



República de Panamá
Ministerio de Salud

Dirección General de Salud
Programa Nacional de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años de edad.

Abril 2009

Con el apoyo financiero del Proyecto MINSAs-BID, y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



Créditos

Comisión Técnica Revisora de la Norma

Yadira Carrera, MINSAs (Coordinación Nacional del Programa)
Max R. Ramírez, MINSAs (Coordinador)
Amoy Chong Ho, MINSAs (q.d.e.p.)
Dora Polanco, Niñez y Adolescencia, Trabajo Social, MINSAs
Flavia Fontes, Nutrición, MINSAs
Lorena Romero, Policlínica Presidente Remón, CSS
Lucía Medina, Hospital Especialidades Pediátricas, CSS
Vitalia Muñoz Pinzón, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá
Aracellys G. de Filós, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá
Aminta Gálvez, Jefa de Departamento de Salud Bucal, MINSAs

Participantes del taller de revisión y validación.

Abraham Abouganem, MINSAs
Adela de Ayarza, CSS
Alcibíades Batista, Hospital José Domingo De Obaldía
Aldacira de Bradshaw, MINSAs
Aminta Gálvez, MINSAs
Ana Cecilia Montenegro, MINSAs
Anayansi Tejada, MINSAs
Aracellys G. de Filós, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá
Beatriz Díaz, MINSAs
Brenda de Araúz, MINSAs
Caroline Niles, MINSAs
Corina de Mosquera, MINSAs
Cristina Gómez, MINSAs
Damaris Berroa, MINSAs
Débora Clarke de Rose, MINSAs
Delfina Rueda, MINSAs
Denia de Gómez, MINSAs
Domingo Chávez, MINSAs
Dora Polanco, MINSAs
Eligia Camargo, CSS
Eric Díaz, CSS
Eva Saurí, MINSAs
Fanny G. Castañeda, MINSAs
Flavia Fontes, MINSAs
Fredy K. Hidalgo, MINSAs
Fulvia de Lasso De La Vega, CSS
Gloria M. De Gracia, Udelas
Héctor Moreno, CSS
Irina Alvarado, OPS/OMS
Itzel de Hewitt, MINSAs
Ivonne A. de Regalado, MINSAs
John Morais, MINSAs

José A. Dopeso, CSS
José C. Almario, CSS
Julia Domínguez, MINSA
Julissa M. Caballero, MINSA
Lía Changmarín, Udelas
Libia Jiménez, MINSA
Lorena Romero, CSS
Lucía Medina, HEP, CSS
Manuel Samaniego, MINSA
Margarita de Villarreal, MINSA
Max R. Ramírez, RSSM, MINSA
Mitzila Rosas, MINSA
Montserrat Tello, MINSA
Noris Moreno de Flagge, Hospital del Niño
Norma Villarreal, MINSA
Ofelina Jiménez, MINSA
Ricaurte Iván García, MINSA
Rita Tejada de Modelo, MINSA
Sara Campana, CSS
Sheila Cortés, CSS
Vielka Campos, MINSA
Vielka Ramírez, MINSA
Virginia B. Valdés, MINSA
Vitalia Muñoz Pinzón, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá
Xiomara Santana, MINSA
Yadira V. Carrera, MINSA
Yodalis López de Batista, MINSA

Igualmente agradecemos los valiosos aportes de

Odalís Sinisterra, MINSA
Yeni Carrasco, MINSA
Basilio Dobras, CSS
Sara Díaz de Casis, CSS
Gladys Cossio, Hospital del Niño
Paul Gallardo, Sociedad Panameña de Pediatría
Jorge Rodríguez, Hospital del Niño

El apoyo técnico de:

Maritza Romero, OPS/OMS Panamá
Ana Atencio, INCAP/OPS/OMS Panamá
Francisco Martínez-Guillen, OPS/OMS Nicaragua
Christopher Drasbek, OPS/OMS Washington
Domingo Stanziola, Consultor OPS/OMS, revisión y adecuación del documento

Y la exhaustiva labor secretarial de la Sra. Corina de Mosquera.

Dedicatoria



A la memoria de la Dra. Amoy Chong Ho (1941-2008), por su trayectoria ejemplar y consagrada al servicio de la salud de los niños, niñas y adolescentes de Panamá.

Autoridades

Dra. Rosario Turner
Ministra de Salud

Dra. Dora Jara
Vice Ministra de Salud

Dr. Cirilo Lawson
Director General de salud

Dra. Laura de Thomas
Sub Directora de Atención a la Población

Dra. Yadira Carrera
Coordinadora Nacional Salud de Niñez y Adolescencia

MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCIÓN Nº 599
(De 25 de junio de 2009)

Por el cual se dictan y se implementan Normas Técnicas y Administrativas de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años de edad.

LA MINISTRA DE SALUD

En uso de sus facultades constitucionales y legales,
CONSIDERANDO:

Que es función del Estado velar por la salud de la población; entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social; y el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que de igual forma, le corresponde al Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.

Que la Ley Nº 15 del 6 de noviembre de 1990, “Por la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989” establece que los Estados parte reconocen el Derecho del Niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Que el Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969, “Por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud” indica que entre las funciones generales del Ministerio de Salud, está el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico administrativos, y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar la atención a la población desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, deben tomarse las medidas administrativas que permitan cumplir con los compromisos tanto nacionales como los internacionales.

En consecuencia,

RESUELVE:

PRIMERO: Se aprueban las siguientes Normas Técnicas y Administrativas de Salud Integral desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, según se detalla a continuación:

Índice

	Pág.
Créditos	2
Dedicatoria	4
Autoridades	5
Resolución Ministerial	6
Índice	7
Abreviaciones más usadas	9
Presentación	10
Introducción	11
Capítulo I. Disposiciones Generales	14
1. Situación de salud de la niñez	14
2. Objetivos	18
3. Ámbito de aplicación	18
4. Autoridad Competente	18
5. Vigencia de estas normas.	19
6. Proceso de revisión y actualización de las normas.	19
7. Definiciones.	20
Capítulo II. Normas administrativas	22
1. Organización.	22
A. Nivel Central	22
B. Nivel regional	23
C. Nivel local	23
2. Servicios de salud para la niñez del nacimiento a los 9 años.	29
A. Los derechos del niño y la niña en los servicios de salud.	29
B. Calificación de los Recursos humanos.	30
C. Estándares básicos:	31
D. Presupuesto	32
3. Planificación.	33
4. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación.	36
5. Supervisión	39
Capítulo III. Norma técnica	40
1. Atención del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años desde el hogar y la comunidad.	40
A. Participación comunitaria	40
B. Visita domiciliaria:	42

2. Atención del menor de 9 años en los Puestos de Salud y áreas donde el principal recurso humano sean los Ayudantes / Asistentes de salud.	44
A. Atención del niño(a) menor de 8 días de edad por el Asistente/Ayudante de Salud en la comunidad:	44
B. Atención del niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad por el Ayudante/Asistente de Salud en la comunidad:	45
3. Atención en los servicios de salud del recién nacido al momento del parto	46
4. Atención ambulatoria en los servicios de salud desde el recién nacido hasta los nueve años de edad	51
A. Atención ambulatoria del recién nacido hasta los 2 meses de edad: generalidades.	51
B. Atención ambulatoria recién nacido menor de 28 días.	52
C. Atención ambulatoria del niño y la niña de entre los 28 días y 2 meses de edad.	54
D. Atención ambulatoria del niño y la niña entre los 2 meses y los 11 meses de edad.	56
E. Atención ambulatoria del niño y la niña de 1 a 4 años de edad.	58
F. Atención ambulatoria del niño y la niña entre los 5 a 9 años de edad.	59
5. Investigación	61
Bibliografía	63
Anexos	66
Anexo N°1. Cronograma de actividades en la atención de los niños/as de 0 a 9 años de edad y descripción de actividades.	68
Anexo N°2. Curvas de crecimiento y perímetro cefálico: patrón OMS	74
Anexo N°3. Formularios de Programación y Evaluación	83
Anexo N°4. Instructivo y formularios de supervisión.	89
Anexo N°5. Implementación del enfoque intercultural en la instalación de salud	102
Anexo N°6. LEY No. 48 De 5 de diciembre de 2007 :Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá y dicta otras disposiciones	103

Abreviaciones más usadas

Aiepi	Atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia
CCYD	Control de crecimiento y desarrollo
CEFACEI	Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial
COIF	Centros de Orientación Infantil
CSS	Caja de Seguro Social
CYD	Crecimiento y desarrollo
DE	Desviaciones estándar
HCPN	Historia Clínica Perinatal
IMC	Índice de masa corporal
IMC/E	Índice de masa corporal para la edad
kg, kgs	Kilogramo, kilogramos
lb, lbs	Libra, libras
MEDUCA	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no Gubernamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
P/E	Peso para la edad
P/T	Peso para la talla
PAI	Programa ampliado de inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
REMES	Registros Médicos y Estadísticas de Salud
RRHH	Recursos humanos
SURCO	Sistema Único de Referencias y Contrarreferencias.
T/E	Talla para la edad
Udelas	Universidad de las Américas

Presentación

Todos los niños y todas las niñas son valiosos e importantes. Contemplándolos en tiempo presente son alegría para quienes los rodean y en el futuro, serán los motores que impulsarán el desarrollo económico y social de nuestro país. Garantizar el bienestar y la salud de ellos es una obligación impostergable de cada panameño.

La salud de la población infantil en Panamá ha experimentado importantes avances en las últimas décadas. Esto es fruto de acciones efectivas como el programa de inmunizaciones, la extensión de la cobertura de servicios, el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, así como de la permanente actualización del acervo científico y cambios en el entorno vinculados a la evolución socioeconómica nacional, entre otras cosas. Hoy día, para el sector salud se presenta un horizonte diferente en el que se vislumbran nuevos retos, como el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015, la reducción de la mortalidad neonatal, la confrontación con la polarización epidemiológica a lo interno del país, los efectos socioeconómicos de fenómenos globales, la imperante obligación de hacer valer el derecho a la salud de cada niño y niña en nuestro país y alcanzar el máximo grado de desarrollo y salud alcanzable para cada individuo.

Las Normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad, representan la voluntad del Estado y el compromiso institucional de garantizar respuestas para la plena satisfacción de las necesidades sanitarias de esta población. Pone énfasis en el enfoque de la atención continua a través del ciclo de vida, desde el hogar y la comunidad hasta los servicios de salud. Contempla la diversidad de las necesidades de este segmento poblacional, tomando especial consideración hacia los grupos más vulnerables. Se aboca a la tarea de ofertar una respuesta de manera equitativa y sostenible, conjugando elementos guadores para el personal de salud y un instrumento para el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios y la atención que ofrecen.

Su implementación representa un reto para cada uno de los funcionarios del sector. Para el Despacho Superior representa el reto de canalizar los recursos y el apoyo necesario para la operacionalización de cada una de las intervenciones. Implica además la tarea de evaluar la praxis actual y definir los cambios que serán necesarios para garantizar el cumplimiento de estas normas, en un ciclo de mejoramiento continuo de la atención. Para cada trabajador sanitario, el reto implica comprometerse en mejorar la salud de nuestros niños y niñas en la práctica cotidiana.

Este documento constituye una guía para que los actores claves de salud realicemos nuestra práctica, conozcamos normas administrativas y técnicas, para cada día brindar un mejor servicio a nuestros niños y niñas de Panamá.


Dra. Rosario Turner M.
Ministra de Salud



Introducción

Nuestro país, como signatario de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aceptó el reto de reducir la pobreza y mejorar la salud y las condiciones de vida de la población. El cuarto objetivo presenta la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. Abundante documentación señala que, esta reducción, es posible aún en países con muy limitados recursos. Existen intervenciones sencillas, de bajo costo, validadas con sólidas evidencias científicas, que al ser implementadas, tienen el potencial de reducir alrededor del 66% de las muertes ocurridas en los primeros 5 años de vida^{1,2}.

Por lo tanto, el verdadero desafío para el sector salud, es convertir este conocimiento en acciones concretas en favor de la población³, siendo fundamental el ordenamiento de las tareas del personal de salud. Las normas del programa de atención a la niñez vigentes, que datan de 1995, han demostrado ser la guía por excelencia en la atención ambulatoria infantil y el eslabón fundamental para la evaluación y monitoreo de las acciones del programa.

