe de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces – Hospital Nacional. – Sub gerencia de atención domiciliaria – GOF.

4. TIEMPO DE RESPUESTA DE ATENCION DOMICILIARIA POR MEDICO ESPECIALISTA	
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	OE1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados OE2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa
Objetivo del Indicador	Medir la oportunidad de la atención domiciliaria por médico especialista.
Tipo de indicador	Continuo
Definición Operacional	Promedio que expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurre entre la fecha de solicitud de la interconsulta por el médico tratante de atención domiciliaria a médico especialista y la fecha en que los asegurados, reciben la atención por el médico especialista en el domicilio, en un periodo determinado.
Forma de cálculo	$\frac{\Sigma \text{ (tiempo de espera 1+tiempo de espera 2 + tiempo de espera n)}}{\text{Total, de solicitudes de interconsulta, en el periodo que se evalúa}}$ Donde **tiempo de espera** es igual a: Fecha de atención por médico especialista – fecha de solicitud de interconsulta. **Atención por médico especialista**: Es el día calendario que el asegurado recibe atención domiciliaria por médico especialista. **Interconsulta:** Es el día calendario que el médico solicita la interconsulta al médico especialista.
Unidad de Medida	Promedio de días
Estándar	Menos de 5 días.
Fuente	Servicio de Salud Inteligente (ESSI) u otro Sistema Informático vigente.
Frecuencia de medición	Mensual.
Responsable de la Información	Jefe de atención domiciliaria o quien haga sus veces.
Responsable de la Evaluación	– Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria – Redes Asistenciales. – Jefe del Servicio de Medicina de la IPRESS. – Jefe de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces – Hospital Nacional. – Sub gerencia de atención domiciliaria – GOF.

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° J. CARREÑO D. Gerente Central - ESSALUD -

Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud V°B° M. ARAUJO Z. Sub Gerente GPNAS-GCPS-ESSALUD

GERENTE CENTRAL DE OPERACIONES V°B° W. MENCHOLA V. Gerente Central - ESSALUD -

GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE V°B° Dr. P. RIPALDA R. Gerente - ESSALUD -

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS V°B° Dr. W. UBILLUS F. Gerente - ESSALUD -

5. TIEMPO DE RESPUESTA DE ATENCION POR PROFESIONAL DE LA SALUD NO MEDICO	
A qué Objetivo Estratégico Institucional Contribuye	OE1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados OE2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa
Objetivo del Indicador	Medir la oportunidad de la atención domiciliaria por profesional de la salud.
Tipo de indicador	Continuo
Definición Operacional	Promedio que expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurre entre la fecha de indicación médica de la atención por profesional de la salud, no médico (enfermera o terapista físico o nutricionista o trabajador social u odontólogo) y la fecha en que los asegurados, reciben la atención por el profesional de la salud en el domicilio, en un periodo determinado.
Forma de cálculo	$\frac{\Sigma \text{ (tiempo de espera 1+tiempo de espera 2 + tiempo de espera n)}}{\text{Total, de solicitudes de atención por profesional de la salud no médico.}}$ Donde **tiempo de espera** es igual a: Fecha atención por profesional no médico – fecha de solicitud de atención por médico tratante. **Atención por profesional de la salud no médico:** Es el día calendario que el asegurado recibe atención domiciliaria por enfermera o terapista /o nutricionista o trabajador social u otro profesional no médico. **Solicitud de atención:** Es el día calendario que el médico tratante, solicita la atención por profesional de la salud no médico.
Unidad de Medida	Promedio de días
Estándar	Menos de 5 días.
Fuente	Servicio de Salud Inteligente (ESSI) u otro Sistema Informático vigente.
Frecuencia de medición	Mensual.
Responsable de la Información	Jefe de atención domiciliaria o quien haga sus veces.
Responsable de la Evaluación	– Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria – Redes Asistenciales. – Jefe del Servicio de Medicina de la IPRESS. – Jefe de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces – Hospital Nacional. – Sub gerencia de atención domiciliaria – GOF.

NOTA: este indicador diferenciarlo por profesional de la salud, enfermera, terapista, trabajador social, nutricionista, odontólo