El desarrollo de nuevas normas, significó ponderar las condiciones prevalentes en el país, los retos del futuro a corto, mediano y largo plazo y los rezagos históricos en materia de salud. Fue involucrarse en la tarea de redescubrir las necesidades de la población, categorizar nuestro sistema de salud, identificar los recursos existentes técnicos y metodológicos y trazar un mapa de intervenciones actualizado, con capacidad de garantizar su eficiencia basándonos en las evidencias científicas y centrándose en nuestros usuarios.

Varios elementos se pretenden introducir a través de estas normas. Quizás el principal sea el propósito de garantizar el derecho a la salud a cada niño y niña de nuestro país, lo cual ha de aparecer como un hilo conductor a través de todo el documento. Si bien el cumplimiento de este derecho requiere de intervenciones que van más allá del alcance de estas normas y del sector salud per se, es imprescindible que este documento establezca un marco de referencia conceptual y técnico para garantizar el cumplimiento de los derechos de cada niño que se acerca a una instalación de salud en nuestro país.

¹ Darmstadt DG, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Neonatal Survival 2: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? The Lancet Neonatal Survival Steering Team. Lancet 2005; 365: 977–88.

² Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul VK. Neonatal Survival 3: Systematic scaling up of neonatal care in countries. The Lancet Neonatal Survival Steering Team. Lancet 2005; 365: 1087–98.

³ Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Child survival II: How many child deaths can we prevent this year? The Bellagio Child Survival Study Group. Lancet 2003; 362: 65–71

De la misma forma se intenta aplicar intervenciones que han demostrado con evidencias científicas su eficacia y eficiencia. El primero de estos es el enfoque del continuo de la atención de la madre, el recién nacido y la niñez, en el contexto de la salud familiar y comunitaria. Este proceso, también llamado “continuo de atención” o “continuo de cuidados”, implica el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles y ponerlas al servicio de los individuos y comunidades durante todas las etapas del ciclo vital. Siguiendo la lógica del continuo de atención, se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres, para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Una vez conseguido el embarazo se pretende dar el cuidado de mayor calidad, durante el embarazo, el parto y el puerperio. A partir de este momento continúa el compromiso con los cuidados de la mujer y comienzan los cuidados del recién nacido y el niño, hasta llegar nuevamente a la adolescencia⁴.

El concepto de continuo de cuidados y de ciclo vital adquiere relevancia cuando se integra en la nueva estrategia de atención primaria en salud (APS) bajo el enfoque de Salud Familiar y comunitaria trabajando en tres dimensiones, hogar-comunidad-servicios⁵.

La estrategia de la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi) que, implementada en diversas partes del mundo, ha sido de gran beneficio para mejorar la calidad de la atención y reducir la mortalidad infantil. La Estrategia combina los componentes de servicios de salud con participación comunitaria, siendo también un ejemplo de cómo integrar intervenciones en una estrategia para alcanzar a la población.⁶

Mejorar la calidad de la atención implica situar al ciudadano al centro de las actividades de las instituciones de salud, satisfacer sus necesidades y expectativas a través del mejoramiento continuo y fomentar su participación en las decisiones y acciones. Aunque los propósitos establecidos para estas normas no abarcan las formas regulatorias que garantizan la calidad (la habilitación o licenciamiento, la acreditación y la certificación)⁷, se pretende que este documento sirva de base para la implementación de procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

Los procesos de programación se han readecuado para dar espacio a un modelo de planificación concebido como “*un proceso de reflexión sistemático y formalizado dirigido a*

⁴ Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta Z, Okong P, Starrs A, Lawn JA. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; 370: 1358–69.

⁵ OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.

⁶ Pan American Health Organization. Technical Advisory Group on IMCI (IMCI-TAG): Integrated Management in the Context of the Maternal-Newborn-Child Health Continuum. Report of the Fifth Meeting. Washington, D.C.: PAHO; 2008.

⁷ Alarid HJ. Calidad: La Calidad es cuestión de todos, y responsabilidad de la gerencia. Seminario taller Gestión de calidad en servicios de salud. OPS/OMS, El Salvador, 2005.

la acción, y a la vez como herramienta de libertad, esto es, como un recurso que le permite al actor ganar mayores grados de autonomía... sujeto a control democrático⁸”.

Abundante evidencia científica señala la importancia de la estimulación temprana del desarrollo por su incuestionable impacto en la salud del niño, del futuro adulto y en el desarrollo socioeconómico del país⁹. Se resalta en estas normas la necesidad de fortalecer las capacidades del personal y de las instalaciones de salud para ofrecer oportunamente estimulación a todos los niños y niñas y orientación a los familiares para continuar los procesos en el hogar.

La salud de los recién nacidos, niños y niñas, depende en gran medida de la salud de su madre. Siendo así, los mayores esfuerzos encaminados a mejorar la salud del niño y la niña desde el nacimiento serán vanos si no confluyen acciones de similar intensidad para lograr la salud y el pleno bienestar de la madre. Por lo tanto, el cumplimiento de las normativas para la atención del recién nacido deben estar armónicamente conjugadas con la implementación de las respectivas normas de atención de la mujer, considerando la salud de la mujer desde la adolescencia, proporcionándole la oportunidad de tener una buena salud integral, un embarazo deseado, y cuidados sanitarios oportunos.

Históricamente la población de 5 a 9 años de edad estuvo cubierta solamente por las acciones del programa de salud escolar, no contándose propiamente con normas para la atención de este segmento de la población. Esta norma incorpora intervenciones de atención, promoción y prevención para este grupo poblacional, a partir de las cuales, posteriormente, se desarrollaran las acciones del programa escolar.

Hay que destacar que la elaboración de este documento es fruto de la experiencia de los expertos del país, tanto los integrantes de la Comisión Técnica Revisora, que durante meses participaron en el análisis de la situación de salud de la población infantil y en la revisión de una multitud de documentos de referencia para elaborar una propuesta congruente, así como los aportes de cada uno de los asistentes al Seminario Taller (Septiembre 29 y 30, 2008) durante el cual se revisaron y validaron estas normas, con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

⁸ Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición, Washington DC, 2006.

⁹ McCain M, Mustard JF, Shanker S. Early Years Study 2: Putting Science into Action. Council for Early Child Development. Ontario, 2006.

Capítulo I. Disposiciones Generales

1. Situación de salud de la niñez

Los factores que determinan la salud de la niñez están vinculados a las interacciones de múltiples elementos de índole socioeconómica, ambiental, biológica y de los servicios de salud.

Económicamente, Panamá ostenta una de los escenarios más florecientes de la región. El PIB per cápita ha mantenido un incremento sostenido que alcanzó en el 2006 los B/.5.206,00¹⁰ además de niveles de desempleo que han descendido hasta el 6,3% en el 2008¹¹. Su privilegiada situación contrasta con la inequitativa distribución de las riquezas a lo interno del país. Esto genera segmentos poblacionales con características epidemiológicas diametralmente opuestas. Por un lado, aéreas con problemas sanitarios del primer mundo (mortalidad asociada a enfermedades crónicas, degenerativas, obesidad) y otras propias de las regiones más postergadas del mundo (desnutrición, tuberculosis y enfermedades infecto contagiosas) en un panorama de polarización epidemiológica.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presentó el 20 de octubre de 2008, el estudio “Panamá: Pobreza y distribución del ingreso en el período 2001-2007”¹². El informe revela que la pobreza extrema descendió del 19.2% al 11.7%, mientras que la pobreza bajó del 36.7% a 28.6%. En ambos casos, la reducción fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Las Comarcas siguen liderando el mapa de la pobreza en Panamá; las personas más afectadas por la pobreza viven en las áreas rurales, principalmente las indígenas, donde predominan la escasez de recursos, de oportunidades, de infraestructuras productivas y de servicios públicos.

La participación de la mujer panameña se ha convertido en un elemento clave en el desarrollo nacional, conformando más de una tercera parte de la fuerza laboral del país. El último censo nacional¹³ permitió observar que una cuarta parte de los hogares del país

¹⁰ Ministerio de Economía y Finanzas. Informe Económico Anual 2006. Dirección de Análisis y Políticas Económicas. Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá.

¹¹ Contraloría General de la República. Cifras Preliminares del mercado laboral: marzo 2008. Contraloría General de la República. Panamá, 2008.

¹² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “Panamá, Pobreza y distribución del ingreso en el período 2001-2007”. Panamá, 2008.

¹³ Contraloría General de la República. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2000. Panamá.

son liderados por mujeres, y la tendencia a la formación de hogares de predominio nuclear. El cambio en el rol tradicional de la mujer plantea interrogantes sobre los temas de lactancia materna, el cuidado de los niños y la vinculación parental.

La mortalidad durante el primer año de vida se ha concentrado en el período neonatal (53%)¹⁴ y la post neonatal se ha estancado. Las causas según área de residencia muestra diferencias importantes, con predominio de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias en las áreas indígenas y rurales, mientras que en las urbanas lo son las enfermedades propias del período perinatal y las malformaciones congénitas. En el grupo de 5 a 9 años de edad, las causas externas (accidentes, lesiones y violencia) son las que cobran la mayor cuota de muertes (26,6% en 2007, n=29).

Las principales causas de morbilidad siguen siendo las infecciones de vías respiratorias y las enfermedades diarreicas en los primeros cinco años de vida. Las enfermedades dentales y de la cavidad oral ocupan el primer lugar para el grupo de edades entre 5 y 9 años y continua siendo la principal causa de morbilidad durante el resto de la vida.¹⁵ El asma es una de las enfermedades crónicas de la infancia con mayor prevalencia en el mundo. Se estima que en Panamá el 8,8% de la población presenta asma clínica¹⁶ con una prevalencia de 17,6% en escolares y una tendencia a aumentar al nivel mundial.

La infección por el VIH en Panamá tiene características de epidemia concentrada con una prevalencia menor al 1% en la población general, mostrando una tendencia al incremento. En años recientes se ha introducido la triple terapia, la promoción de la prueba especialmente durante el embarazo y la terapia para interrupción de la transmisión vertical. Otras enfermedades con importante repercusión en la población son el dengue y la malaria.

Las coberturas de vacunación con pentavalente¹⁷ en menores de 1 año para el 2007 se reportaron al nivel nacional en 79,7%, siendo las más bajas en las provincias de Coclé (63,3%), Panamá Este (68,2%) y la Comarca Kuna Yala (69,4%).

La Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (PENDIS) mostró que el 11,3% de la población del país y el 3,0% de los menores de 5 años presenta algún tipo de discapacidad. Al ingresar al sistema escolar la prevalencia aumenta 4,8% alcanzando el 5,9% en la adolescencia, lo cual pone en evidencia que muchos de los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años con discapacidad son identificados tardíamente. Por lo tanto, se

¹⁴ Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales Vol. III: Defunciones 2007. Dirección de Estadísticas y Censos. Contraloría General de la República. Panamá.

¹⁵ Ministerio de Salud. Estadísticas de Salud 2007. Dirección Nacional de Políticas de Salud. MINSA. Panamá, 2008.

¹⁶ Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global burden of asthma. Medical Research Institute of New Zealand. Wellington, New Zealand 2004.

¹⁷ Difteria, tos ferina, tétanos, hemófilus influenza y hepatitis B.

asume que la tasa real de discapacidad en este grupo de edad, es de alrededor del 6%. Los tipos de discapacidad más frecuentes son las intelectuales (7,8%).

Los censos nacionales del año 2000 identificaron 47.796 niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad incluidos en el mercado laboral, representando el 6,4% de este grupo poblacional, el 29,7% de ellos en edades por debajo de la permitida para trabajar. Aproximadamente, el 42,6% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores de Panamá se encuentran en una situación de trabajo infantil por abolir.

Según la Encuesta de niveles de vida 2008, en el estudio “Estado nutricional de la población menor de cinco años de la República de Panamá”, se reportó que la desnutrición global en niños menores de cinco años (índice peso/edad < - 2 D.E) fue de 5.8 % El retardo en crecimiento (índice **talla /edad < 2-D.E**) fue de 15.5% y la desnutrición actual (índice **peso/talla < -2 DE**) a nivel nacional fue de 1.2%.

El tema del sobrepeso y la obesidad adquiere relevancia con el incremento de la diabetes, hipertensión y el síndrome metabólico en la edad adulta y las evidencias que señalan su inicio en edades tempranas. Según datos recopilados de la Encuesta de niveles de vida 2008¹⁸, se encontró que en Panamá, la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años basada en el índice de peso para talla, fue de 22.1%

Al nivel nacional, según cifras de la Contraloría General de la República para el año 2007, el 91.5% de los partos reciben asistencia profesional, siendo en las provincias de Herrera, Los Santos y Panamá entre 98% y 99% y en la comarca Ngöbe Bugle sólo el 31,2%. El 9,0 % de los recién nacidos del país presenta bajo peso al nacer.

Los servicios de salud para la población menor de 9 años de edad son ofrecidos principalmente por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social a través de sus redes de servicios de salud, las cuales han sido reestructuradas, sobre todo en las áreas indígenas, para poder brindar una mejor calidad de servicio, dando respuesta a las demandas de esta población infantil. Ambas. instituciones desarrollan las normas y el programa de salud para la niñez de 0 a 9 años de edad. El programa de salud escolar es brindado con la participación del Ministerio de Educación, ofreciendo acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en las escuelas. La cobertura de servicios en menores de 5 años es del 62% manteniendo rangos muy amplios entre las regiones.

El Ministerio de Salud ha participado activamente con el Programa Red de Oportunidades, estrategia desarrollada por el Estado Panameño, a través de un mayor acceso y a los programas de crecimiento y desarrollo y atención de la morbilidad para la población menor de cinco años, atención nutricional integral, suplementación con micronutrientes y

¹⁸ Contraloría General de la República/ Ministerio de Salud. ENV 2008: “ Estado Nutricional de la Población Menor de cinco años de la República de Panamá”. CGR/MINSA 2008..

administración de antiparasitarios, atención prenatal, atención profesional del parto entre otros.

Panamá es signataria de compromisos importantes internacionales de niñez como lo son la Convención de los Derechos del Niño, el Convenio para la erradicación de las peores formas del trabajo infantil, Convenio para la erradicación de la explotación comercial sexual infantil y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además de ellos, la legislatura expresa obligaciones en materia de salud infantil como la ley para la promoción de la lactancia materna, la ley sobre violencia intrafamiliar y maltrato al menor y el código sanitario.

En diciembre del 2007 fue el lanzamiento del plan nacional de niñez y adolescencia 2008 – 2012, el cual presenta como pilares estratégicos la articulación intersectorial, intrasectorial y comunitaria, la regionalización y descentralización, la capacitación y valorización del recurso humano y el fortalecimiento del sistema de información.

Los principales retos para el sector salud entre la población menor de 9 años son:

- Alcanzar los ODM para el 2015
 - o Reducción de la mortalidad neonatal
 - o Reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años
 - o Reducción de la desnutrición
- Reducción de las inequidades en salud
- Mejoramiento de la calidad de los servicios
- Ampliar la cobertura de la protección social
- Promover la estimulación del desarrollo infantil temprano
- Promover la salud de los niños y niñas de edad escolar
- Las enfermedades de la cavidad oral
- Las causas externas de morbilidad y mortalidad
- Contribuir a la eliminación del trabajo infantil en niñas, niños y adolescentes, sobre todo de las peores formas del trabajo infantil y atención integral en salud de esta población afectada
- Contribuir a la eliminación de la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes.
- La innovación tecnológica
- Reducir la trasmisión vertical del VIH.

2. Objetivos

Generales

- 1.) Contribuir a reducir la mortalidad infantil y neonatal.
- 2.) Contribuir al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 9 años de edad y reducir la carga de las principales causas de enfermedad y discapacidad.
- 3.) Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad.

Específicos

- 1.) Mejorar la calidad de la atención en los servicios para niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad.
- 2.) Ofrecer a todos los profesionales y técnicos de salud que participen en la atención de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, herramientas técnicas que conduzcan a la planificación, ejecución, evaluación y supervisión de las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación dirigidas a este grupo poblacional.

3. Ámbito de aplicación

Esta norma es de aplicación y uso general y obligatorio en todas las instalaciones que presten servicios de salud a niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, del sector público, privado o no gubernamental, en todo el territorio nacional.

4. Autoridad Competente

El Ministerio de Salud, en la Dirección General de Salud Pública, a través del Departamento de Salud Integral a la Población, Sección de niñez, es el ente responsable del diseño, actualización, implementación, programación, seguimiento, monitoreo y evaluación de actividades dirigidas al grupo de población de 0 a 9 años de edad.

Toda institución autónoma o semiautónoma que como parte de sus funciones o como elemento coadyuvante, preste servicios de salud a niños y niñas en cualquier etapa entre el nacimiento y los 9 años de edad, establecerá mecanismos de coordinación con

las autoridades correspondientes en el Ministerio de Salud para velar el fiel cumplimiento y ejecución de estas normas.

5. Vigencia de estas normas

Las Normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad del 2009, tendrán una vigencia de 5 años a partir de su promulgación en la gaceta oficial. Al final de este período, de no establecerse una nueva norma, esta continuará vigente hasta la promulgación de las nuevas normas.

6. Proceso de revisión y actualización de las normas

La revisión de las normas será convocada al menos un año antes de su expiración, por la Dirección General de Salud con la Sección de Niñez o estructura homóloga vigente en el sistema. Conformará una Comisión Revisora de la Norma, integrada por 12 personas: un Presidente, un Secretario, equipo técnico multidisciplinario compuesto por ocho profesionales de la salud y dos personas representando a la sociedad civil. Los integrantes de la Comisión serán seleccionados por la Dirección General de Salud.

El proceso se basará en la evaluación del impacto de estas normas de salud, la revisión del diagnóstico de salud de la población objetivo y de la bibliografía sobre el tema vigente.

De encontrarse nuevas evidencias científicas que señalen que alguna o algunas de las intervenciones plasmadas en las normas vigentes, que en su momento fueron exaltadas por su impacto positivo, se descubra posteriormente que puedan representar un efecto negativo potencial o real para la población, las autoridades correspondientes procederán a emitir las respectivas adendas a estas normas de atención, publicarlas y darles difusión adecuada entre los profesionales de la salud y la población en general.

7. Definiciones

Para los efectos de esta norma se aplicarán las siguientes definiciones:

- **Consejería:** Proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un cliente, y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente. El consejero y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando el primero a crecer al segundo y cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000).
- **Control de crecimiento y desarrollo:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, realizadas por personal de salud calificado con el propósito de detectar tempranamente la enfermedad, facilitar su tratamiento oportuno, evitar secuelas, disminuir la discapacidad y prevenir la muerte.
- **Desnutrición:** Reciben esta categoría los niños y niñas que caen en cualquiera de las siguientes condiciones: el peso para la edad se encuentra por debajo de la línea de -2 ó -3 DE (bajo peso o bajo peso severo respectivamente), el peso para la longitud / talla o de IMC para la edad se encuentra por debajo de la línea de -2 ó -3 DE (emaciado o severamente emaciado) o que la longitud / talla para la edad se encuentra por debajo de la línea de -2 ó -3 DE (retardo de crecimiento moderado o severo).
- **Obeso:** Sobre peso severo, definido por un peso para la longitud / talla o IMC para la edad por encima de la línea $+3$ DE.
- **Período neonatal:** Es el período que inicia al nacer y termina al completar 28 días de vida. Las muertes neonatales son las ocurridas durante este período. Neonato o recién nacido es la designación del niño o niña durante este período.
- **Personas con discapacidad:** incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Asamblea Nacional. Ley 25 de 2007, por la cual se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptados en Nueva York por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Gaceta Oficial 25832, Panamá).
- **Planificación:** Práctica sistemática y formalizada que consiste en desarrollar análisis dinámicos sobre la realidad, establecer objetivos razonables y diseñar cursos de acción que permitan alcanzar tales objetivos, evaluando ajustadamente

sus probables consecuencias. Se diferencia de otras herramientas proyectivas, como programas y proyectos, por su mayor extensión temática y problemática, así como por el uso de horizontes de tiempo más amplios (Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS/OMS, Washington DC, 2006).

- **Sobrepeso:** Peso excesivo para la longitud / talla de un individuo; peso para la longitud / talla o IMC para la edad por encima de +2 DE y por debajo de +3 DE.

Capítulo II. Normas administrativas

1. Organización.

A. Nivel Central

1. Integrantes:

- a. Dirección General de Salud Pública,
- b. Departamento de Atención a la Población, Coordinación Nacional de la Sección de Niñez,
- c. Jefaturas de los otros Programas,
- d. Dirección Nacional de Promoción,
- e. Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud,
- f. Dirección Nacional de Políticas de Salud.

2. Funciones:

- a. Formar equipos de trabajo interinstitucionales, intrasectoriales y multidisciplinarios técnicos normativos de alto nivel.
- b. Institucionalizar las temáticas de salud prioritarias para el país, por medio del diseño, actualización, implementación y divulgación de políticas, planes y normas.
- c. Coordinar las macro estrategias para el desarrollo de programas con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas, nacionales o internacionales.
- d. Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normativas vigentes y su calidad.
- e. Desarrollar procesos de investigación y educación continua dirigidos a los niveles regionales y locales.
- f. Realizar reuniones trimestrales de coordinación con los niveles regionales.
- g. Fortalecer las capacidades de los niveles regional y local.
- h. Promover actividades específicas en temas afines.

B. Nivel regional

1. Integrantes:

- a. Directores Regionales
- b. Jefe del Departamento de Salud Pública
- c. Coordinadores Regionales del Programa

2. Funciones:

- a. Promover la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios regionales.
- b. Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar el plan operativo regional.
- c. Supervisar el cumplimiento de las normas y planes operativos del nivel local.
- d. Apoyar los procesos de planificación y evaluación de los niveles locales con la participación comunitaria.
- e. Coordinar el desarrollo de actividades con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas del nivel regional.
- f. Coordinar procesos de capacitación del personal que apoya el programa en la región con las unidades docentes regionales.
- g. Provee información al nivel central.
- h. Fortalecer las capacidades del nivel local.
- i. Realizar reuniones bimestrales de coordinación con los niveles locales.

C. Nivel local

1. Responsables

- a. Directores de las instalaciones de salud
- b. Coordinador local del programa infantil
- c. Equipos locales de salud

2. Funciones

- a. Planificar y evaluar las actividades a realizar con la participación de la comunidad.
- b. Coordinar el desarrollo de actividades con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas del nivel local.

- c. Organiza equipos multidisciplinarios de trabajo para ejecutar las actividades, tareas y procedimientos establecidas en esta norma, con la participación de Médicos Generales, Pediatras y otros especialistas, Odontólogos, Enfermeras, Enfermeras Pediátricas, Auxiliares, Técnicos y Asistentes de Enfermería, Asistentes de Odontología, Trabajadores Sociales, Educadores para la Salud, Equipos de Salud Mental, Psicólogos, Nutricionistas, Ayudantes de salud y Promotores de salud, en beneficio de la población objetivo.
- d. Provee información al nivel regional.

NOTA: Otras instituciones gubernamentales, autónomas, semi autónomas y del sector privado que presten servicios de salud a la población desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, organizarán sus servicios basados en sus decretos orgánicos y recursos, contando con el apoyo y las orientaciones de las secciones responsables en el MINSA para garantizar el cumplimiento de estas normas de atención.

3. Roles del personal de salud:

- a. Ayudantes de salud: participan en la promoción de la salud, la atención primaria comunitaria y refieren al centro de salud correspondiente.
- b. Enfermeras generales y especializadas: Se registrá por las Normas y Protocolos de Enfermería vigentes.
- c. Médicos especialistas y sub especialistas:
 - i. Brinda atención integral a pacientes referidos
 - ii. Refiere de manera oportuna a pacientes con necesidades especiales, según la identificación del problema.
 - iii. Utiliza los mecanismos de contra referencia.
 - iv. Da sugerencias para la adecuación de las normas del programa.
 - v. Contribuye de manera activa al cumplimiento de las metas de los programas.
 - vi. Participa en los programas de actualización sobre normas y procedimientos técnico-administrativos organizados por la coordinación regional.
 - vii. Asesora y orienta al resto del equipo multidisciplinario sobre las normas, guías y protocolos de atención.
 - viii. Participa en la programación y desarrollo de actividades educativas dirigidas al equipo multidisciplinario y a la población.

- ix. Recomienda cambios e innovaciones en los servicios requeridos, que sean eficientes y efectivos a la población, según nivel y competencia.
- x. Participa en trabajos de investigación multidisciplinarios, en la institución y la comunidad.
- xi. Los Pediatras, además de lo anterior, según las características de la población y la instalación de salud, participa en la atención primaria.
- xii. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

d. Médicos Generales y/o Especialistas en Medicina Familiar

1. Funciones Administrativas:

- i. Vela por el cumplimiento de las normas y guías de atención de la niñez.
- ii. Coordina las actividades y tareas de los componentes del Programa de niñez con el equipo de salud.
- iii. Comunica al Director Médico de la Instalación de Salud los nudos críticos del programa.
- iv. Da sugerencias para la adecuación de las normas del programa.
- v. Apoya los procesos de planificación, ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento de las actividades del programa.
- vi. Promueve la generación y el uso de la información para la toma de decisiones.

2. Funciones Técnicas:

- i. Brinda atención integral de salud a TODOS los pacientes que acuden a su consulta.
- ii. Contribuye de manera activa al cumplimiento de las metas de los programas.
- iii. Efectúa la captación de pacientes para ingreso a programas según normas.
- iv. Aprovecha todos los contactos con pacientes, familiares y comunidad como oportunidades para su captación a los programas de salud.

- v. Participa en las actividades de promoción y prevención de la salud de acuerdo a las normas del Programa Materno Infantil.
- vi. Realiza consultas de morbilidad de acuerdo a la demanda.
- vii. Refiere de manera oportuna a pacientes con necesidades especiales, según la identificación del problema y de acuerdo a la norma.
- viii. Participa activamente en las acciones comunitarias que desarrolle el programa intra y extramuro.
- ix. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

3. Docencia e Investigación:

- i. Participa en los programas de actualización sobre normas y procedimientos técnico-administrativos.
 - ii. Orienta al resto del equipo multidisciplinario sobre las normas, guías y protocolos de atención.
 - iii. Participa en la programación y desarrollo de actividades educativas dirigidas al equipo multidisciplinario y a la población.
 - iv. Recomienda cambios e innovaciones en los servicios requeridos, que sean eficientes y efectivos a la población, según nivel y competencia.
 - v. Participa en trabajos de investigación en la institución y la comunidad.
- e. Nutricionista: participación en la atención de pacientes referidos, contrarreferencia, actividades de promoción, prevención de enfermedades, según guías respectivas.
- f. Odontólogos: participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según norma correspondiente.
- g. Personal técnico de enfermería: participa en la atención según el nivel de capacitación y necesidades de la red de servicios de salud.

1. Responsabilidades:

- i. Apoya a los pacientes, familiares y comunidad en los cuidados menores de enfermería.
- ii. Aplica las medidas de bioseguridad en el mantenimiento de un ambiente libre de riesgos en las áreas de trabajo.
- iii. Hace buen uso del material, equipo y coopera en su cuidado, mantenimiento y conservación.
- iv. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

2. Actividades de Atención:

- i. Ayuda a la persona, sana o enferma y a sus familiares a adaptarse a la situación que lo pone en contacto con el servicio de salud.
 - ii. Interpreta y promueve a los usuarios las normas de los programas y políticas de la institución.
 - iii. Realiza actividades relacionadas con los programas de salud, de acuerdo a su nivel de competencia establecida en las normas.
 - iv. Asiste al médico o enfermera en la realización de exámenes físicos, procedimientos y tratamientos.
 - v. Asiste al médico o enfermera durante la consulta de niños, escolares, adolescentes, gestantes, puérperas y mujeres en edad reproductiva.
 - vi. Brinda consejos básicos de salud al paciente, la familia y la comunidad.
 - vii. Participa en la captación del paciente con inasistencia.
 - viii. Mantiene comunicación permanente con la enfermera responsable del programa de salud.
 - ix. Participa activamente en las acciones comunitarias que desarrolla el programa intra y extramuros.
- h. Promotores de salud: participan en la promoción de la salud atención primaria-comunitaria y refieren al centro de salud correspondiente. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

- i. Psicólogos y personal de salud mental: participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.
- j. Trabajadores sociales: participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes. Reporta todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.
- k. Registros Médicos y Estadísticas de Salud (REMES)
 - i. Reciben y revisan las hojas de registro diario.
 - ii. Confeccionan los informes estadísticos solicitados y los envían al nivel local y regional.
 - iii. Da seguimiento al equipo multidisciplinario para asegurar el llenado correcto de la hoja de registro diario.
 - iv. Confecciona el informe estadístico mensual, trimestral, semestral y anual, de todas las actividades desarrolladas en cada componente del programa incluyendo las actividades de promoción.
 - v. Brinda información estadística al Equipo de Planificación Local, para la confección de indicadores de proceso y resultados.

2. Servicios de salud para la niñez del nacimiento a los 9 años.

A. Los derechos del niño y la niña en los servicios de salud.

Todas las actividades que desarrolle el personal de las instituciones de salud contribuirán a garantizar los siguientes derechos de los niños y niñas:

1. Ser atendidos con la mejor asistencia sanitaria disponible.
2. El acceso a los servicios de salud.
3. Confidencialidad de la información.
4. Respeto de su libertad.
5. Derecho al trato individualizado, digno y humano.
6. La privacidad.
7. Protección de su seguridad personal.
8. Resolución de conflictos sobre las decisiones en la atención y quejas.
9. Atención considerada que respeta los valores personales y creencias del paciente.
10. Respeto en su decisión de participar en docencia.
11. Respeto en su decisión de participar en investigación previo consentimiento informado de padre, madre o tutor.
12. Participar en la discusión de aspectos éticos que afectan el cuidado del paciente
13. La participación en la toma informada de decisiones (Consentimiento informado) considerando las necesidades y preferencias del paciente, acordes con su capacidad, la de sus familiares y en conformidad a lo estipulado por las leyes y regulaciones vigentes.
14. Ser informados plenamente sobre:
 - a. Su condición de salud.
 - b. Las alternativas terapéuticas, procedimientos y pruebas, los beneficios y riesgos potenciales asociados así como la posibilidad de experimentar dolor o incomodidades por causa de la enfermedad, procedimientos o tratamientos.
 - c. Problemas relacionados con la recuperación.
 - d. El profesional de la salud responsable de la atención del paciente.
 - e. Sus deberes y derechos.
15. La designación de una persona que lo represente y la participación de los familiares en la toma de decisiones.

- a. La representación del menor en el proceso de atención procederá conforme lo establece el Código de la Familia o la legislación vigente en materia de representación del menor.
 - b. En casos de urgencia, con riesgo a la vida o la integridad del menor, el personal de salud podrá proceder con las intervenciones necesarias sin la aprobación o el consentimiento de sus familiares o guardianes, SEGÚN LO ESTABLECE EL CODIGO DE LA FAMILIA Y / O LA LEGISLACION VIGENTE
16. Participar de la vida institucional: La comunidad participará periódicamente en la evaluación de avances para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente.
 17. Todo menor al cual se le practicará algún procedimiento o tratamiento, tiene el derecho a contar con el soporte, apoyo y/o compañía de sus padres, madres o cuidadores /tutores durante el procedimiento. Las instalaciones públicas de salud se organizarán para garantizar el cumplimiento de este derecho sin afectar las labores ni la integridad del personal de salud o el paciente mismo.
 18. En todas las instalaciones públicas de salud se elaborará y pondrá en práctica un plan con el propósito de salvaguardar el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas en los servicios de salud, el cual debe estar contenido en el plan operativo de la instalación de salud.
 19. Este plan será elaborado con la comunidad. Partirá de la evaluación del cumplimiento de los derechos, la identificación de las necesidades de mejoramiento, selección de estrategias de eficacia comprobada por evidencias científicas y evaluaciones periódicas de su cumplimiento y quedará inmerso en el plan operativo de la instalación de salud.

B. Calificación de los Recursos humanos.

1. Todo el personal que participe en la atención del menor deberá estar plenamente calificado para las labores asignadas, y avalados por los respectivos entes normativos y reguladores vigentes.
2. Al designarse un funcionario a cualquier cargo vinculado con la atención de los menores, antes de asumir sus funciones deberá completar un proceso de inducción donde será instruido en las actividades, tareas y características de la atención de los menores de 9 años de edad, según se establece en estas normas. Esta capacitación será dirigida por los Coordinadores Regionales del programa, con el apoyo de las Unidades

Regionales de Docencia y los Coordinadores del programa en el nivel local.

3. Todo el personal involucrado en la atención del menor de 9 años deberá recibir al menos 40 horas de docencia anualmente en temas que contribuyan a mejorar las habilidades de los funcionarios y la calidad de la atención del menor. Este programa de docencia se organizará bajo la dirección del Programa al nivel nacional, con el apoyo de las coordinaciones regionales.

c. Estándares básicos:

1. Existe un Plan Operativo elaborado con participación comunitaria.
2. El Plan Operativo tiene un diagnóstico de salud básico actualizado.
3. El Plan operativo cuenta con los formularios de Planificación – Evaluación.
4. Se generan y evalúan informes de logros y avances mensuales.
5. La instalación de salud cumple estándares mínimos de seguridad accesibilidad, confortabilidad, higiene y privacidad para realizar las acciones del programa.
6. Todo el personal de salud que ingresa a los servicios de atención del menor de 9 años, recibe una inducción al cargo.
7. Existe un plan de docencia en ejecución, con la participación del personal de salud.
8. Hay un número definido de horas / RRHH semanales dedicadas a las actividades comunitarias del programa.
9. El personal de salud domina los aspectos técnicos de la aplicación de las normas, incluyendo llenado de formularios, actividades de la atención y orientación del paciente.
10. El personal de salud cuenta con los insumos necesarios para la realización de las actividades.
11. El llenado de documentos, formularios y el expediente clínico en general se realiza estrictamente en cumplimiento a las normas.
12. Los profesionales de la salud como parte de la atención, informan al paciente y sus familiares sobre su condición de salud, el tratamiento, los cuidados necesarios y el pronóstico.
13. Los profesionales de la salud ofrecen consejería oportuna a las necesidades del paciente como parte de la atención.
14. Los pacientes y sus familiares tienen oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y aclaraciones.
15. Los derechos del paciente son respetados y apoyados por el personal de salud.
16. Los valores psicosociales, culturales, espirituales y personales del paciente y su familia son respetados.

D. Presupuesto

1. La formulación del presupuesto en las unidades presupuestarias del nivel central, las regiones y las instalaciones públicas de salud del MINSA y la CSS, garantizaran la asignación de los recursos suficientes y necesarios para la ejecución ininterrumpida de las actividades y tareas del programa establecidas para cada instalación de salud según las funciones definidas en la red de servicios y los planes operativos.

3. Planificación.

A. Los niveles central, regional y cada instalación de salud desarrollarán anualmente un plan de actividades, con el propósito de:

1. Identificar las prioridades en salud dentro de su área de responsabilidad.
2. Incorporar la participación y los recursos comunitarios.
3. Implementar estrategias de eficacia comprobada.
4. Establecer metas, indicadores y mecanismos de verificación.

B. Desarrollo del proceso.

1. Los niveles nacional, regional y local, conformarán equipos multidisciplinarios de planificación.
2. El nivel nacional del programa ofrecerá información estadística, científica, las políticas vigentes en materia de salud, objetivos, metas y lineamientos estratégicos del nivel nacional a los Equipos Regionales de Salud.
3. El nivel regional asesora al nivel local para el desarrollo de su plan operativo.
4. El nivel local, con la participación de la comunidad, elabora su plan operativo anual, el cual es parte integral de los planes de la instalación de salud y es el instrumento para el seguimiento interno del cumplimiento de las metas y actividades.
5. Con el Plan operativo del nivel local, el nivel regional elabora su plan anual.
6. Una vez el nivel local y regional han realizado sus procesos de planificación, el nivel central procede a la consolidación de sus metas y a darle seguimiento al cumplimiento del mismo.

C. Documentación del proceso de planificación.

1. Diagnostico de Salud básico
 - a. Datos de Población, grupos étnicos.
 - b. Principales causas de mortalidad y morbilidad según grupos de edad y sexo.

- d. Situaciones de riesgo en la población.
 - e. Instituciones de salud en el área, pública y privada.
 - f. Instituciones Educativas:
 - i. Número de Centros de orientación infantil (COIF) y CEFACEI, matrícula por sexo
 - ii. Número de centros de educación básica y matrícula por sexo
 - g. Instituciones y redes de apoyo (formales y no formales) presentes en el área (ONG's y comunitarias)
 - h. Descripción de la instalación sanitaria
 - i. Resultados de las actividades del año previo
2. Análisis de la situación de la comunidad (desarrollado por la comunidad), incluyendo:
- a. Estado del cumplimiento de los derechos del niño
 - b. Estado de las prácticas claves de salud en la comunidad
 - i. Lactancia materna
 - ii. Introducción de alimentos
 - iii. Estimulación del desarrollo
 - iv. Vacunación
 - v. Cuidado del niño enfermo en el hogar
 - vi. Cuidados del niño en el hogar
 - vii. Saneamiento ambiental
 - viii. Utilización del suero oral
 - ix. Utilización de los servicios de salud
 - c. Situación del trabajo infantil y la explotación comercial del sexo infantil
 - d. Características de la población de riesgo en el área de responsabilidad.
 - e. Características culturales de los grupos étnicos.
3. Propuestas estratégicas elaboradas en conjunto con la comunidad.
4. Formulario de programación - evaluación de actividades (ver anexos)
- a. Plan de actividades de promoción.
 - i. Plan de movilización y empoderamiento comunitario.
 - ii. Plan para el cumplimiento de los derechos del niño
 - iii. Plan para abordar el trabajo infantil
 - iv. Plan para abordar la explotación comercial de sexo infantil
 - v. Plan de abordaje intercultural (ver anexo 4)
 - vi. Plan de visitas y paquete de servicios a ofrecer
5. Cronograma de actividades

D. Universo: Población estimada en el área de responsabilidad para julio del año programado, según sexo y edades específicas.

E. Cobertura: Se promoverá que las instalaciones aumenten anualmente las coberturas obtenidas hasta alcanzar el 90% o más de la población menor de 9 años de edad.

F. Concentración:

Grupos de edad	Número de controles
< 1 mes	2 controles
1 a 11 meses	7 controles
12 a 23 meses	3 controles x año
24 a 59 meses	2 controles x año
5 a 9 años	1 control x año

G. Rendimiento de la atención (médicos generales y especialistas; enfermeras generales y especialistas):

Actividad	Rendimiento (pacientes x hora)
CYD Ingreso al Programa Institucional (cualquier edad)	2
CYD subsecuentes (cualquier edad)	3
Pacientes con discapacidad	2
Atención de morbilidad:	4

4. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación.

A. Todos los funcionarios que participan en la atención integral de niños y niñas, contribuirán de manera activa al fortalecimiento del sistema de información.

B. Las responsabilidades se distribuirán de la siguiente forma:

1. Nivel local:

- a. Médicos, Odontólogos, Enfermeras, personal Técnico de Enfermería, Trabajo Social, Psicología y Odontología: Cada funcionario es responsable del registro correcto de las actividades que realice en la atención de la niñez, utilizando los instrumentos previamente establecidos para ello:
 1. hoja de registro diario,
 2. expedientes clínicos,
 3. ficheros,
 4. formularios para el registro de vacunas (según norma del PAI).
- b. El personal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud tabulará diariamente la información generada por los centros de producción de servicios de salud.
- c. Mensualmente el personal de REMES presentará un informe de las actividades desarrolladas, basado en el formulario de programación evaluación.
- d. La información obtenida será remitida a la Dirección Médica de la instalación de salud y a la Coordinación de REMES del nivel regional.
- e. El Director Médico, los coordinadores del programa y el equipo de salud, evaluarán mensualmente en su instalación de salud los resultados de la ejecución del programa y del plan operativo.
- f. Trimestralmente se presentará un informe ante la coordinación regional.

2. Nivel Regional:

- a. El personal de REMES tabulará la información procedente de las diferentes instalaciones de salud, basados en los formularios de programación y evaluación.
- b. El personal de REMES presentará un informe trimestral al Director Regional y al Coordinador Regional del Programa, basado en el formulario de programación y evaluación.
- c. El Director Regional, el Coordinador Regional del Programa y los Coordinadores Locales del Programa, trimestralmente evaluarán los avances de la ejecución del programa de cada una de las instalaciones de salud de la región. Como resultado de la evaluación, el Coordinador del Programa deberá levantar un acta con una síntesis de los hallazgos, las recomendaciones y los acuerdos presentados a cada instalación. Esta acta será utilizada para velar el cumplimiento de las recomendaciones.

3. Nivel Central:

- a. El personal de REMES tabulará la información procedente de todas las regiones, basados en los formularios de programación evaluación.
- b. El personal de REMES presentará un informe semestral al Director General de Salud y al Coordinador Nacional del Programa, basado en el formulario de programación y evaluación.
- c. El Director General de Salud, el Coordinador Nacional del Programa y los Coordinadores Regionales del Programa, semestralmente evaluarán los avances de la ejecución del programa de cada una de las regiones de salud. Como resultado de la evaluación, el Coordinador Nacional del programa de deberá levantar un acta con una síntesis de los hallazgos y las recomendaciones y acuerdos presentadas. Esta acta será utilizada para velar el cumplimiento de las recomendaciones.

4. Caja de Seguro Social y otras instituciones que prestan servicios públicos de salud:

- a. Desarrollarán un sistema de información, basado en los mandatos de su institución, su ley orgánica, los servicios que presta y los recursos disponibles.
- b. Enviarán cada mes un resumen de sus actividades, basados en el formulario de programación – evaluación. El informe se entregará en las oficinas de REMES de cada región, salvo en los casos que medie un acuerdo y sean entregadas al departamento de REMES en las instalaciones de salud.

- c. Evaluarán las acciones del programa desde el nivel nacional semestral y anualmente, del nivel regional trimestralmente y desde el nivel local mensualmente.

5. Participación social.

- a. Las evaluaciones anuales del programa contarán con la participación de representantes de la comunidad y la sociedad civil según el nivel evaluado y las estructuras de participación establecidas por la institución.

5. Supervisión

- A. El nivel central elaborará y ejecutará anualmente un plan de supervisión a las regiones, de al menos dos visitas por año, para velar por el cumplimiento de la norma.
- B. Los niveles regionales elaborarán y ejecutarán anualmente un plan de supervisión a las instalaciones de salud públicas y privadas de su área de responsabilidad, de al menos 2 visitas por año, para velar por el cumplimiento de la norma.
- C. La fecha de las visitas serán oportunamente divulgadas a los supervisados (al menos una semana de anticipación).
- D. Al concluir cada supervisión se emitirá un reporte presentando recomendaciones de mejoras y una propuesta de fecha para la siguiente supervisión.
- E. Los formularios y procedimientos para las supervisiones se detallan en los anexos.
- F. La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MINSA en coordinación con la Dirección General de Salud, desarrollarán un plan de auditorías a los expedientes clínicos en las instalaciones de salud para complementar los procesos de supervisión.

Capítulo III. Norma Técnica

1. Atención del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años desde el hogar y la comunidad.

A. Participación comunitaria

1. En todas las instalaciones públicas de salud, el personal se debe organizar para la aplicación de estrategias de comunicación, movilización comunitaria y empoderamiento a fin de promover comportamientos saludables en beneficio de los niños y niñas menores de 9 años de edad. Para tal fin, el personal de salud debe cumplir los siguientes pasos:
 - a. Identificar los principales líderes comunitarios, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas, redes de apoyo formales y no formales y otras organizaciones con potencial impacto en la salud de la comunidad.
 - b. Presentar a sus líderes los elementos claves de la atención en el hogar y la comunidad de la mujer embarazada y el recién nacido y el niño
 - c. Reafirmar prácticas saludables existentes en la comunidad
 - d. Identificar deficiencias y las mejores prácticas que se pueden aplicar basadas en evidencias de experiencias exitosas.
 - e. Desarrollar un plan de acción DE LA COMUNIDAD.
 - f. Apoyar a las organizaciones y redes comunitarias para la movilización de recursos y la diseminación e implementación del plan de acción y mejores prácticas basadas en evidencia para la atención comunitaria del recién nacido.
2. Entre las practicas a promover, según las necesidades de la población y por grupos de edad, están:
 - a. Recién nacido y el menor de 2 meses de edad:
 - i. Inscripción del nacimiento en el registro civil.
 - ii. Importancia de las vacunas.
 - iii. Atención hospitalaria del parto.
 - iv. Lactancia materna exclusiva.

- v. Higiene y cuidados del cordón.
- vi. Identificación de señales de peligro en la embarazada, la puérpera y el recién nacido y su referencia oportuna.
- vii. La asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo
- viii. Higiene en salud bucal
- ix. Estimulación temprana del desarrollo.
- x. Otros temas de interés sanitario según necesidades.

b. El niño y la niña de 2 meses a 5 años de edad

- i. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- ii. Alimentación complementaria a partir de los 6 meses.
- iii. Importancia de las vacunas.
- iv. El vínculo familiar y desarrollo infantil
- v. Estimulación temprana del desarrollo
- vi. Prevención de accidentes
- vii. Ambientes saludables
- viii. Controles del crecimiento y desarrollo.
- ix. Promoción de la salud odontológica
- x. Violencia intrafamiliar, maltrato al menor, abuso sexual
- xi. Otros temas de interés sanitario según necesidades.

c. El niño y la niña de 5 a 9 años de edad

- i. Importancia de la vacunación
- ii. Prevención de accidentes.
- iii. Estimulación del desarrollo
- iv. Ambientes saludables en el hogar
- v. Nutrición y alimentación
- vi. Ambientes saludables en la escuela y la comunidad
- vii. El vínculo familiar y desarrollo infantil
- viii. Controles del crecimiento y desarrollo.
- ix. Promoción de la salud odontológica
- x. Violencia intrafamiliar y maltrato al menor
- xi. Eliminación de las peores formas del trabajo infantil y la explotación sexual infantil.
- xii. Otros temas de interés sanitario según necesidades.

B. Visita domiciliaria:

1. Los equipos de salud deben estructurar un plan de visitas domiciliarias focalizado a beneficiar a la población con mayor riesgo, estableciendo límites de los servicios ofrecidos, la población objetivo y las metas sanitarias a alcanzar. Para esto:
 - a. Los equipos de salud deben organizarse para identificar las características biológicas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población que representen un riesgo mayor de morbilidad y/o mortalidad dentro de su población de responsabilidad.
 - b. Los equipos de salud deben desarrollar un paquete de servicios con los recursos disponibles en la institución, identificando instituciones y organizaciones que ofrezcan servicios de apoyo a las madres y sus familias.
 - c. La selección de los integrantes de los equipos de salud multidisciplinario que realizan las visitas domiciliarias estará definida por los servicios que ofrezcan a la población objetivo y la disponibilidad de recursos de la unidad correspondiente.

2. Los servicios ofrecidos, sin limitarse a estas, incluirán:
 - a. Consejería a la madre y la familia sobre cuidados del recién nacido, el niño y la niña, lactancia materna, alimentación complementaria, orientación sobre cuidados en patologías específicas, prevención de accidentes, vacunación y otros.
 - b. Presentación a la madre y la familia de otros servicios ofrecidos en la instalación de salud y la red de servicios de salud (servicios de SSYR, anticoncepción, trabajo social, salud mental, otros).
 - c. Referencia a otras instituciones (MIDES, Corregiduría, MITRADEL, ONG'S, Iglesias, otras)
 - d. Suplementación nutricional.
 - e. Otros servicios identificados en el diagnóstico situacional.

3. El personal de salud mantendrá un programa regular de visitas a la comunidad con el propósito de:
 - a. Captar Recién Nacidos de más de 7 días de vida que no hayan asistido al primer control de salud. El personal de las instalaciones de salud coordinarán con los hospitales de referencia para obtener los listados y datos de todos los recién nacidos.
 - b. Búsqueda de:
 - i. Niños con bajo peso y bajo peso severo, emaciado y severamente emaciado que descontinúan controles.
 - ii. Niños con neumonía que no lleguen al control de las 48 horas.

- iii. Niños con inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
 - iv. Casos de reporte epidemiológico.
 - v. Casos en los que por la patología o factor de riesgo lo ameritan.
 - vi. Niños con esquema de vacunación incompleta.
- c. En cada niño de los casos anteriores se llenará el formulario de visitas domiciliarias.

2. Atención del menor de 9 años en los Puestos de Salud y áreas donde el principal recurso humano sean los Ayudantes / Asistentes de salud.

A. Atención del niño(a) menor de 8 días de edad por el Asistente/Ayudante de Salud en la comunidad:

1. El Ayudante de Salud debe visitar a todo(a) recién nacido(a) en las primeras 24 horas después de su nacimiento, en los casos de partos comunitarios, o tan pronto la madre regrese con el (la) niño(a), del hospital a la comunidad.
2. En esa visita el Ayudante de salud debe evaluar la presencia de Signos de Peligro utilizando cuadro de procedimientos de AIEPI neonatal. Si de acuerdo a la clasificación de AIEPI neonatal, el niño(a) presenta signos de peligro o es prematuro(a), debe ser referido al Hospital; redactar en forma completa la referencia y explicar de forma convincente a los padres y/o cuidadores del niño(a) el motivo de la referencia, la importancia de cumplirla y el peligro de muerte si no se cumple.
3. Debe fomentar, promover y evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva y a libre demanda. Además hacer recomendaciones sobre los signos de buena posición y buen agarre; así como de la extracción y conservación de la leche materna.
4. Dar consejería sobre los cuidados básicos del (la) recién nacido(a), haciendo uso de los cuadros de procedimientos de AIEPI.
5. Dar orientaciones para realizar el registro del nacimiento si no lo han hecho.
6. Debe referir al (la) Recién Nacido(a) al establecimiento de salud para su captación en el Programa de Salud de Niñez, tamizaje metabólico neonatal, aplicación de la Vitamina "K", profilaxis oftálmica y vacunación con BCG en los casos de partos comunitarios.
7. El Ayudante de salud debe realizar una segunda visita al (la) Recién Nacido(a) 72 horas después de la primera visita y proceder de acuerdo a los literales anteriores. Además debe promover y asegurar su captación en el Programa de Salud de Niñez y el registro del nacimiento.

B. Atención del niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad por el Ayudante/Asistente de Salud en la comunidad:

1. El Ayudante de salud debe visitar al niño(a) de este grupo de edad a los quince (15) días de edad, al mes de edad y al cumplir los 2 meses de edad.
2. En cada visita debe buscar la presencia de signos de peligro y de morbilidad completando la evaluación según el cuadro de procedimientos de la estrategia AIEPI.
3. Si de acuerdo a la clasificación de AIEPI, el niño(a) necesita ser referido, redactar en forma completa la referencia y además explicar de forma convincente a los padres y/o cuidadores del niño el motivo de la referencia, la importancia de cumplirla y el peligro de muerte si no se cumple.
4. Si el niño(a) no necesita ser referido, el Ayudante de salud, debe completar la evaluación siguiendo el protocolo del cuadro de procedimientos de AIEPI comunitario.
5. Debe realizar la toma de peso y determinar la tendencia del crecimiento según la gráfica de crecimiento peso/edad.
6. Si el (la) niño(a) tiene el antecedente de ser Prematuro, se debe revisar si ha cumplido con sus controles y citas especializadas en el Hospital de Referencia. Si no lo ha hecho, concientizar a la madre o responsable del niño(a) para que asista. Además debe respetarse el esquema de alimentación que se prescribió en el Hospital de seguimiento.
7. Buscar signos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar. Si existe sospecha, llenar formulario de investigación correspondiente a sospecha de violencia intrafamiliar y referir al Centro de Salud más cercano.
8. Revisar esquema de vacunación de acuerdo a normas del Programa Nacional de Vacunas. Si aún no se le ha aplicado BCG, debe referirlo al establecimiento de salud para su aplicación. El niño y niña prematura se debe vacunar de acuerdo a la edad cronológica y no al peso, excepto la BCG, hasta alcanzar los 2,500 gramos.
9. Debe fomentar, promover y evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva y a libre demanda. Además hacer recomendaciones sobre los signos de buena posición y buen agarre; así como de la extracción y conservación de la leche materna.
10. Dar consejería de acuerdo a los problemas identificados en el niño o la niña o su ambiente, utilizando el rotafolio de medidas preventivas de AIEPI comunitario.
11. Consejería y orientación en prevención de accidentes en el hogar.
12. Revisar tarjeta de vacunas, los controles de salud, fechas de próximas citas y motivar el cumplimiento de los controles subsecuentes en el Establecimiento de Salud.

3. Atención en los servicios de salud del recién nacido al momento del parto

1. Todo niño y toda niña debe contar con atención profesional al momento de nacer y en condiciones óptimas de higiene y seguridad.
2. Las Regiones de Salud del MINSA y la CSS, como parte de la organización de su red de servicios, establecerán centros para la oferta de cuidados obstétricos y neonatales básicos y de emergencia.
3. Para la atención del recién nacido durante el parto en los centros de cuidados obstétricos y neonatales básicos y de emergencia, el personal de salud deberá contar con:
 - a. Los equipos, materiales e insumos necesarios y suficientes.
 - b. Condiciones óptimas de iluminación, ventilación e higiene para ofrecer un parto limpio y seguro.
 - c. Las condiciones necesarias para que algún familiar pueda prestar apoyo a la madre durante el parto, organizado por la instalación de salud para que no se vea alterada la atención ni afectada la integridad del personal de salud u otros pacientes.
 - d. Articulación con la red de servicios para contar con transporte adecuado en el caso de necesitarse el traslado del recién nacido prematuro o enfermo.
4. Los centros de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia deben contar con la dotación de recursos y el personal de salud óptimos para la atención integral del recién nacido enfermo.
5. La atención clínica del recién nacido se realizará según la guía de AIEPI neonatal de OPS/OMS, que han sido adecuadas para su aplicación en el país.
6. Todo el personal de salud que participe en la atención del recién nacido durante el parto deberá completar las capacitaciones en AIEPI neonatal clínico, reanimación neonatal y transporte neonatal.
7. La atención de recién nacido al momento del parto, incluirá de manera rutinaria
 - a. Reanimación neonatal según guías de Aiepi.
 - b. Pinzamiento tardío del cordón (a los 3 minutos o hasta que deje de latir el cordón)
 - c. Apego materno inmediato del recién nacido sano.
 - d. La lactancia materna exclusiva, iniciándose al momento del nacimiento y prolongarse al menos durante la siguiente media hora.

- e. Examen físico, antropometría, evaluación de Apgar, clasificación según edad gestacional y el peso para la edad.
 - f. Profilaxis oftálmica
 - g. Aplicación de vitamina K
8. Alojamiento conjunto
- a. Las instalaciones de salud que ofrezcan atención de la gestante y el recién nacido deberán garantizar la ubicación de ambos en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente, así como la lactancia materna inmediata al parto. El alojamiento conjunto debe darse desde el nacimiento hasta el momento que ambos sean dados de alta.
 - b. Durante este período se realizarán las siguientes acciones:
 - i. Evaluación clínica diaria y detección de signos de alarma.
 - ii. Evaluación de la lactancia materna y la técnica de amamantamiento.
 - iii. Sensibilización a la familia para el apoyo a la madre en la lactancia materna exclusiva.
 - iv. Vacunación según esquema actualizado con BCG y hepatitis B.
 - v. Prueba de emisiones otoacústicas antes de su egreso hospitalario.
 - vi. Consejería a la madre, padre y familia en prácticas para la conservación de la salud, según las necesidades particulares.
9. Prácticas que deben eliminarse como rutinarias y realizarse sólo por indicación médica:
- a. Aspiración de secreciones por sonda,
 - b. Lavado gástrico,
 - c. Ayuno,
 - d. Administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea,
 - e. Uso de biberón y
 - f. Separación madre hijo.
10. Se investigará rutinariamente el grupo ABO, el factor Rh y la prueba de directa prueba de Coombs en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización.
11. En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial. Si la instalación de salud no cuenta con los recursos, deberá referir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.
12. Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva
- a. Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la protección y fomento de la

lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

- b. Estos criterios técnicos y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.
- c. Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica deberá tener criterios técnicos y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.
- d. La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.
- e. Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados.
- f. Debe informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y fórmulas adaptadas.
- g. En las instalaciones de salud, no se debe permitir la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- h. Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia, para contraindicar la alimentación al pecho materno (madre VIH + por ejemplo).
- i. En cumplimiento a los compromisos y leyes nacionales e internacionales sobre lactancia materna y la comercialización de sucedáneos de la leche, se deben cumplir las siguientes indicaciones:
 - i. En las instalaciones de salud no se debe permitir representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo, remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.
 - ii. No se debe permitir a los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna ofrecer incentivos financieros o materiales al personal de las instalaciones de salud con el propósito de promover sus productos.
 - iii. Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa. Debe ser producto de una justificación MEDICA O DE COMUN ACUERDO CON LA MADRE

13. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y demostraciones sobre:

- a. Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna,
 - b. Cuidados del niño en el hogar, higiene y cuidados del cordón.
 - c. Prevención de enfermedades e identificación de señales de peligro en el recién nacido.
 - d. Cuidados del cordón umbilical y señales de peligro asociadas. Ofrecerán indicaciones precisas para que por ninguna razón se apliquen fajas, ombligueros o se peguen objetos (monedas, semillas, otros) al ombligo.
14. El personal de salud debe promover y ayudar para que todo niño y niña tenga su registro y certificado del nacimiento antes de su egreso.
15. Al momento del egreso de todo recién nacido el personal de salud en conjunto con los cuidadores del recién nacido, debe identificar la instalación de salud más adecuada para dar seguimiento de salud del recién nacido y se les entregará el respectivo documento de referencia (HCPN completa).
16. Las coordinaciones regionales del programa en conjunto con los centros de atención neonatal, deben establecer mecanismos para que luego del egreso de los recién nacidos, se envíe una copia de la HCPN a la instalación de salud donde se le dará el seguimiento al paciente, para verificar la captación y asistencia a los controles de salud.
17. Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer.
- a. Todas las instalaciones públicas de salud se deben organizar para promover y garantizar que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel y por personal especializado.
 - b. Las instalaciones públicas de salud se deben organizar para garantizar que al momento de ocurrir el nacimiento de un prematuro o niño enfermo este sea referido o trasladado en condiciones óptimas a la instalación más adecuada para recibir la atención necesaria.
 - c. La atención del recién nacido enfermo o de bajo peso se hará según las normas y guías establecidas.
 - d. Se debe promover que el recién nacido enfermo o de bajo peso sea alimentado con leche materna de su propia madre y la creación de “bancos de leche” materna según las normas de bioseguridad.
 - e. En los casos que el recién nacido no pueda ser alimentado con leche materna, se deben brindar las orientaciones necesarias a la madre para ordeñarse y mantener la producción de su leche hasta que su bebe pueda iniciar su alimentación.
 - f. Todas las instalaciones públicas de salud que atiendan recién nacidos enfermos organizarán e implementarán el método de la madre canguro como parte de su atención de rutina.
 - g. Los padres y familiares deben ser instruidos y recibir conserjería sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido enfermo o de bajo peso.

- h. Al suscitarse el nacimiento de un niño o niña con múltiples malformaciones congénitas u otras condiciones incompatibles con la vida el personal de salud discutirá ampliamente con los familiares la condición, el pronóstico y las alternativas para el paciente, de tal forma que los familiares puedan tomar decisiones informadas sobre el destino del paciente.

4. Atención ambulatoria en los servicios de salud desde el recién nacido hasta los nueve años de edad

A. Atención ambulatoria del recién nacido hasta los 2 meses de edad: generalidades.

1. Todo niño y toda niña menor de 2 meses de edad debe recibir atención ambulatoria integral para la identificación temprana de riesgos que pongan en peligro su vida, dar atención oportuna, ofrecer información y educación a sus familiares o cuidadores y proteger su salud.
2. Las regiones de salud, como parte de la organización de su red de servicios, deben establecer centros para la oferta de servicios ambulatorios para la atención del recién nacido menor de 2 meses de edad. El personal de salud y la comunidad serán informados oportunamente del funcionamiento y los niveles de responsabilidad en la red de servicios y de los cambios que se operen.
3. En cada instalación de salud designada para la atención de los menores, se debe destinar el espacio físico suficiente para la atención del menor, reuniendo las condiciones necesarias que garanticen la privacidad, el acceso adecuado según las normas de habilitación, bioseguridad e higiene durante la atención.
4. Las direcciones Regionales y de las instalaciones de salud, organizarán y garantizarán la provisión de los insumos necesarios y suficientes para la atención.
5. Todo el personal que participe en la atención del menor de 2 meses deberá contar con la idoneidad correspondiente y estar ampliamente capacitado en reanimación neonatal, AIEPI neonatal y transporte neonatal.
6. Como parte de la atención, el profesional de la salud debe ofrecer consejería a los familiares, dando oportunidad para que expresen sus dudas e inquietudes, brindará información y dará sugerencias específicas, según las necesidades del paciente, utilizando recursos didácticos, material escrito para entregar y/o demostraciones.
7. Si el menor amerita ser referido a un nivel de mayor complejidad debe ser trasladado en las mejores condiciones. Se debe llenar la hoja de referencia, con toda la información necesaria, explicar de forma convincente a los padres y/o cuidadores del niño el motivo de la referencia, la importancia de cumplirla y los

peligros si no se cumple. Las instalaciones de mayor complejidad tienen la obligación de recibir a todos los pacientes referidos. Al recibir la atención solicitada o ser egresado en caso de hospitalización, el paciente recibirá la contrarreferencia, donde se describirá con claridad: diagnóstico(s), tratamiento que recibirá ambulatoriamente, seguimiento necesario, intervenciones subsiguientes por parte del especialista consultado y pronóstico.

8. Todos los procedimientos y formularios para la referencia y contrarreferencia de pacientes se hará conforme a lo establecido en el SURCO.
9. Las actividades de la atención están señaladas en la tabla N°1.
10. El Trabajador(a) Social deberá atender y dar seguimiento a toda madre de recién nacido, hasta dos (2) meses de edad, captada por cualquier miembro del Equipo de Salud, que presente patología social identificada, y a toda madre, y familia que tenga riesgo social.
11. El Trabajador(a) Social deberá realizar una (1) evaluación social de la madre del recién nacido hasta dos (2) meses de edad, según instrumento diseñado para tal fin.
12. El Trabajador(a) Social deberá referir el caso atendido, a las instancias que tengan capacidad resolutoria.
13. Para captar los nacidos por partos domiciliarios en la comunidad, el personal de salud debe investigar mensualmente los nacimientos ocurridos en su comunidad a través del corregidor, registradores auxiliares, sacerdotes o con las parteras empíricas del lugar.

B. Atención ambulatoria del recién nacido menor de 28 días.

1. Todos los recién nacidos (menores de 28 días de edad) deben recibir dos (2) consultas de atención integral ambulatoriamente: al tercer (3°) día de vida o dos (2) días después del egreso hospitalario y a los quince (15) días de vida.
2. Si el recién nacido no es llevado en las fechas correspondientes, al primer contacto que tenga con el servicio se le deberá ofrecer la atención indicada, sin restricciones de ningún tipo.
3. La atención clínica se debe realizar según las guías de atención de AIEPI del menor de 2 meses.
4. La atención del recién nacido enfermo se hará conforme a las guías de atención correspondientes.
5. Las actividades en la atención del menor de 28 días serán
 - a. Captación en el Programa de salud infantil del recién nacido en su primer contacto con la instalación de salud. Será realizada por el médico (neonatólogo, pediatra, médico general), enfermera o técnico o auxiliar de enfermería capacitado que preste la atención. Se llenarán los formularios correspondientes.

- b. Toma de medidas antropométricas: peso, longitud tomados por personal de enfermería; y perímetro cefálico, tomado por personal médico.
- c. Toma de Signos Vitales: temperatura, tomada por personal de enfermería; frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial tomados por el personal médico. Toma de presión arterial en recién nacidos que presenten condiciones especiales: prematuridad con necesidad de cuidados intensivos neonatales, cardiopatía congénita, nefropatías, etc.
- d. Buscar la presencia de signos de peligro y morbilidad utilizando la Guía de AIEPI neonatal. Si NO presenta ningún signo de peligro, debe continuarse con el proceso de atención del niño.
- e. Examen físico completo.
- f. Evaluación del estado nutricional utilizando las gráficas de peso/edad, longitud/edad y peso para la talla según el sexo y anotarlo en el expediente y en la hoja de Registro Diario de Atención. Se registrará en el expediente el tipo de alimentación que recibe.
- g. Evaluación del desarrollo según las guías.
- h. Verificar el registro del nacimiento y expedición del certificado. Orientar a los familiares para completar el trámite si es necesario.
- i. Ofrecer consejería a los familiares. Identificar los temas de consejería más relevantes para el paciente y registrar en el expediente la consejería ofrecida. Entre los temas prioritarios están:
 - i. Signos de peligro en el recién nacido y como proceder.
 - ii. Medidas higiénicas en el cuidado del niño,
 - iii. Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses, recomendaciones sobre signos de buena posición y agarre, extracción y conservación de la leche materna
 - iv. Importancia de la relación afectiva con el niño y la estimulación temprana del desarrollo.
 - v. Importancia de las inmunizaciones y el control de las enfermedades prevenibles por vacuna.
 - vi. Atención precoz en la morbilidad.
 - vii. Cuidados en el hogar de los niños y niñas que han estado hospitalizados.
 - viii. Salud de la madre.
 - ix. Abandono de prácticas tradicionales que pueden tener un efecto negativo en la salud y desarrollo del niño y la niña.
- j. Vacunación de acuerdo al esquema nacional vigente, anotarlo en el expediente y en la tarjeta de control y los registros del programa. El niño y niña prematura se debe vacunar de acuerdo a la edad cronológica y no al peso, excepto la BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar los 2,500 gramos.

- k. Aplicación de Vitamina K, si el parto fue domiciliar o no fue aplicada al nacimiento: 1 mg. IM si el (la) recién nacido(a) es de término y 0.5 mg. IM si es prematuro (a).
- l. En los centros de salud se realizará toma de muestra sanguínea para tamizaje neonatal, entre los 3 y 7 días de nacido, siguiendo los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal. La red de servicios establecerá los mecanismos para el envío de las muestras a los laboratorios donde serán procesadas las muestras. Los laboratorios de referencia procesarán las muestra y enviarán los resultados.
- m. Acordar con la madre o cuidadora la fecha para la siguiente cita de control, según la Guía de Atención.
- n. Si el (la) niño(a) fue prematuro (a), se deben utilizar los instrumentos normados para su atención (gráficos del prematuro). Verificar el cumplimiento de sus controles y las citas especializadas en el Hospital de referencia. Si no lo ha hecho, hay que concientizar a la madre o responsable del niño(a) para que asista. Se respetarán los esquemas de alimentación prescritos por el especialista o en el Hospital de referencia.

C. Atención ambulatoria del niño y la niña de entre los 28 días y 2 meses de edad.

1. Verificar si fue captado en el Programa de Atención Integral en Salud a la Niñez. En caso de no haberse captado, se procederá a su inscripción utilizando la hoja de inscripción de atención integral.
2. Toma de medidas antropométricas: peso, longitud tomados por personal de enfermería; y perímetro cefálico, tomado por personal médico.
3. Toma de Signos Vitales: temperatura, tomada por personal de enfermería; frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial tomado por el personal médico. Toma de presión arterial sólo en lactantes que presenten condiciones especiales: prematuridad con necesidad de cuidados intensivos neonatales, cardiopatía congénita, nefropatías, etc.
4. La atención se debe hacer utilizando la Guía de AIEPI para menores de 2 meses de edad. Se debe llenar la hoja de atención y de registro diario de atención.
5. Evaluar el estado nutricional utilizando las gráficas de crecimiento peso/edad y longitud/edad para niños y niñas, clasificarlo y anotarlo en el expediente y en el registro diario de atención. Si es control subsecuente, determinar la tendencia del crecimiento, registrándose en las gráficas correspondientes y en la tarjeta de control.
6. Si el niño o niña presenta alguna alteración del crecimiento, verificarán el peso, lo citarán citarse a control en un mes y se atenderá de acuerdo a la Guía de

Atención Integral. Si después de dos controles mensuales, persiste el crecimiento inadecuado, debe referirse a consulta con Pediatra y/o Nutricionista. Anotar en el expediente el tipo de alimentación, si recibe lactancia materna o la edad a la que la abandonó.

7. Evaluar el desarrollo psicomotor según guías.
8. Buscar signos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar.
9. Revisar la tarjeta de vacunas y aplicar los biológicos necesarios según el esquema de vacunación vigente y la necesidad del paciente. Anotarlo en el expediente y en el carnet infantil, además de los registros del programa. El niño y niña prematura se debe vacunar de acuerdo a la edad cronológica y no al peso, excepto la BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar los 2,500 gramos.
10. El personal de salud debe ofrecer consejería priorizando las situaciones encontradas y según la necesidad de la familia o responsables del cuidado del niño y de la niña. Entre los temas priorizados se encuentran:
 - a. Práctica de lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de edad y después prolongar hasta los dos años de edad. Verificar la posición y agarre. Asesorar sobre extracción y conservación de la leche materna.
 - b. Prevención de accidentes en el hogar.
 - c. Cuidados del recién nacido.
 - d. Vacunas.
 - e. Prevención de enfermedades prevalentes en el niño y la niña, signos de alarma y referencia oportuna.
 - f. Estimulación temprana del desarrollo. Importancia de la relación afectiva con el niño.
 - g. Importancia de la salud de la madre, la organización del tiempo, las relaciones dentro de la familia y las expresiones afectivas
11. Si el (la) niño(a) tiene el antecedente de ser prematuro (a), se utilizarán los instrumentos normados para su atención (carnet y gráficos del prematuro). Verificará el cumplimiento de sus controles y citas con especialistas o en el Hospital. Concientizar al responsable del niño(a) sobre la importancia de la asistencia a las citas de control y seguimiento. Debe respetarse el esquema de alimentación que se prescribió en el Hospital de seguimiento.
12. En los casos de niños y niñas que consultan el establecimiento de salud por referencia del personal comunitario o de otra institución, debe revisarse su referencia y agregarla al expediente para que sea de conocimiento del profesional que da la atención, quien después de atenderlo escribirá el retorno correspondiente para el adecuado seguimiento del niño o niña.
13. Se acuerda con las madres, padres o cuidadores la fecha de la siguiente cita de control, conforme a las guías de atención.

D. Atención ambulatoria del niño y la niña entre los 2 meses y los 11 meses de edad.

1. Todo niño y niña de entre 2 y 11 meses de edad debe recibir controles de salud para vigilar su crecimiento y desarrollo, detectar tempranamente patologías que puedan afectar a un corto mediano o largo plazo su salud y establecer correctivos oportunos.
2. Los controles de crecimiento y desarrollo se den realizar al cumplir 2, 3, 4, 6, 8 y 10 meses de edad.
3. Atención integral de la niña y el niño se hará según las GUIAS de Aiepi y los PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, según el grupo de edad.
4. Las instalaciones de salud contarán con personal capacitado para que todos los niños y niñas reciban estimulación temprana del desarrollo en cada cita de control de salud, según la guía de estimulación temprana del desarrollo.
5. Se aplicarán las inmunizaciones necesarias según el Esquema Nacional de Vacunaciones del PAI vigente.
6. Recibirán suplementación de hierro según el esquema vigente.
7. A partir de los 6 meses recibirán atención periódica con Odontología.
8. Recibirá evaluación por Nutricionista a los 6 meses.
9. Entre los 6 y 11 meses de edad se da la primera dosis de 100.000 U de vitamina A. Anotar la dosis administrada en la tarjeta de vacunas y en la hoja de atención. Si el niño o niña está recibiendo cualquier multivitamínico no administrar la vitamina "A".
10. Exámenes de laboratorios:
 - a. En la cita del cuarto mes se llenará la solicitud de los siguientes exámenes: Hemograma completo, grupo ABO y Rh, electroforesis de Hb (Si al lactante no se le hizo prueba de tamizaje neonatal) y urinálisis. Se explicará al familiar que estos exámenes se efectuarán con 15 días de antelación a la cita de control de los 6 meses
 - b. En la cita del décimo mes se debe llenar las solicitudes de los siguientes exámenes: HEMOGRAMA COMPLETO, Y URINALISIS que deberá traer a la consulta al cumplir el año de edad. El examen para grupo ABO, Rh y electroforesis de Hb se indicaran si no se ha hecho antes.
 - c. LA FALTA DE LOS RESULTADOS DE ESTOS EXAMENES, NO SERA OBSTACULO PARA EFECTUAR EL CONTROL DE SALUD.
11. Todo familiar que acuda a la consulta recibirá consejería, abordando los siguientes ejes temáticos según la necesidad de la familia y/o responsables de la atención y cuidado del niño o niña.
 - a. Cuidados esenciales del lactante.
 - b. Inmunizaciones
 - c. Estimulación temprana del desarrollo
 - d. Cuidados del ambiente.

- e. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación hasta los dos años de edad
 - f. Apoyo de la familia en el cuidado del niño en el hogar
 - g. Alimentación complementaria, uso de productos locales de alto valor nutricional
 - h. Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia, detección de signos de alarma y búsqueda de atención oportuna.
 - i. Prevención y actitud inicial en el manejo de urgencias en el hogar
 - j. Prevención del maltrato infantil, abuso sexual y otros tipos de violencia
 - k. Importancia de las relaciones de familia, de las expresiones de afecto y de la organización del tiempo.
 - l. Salud bucal, higiene bucal mediante el uso de cepillo y pasta dentales fluoradas, hábitos que producen problemas odontológicos y consulta odontológica periódica.
12. El personal de salud realizará consejería nutricional a todos los padres y cuidadores de niños o niñas identificados con problemas de alimentación, haciendo uso de las metodologías de educación con adecuadas.
13. El Trabajador(a) debe atender a la madre, padre y/o tutor del niño y la niña de entre (2) meses y (4) años 11 meses y 29 días de edad que sean captados, que acudan por demanda espontánea, que sean referidos y que presenten deficiencias en el área del desarrollo socio-afectivo o cualquier otra patología de riesgo social.
14. El Trabajador(a) Social debe realizar una (1) evaluación social de la madre del niño y la niña de dos (2) meses y los cuatro(4) años y 29 días, según instrumento diseñado para tal fin.
15. El Trabajador(a) Social debe atender y dar seguimiento a toda patología social captada y referida en menores de dos (2) meses a cuatro(4) años 11 meses y 29 días .
16. El personal de salud abordará los siguientes temas según la necesidad de los familiares o responsables de la atención y el cuidado del niño por medio de sesiones demostrativas:
- a. Técnicas de recolección, almacenamiento y administración de leche materna.
 - b. Apoyo de la familia para el cuidado del niño en el hogar
 - c. Alimentación complementaria, uso de productos locales de alto valor biológico.
 - d. Prevención de enfermedades prevalentes de la niña y el niño, detección de signos de alarma y búsqueda de atención oportuna
 - e. Prevención y actitud inicial en el manejo de urgencias en el hogar
 - f. Salud bucal, haciendo énfasis en la técnica de cepillado y hábitos nocivos, basados en las Normas de Odontología.
17. El personal de salud hará la consulta de seguimiento en el establecimiento de salud a las 48 horas de la primera atención a los niños con patologías prevalentes, según la metodología de AIEPI.

E. Atención ambulatoria del niño y la niña de 1 a 4 años de edad.

1. Todo niño y niña de entre 1 y 4 años de edad debe recibir controles de salud para vigilar su crecimiento y desarrollo, detectar tempranamente patologías que puedan afectar a un corto mediano o largo plazo su salud y establecer correctivos oportunos.
2. Los controles de crecimiento y desarrollo se deben relizar a los 12, 18 y 24 meses de edad, 2 ½, 3, 3 ½, 4 y 4 ½ años de edad.
3. Atención integral de la niña y el niño se hará según las GUIAS de Aiepi y los PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, según el grupo de edad.
4. Las instalaciones de salud contarán con personal capacitado para que todos los niños y niñas reciban sesiones de estimulación temprana del desarrollo a 12, 18, 24, 30 y 36 meses de edad según la guía de estimulación temprana del desarrollo.
5. Se aplicarán las inmunizaciones necesarias según el Esquema Nacional de Vacunaciones del PAI vigente.
6. A partir de los 6 meses recibirán atención periódica con Odontología.
7. Recibirán suplementación de hierro según esquema vigente.
8. Tratamiento antiparasitario cada 6 meses
9. El personal de salud debe hacer la consulta de seguimiento en el establecimiento de salud a las 48 horas de la primera atención a los niños con patologías prevalentes, según la metodología de AIEPI.
10. La consulta odontológica se realizará según el esquema presentado en la norma nacional del Programa de salud bucal
 - a. Examen odontológico
 - b. Determinación de factores de riesgo bucales
 - c. Diagnostico
 - d. Tratamiento según las guías de atención odontológica
 - e. Consejería
 - f. Elaboración y/o monitoreo del plan de atención.
11. Los niños y niñas en que se detecten problemas nutricionales (desnutrición o sobrepeso) serán referidos a la consulta de nutrición, donde se les brindará orientación y seguimiento nutricional.
12. Entre los 12 y 59 meses de edad se dará una dosis de 200.000 U de vitamina A, cada 6 meses. Anotar la dosis administrada en la tarjeta de vacunas y en la hoja de atención. Si el niño o niña está recibiendo cualquier multivitamínico no administrar la vitamina "A".
13. El Trabajador(a) Social debe atender a la madre, padre y/o tutor del niño y la niña de entre (2) meses y (4) años 11 meses y 29 días de edad que sean captados, que acudan por demanda espontánea que sean referidos y que presenten deficiencias en el área del desarrollo socio-afectivo.

14. El Trabajador(a) Social debe realizar una (1) evaluación social de la madre del niño y la niña de dos (2) meses y los cuatro (4) años y 29 días, según instrumento diseñado para tal fin.
15. El Trabajador(a) Social debe atender y dar seguimiento a toda patología social captada y referida en menores de dos (2) meses a cuatro (4) años 11 meses y 29 días .
16. El personal de salud debe abordar los siguientes temas según la necesidad de los familiares o responsables de la atención y el cuidado del niño:
 - a. Estimulación temprana del desarrollo
 - b. Cuidados del ambiente.
 - c. Apoyo de la familia en el cuidado del niño en el hogar
 - d. Lactancia materna continua hasta los dos años de edad y alimentación complementaria,
 - e. Alimentación y nutrición familiar, uso de productos de la región de alto valor nutricional
 - f. Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia, detección de signos de alarma y búsqueda de atención oportuna.
 - g. Prevención y actitud inicial en el manejo de urgencias en el hogar
 - h. Prevención del maltrato infantil, abuso sexual y otros tipos de violencia
 - i. Salud bucal, haciendo énfasis en la técnica de cepillado y hábitos nocivos
 - j. Importancia de las relaciones de familia, de las expresiones de afecto y de la organización del tiempo.
17. El personal de salud debe realizar consejería nutricional a todos los padres y o responsables de los niños y niñas con problemas de alimentación identificados, haciendo uso de las metodologías de educación adecuadas.
18. En las citas correspondientes a cada cumpleaños (2, 3 y 4 años) se realizará exámenes de HEMOGRAMA COMPLETO y URINALISIS. OBSERVACIÓN: LA FALTA DE LOS RESULTADOS DE ESTOS EXAMENES, NO SERA OBSTACULO PARA EFECTUAR EL CONTROL DEL DIA DE LA CITA.

F. Atención ambulatoria del niño y la niña entre los 5 a 9 años de edad.

1. Las instalaciones públicas de salud deben organizarse para ofertar servicios de salud integral a todos los niños y niñas de de 5 a 9 años de edad, en su área de responsabilidad, haciendo provisión especial para grupos vulnerables, como los niños y niñas institucionalizados y otros que se identifiquen.
2. Los niños y niñas de 5 a 9 años de edad deben tener un (1) control de salud al año.
3. La atención del menor de 5 a 9 años de edad incluye las siguientes actividades:
 - a. Historia Clínica completa, actualizándose cada año.

- b. Revisión de Tarjeta de Vacunas y actualización del esquema de inmunizaciones vigente.
 - c. Examen Físico completo
 - d. Antropometría: toma y registro de peso y talla por auxiliar de enfermería y toma de presión arterial por Médico. Cálculo del IMC.
 - e. Evaluación Nutricional: graficar P/E, T/E, P/T, IMC/E y diagnóstico nutricional.
 - f. Evaluación del Desarrollo Psicomotor.
 - g. Examen de Audición y agudeza visual.
 - h. Evaluación Psico social
 - i. Exámenes de laboratorio: BHC y urinálisis. Perfil Lipídico si presenta factores de riesgo. OBSERVACIÓN: LA FALTA DE LOS RESULTADOS DE ESTOS EXAMENES, NO SERA OBSTÁCULO PARA EFECTUAR EL CONTROL DEL DIA DE LA CITA.
 - j. Evaluación por Odontología según la norma del Programa Nacional de Salud Bucal.
 - i. Examen odontológico
 - ii. Determinación de factores de riesgo bucales
 - iii. Diagnostico
 - iv. Tratamiento según las guías de atención odontológica
 - v. Consejería
 - vi. Elaboración y/o monitoreo del plan de atención.
 - k. Suplemento de Hierro
 - l. Desparasitación
 - m. Consejería en alimentación, prevención de accidentes, estimulación del desarrollo.
 - n. Referencia al programa de Salud Mental
 - i. Habilidades para la vida.
4. El Trabajador(a) Social deben atender y dar seguimiento a la madre, padre y/o tutor(a), y a los niños y niñas de las edades comprendidas entre cinco (5) y nueve (9) años de edad, que presenten problemas en el área socio-afectiva y/o en otras patologías sociales.

5. Investigación

- A. Los niveles nacionales y regionales debe promover el desarrollo de procesos de investigación con el propósito de:
 - 1. Definir la carga de enfermedad de las principales patologías de la infancia
 - 2. Validar científicamente las intervenciones del programa.
 - a. Evaluar el impacto en la salud de la población objetivo de las acciones del programa
 - b. Evaluar la relación costo - eficacia de las intervenciones que se realizan en el programa.
 - c. Evaluar la utilidad y el impacto de nuevas intervenciones sanitarias en el país.
- B. Los niveles locales debe impulsar el desarrollo de procesos de investigación que contribuyan a:
 - 1. Comprender mejor los factores que determinan la salud y estrategias de intervención.
 - 2. Desarrollar líneas de base y evaluaciones de impacto de sus intervenciones.

SEGUNDO: Las Normas Técnicas y Administrativas de Salud Integral del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años de edad estarán sujetas a un proceso de revisión y actualización cada cinco (5) años bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud, a través del Programa Nacional de Niñez.

TERCERO: Las Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad y los Protocolos de Atención de las morbilidades pediátricas en el primer nivel de atención, estarán sujetos a un proceso de revisión y actualización cada tres (3) años bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud, a través del Programa Nacional de Niñez.

CUARTO: Instruir a todas las instalaciones de salud en la República de Panamá, que brinden servicios de atención a niños y niñas en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, sobre la obligatoriedad de la aplicación de las Normas aprobadas mediante la presente Resolución.

QUINTO: El contenido de estas normas va en armonía con las normas de otros programas de salud vigentes. En caso de entrar en conflicto con alguna norma vigente o que se implemente en el futuro, la Dirección General de Salud emitirá de manera oportuna los criterios técnicos necesarios para la resolución de cualquier discrepancia que se pueda suscitar.

SEXTO: El nivel central, las regiones e instalaciones de salud tendrán doce (12) meses a partir de la promulgación de la presente Resolución para completar los procesos de capacitación al personal de salud y la puesta en práctica de estas normas.

SÉPTIMO: El nivel central, las regiones e instalaciones de salud tendrán veinticuatro (24) meses a partir de la promulgación de la presente Resolución para completar las adecuaciones necesarias de las redes de servicios de salud, las infraestructuras, instalaciones, equipos, e insumos para dar fiel cumplimiento a estas normas.

OCTAVO: La presente Resolución Ministerial empezará a regir a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

DRA. ROSARIO TURNER
Ministra de Salud

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Steering Committee Pediatrics Vol. 120 No. 6, December 2007, pp. 1376.
2. Asamblea Legislativa. Ley 3 de 1994: Código de la Familia. Gaceta Oficial: 22591. Panamá, 1994
3. Asamblea Legislativa. Ley 50 de 1995, que protege y fomenta la lactancia materna. Gaceta Oficial: 22919. Panamá, 1995.
4. Asamblea Legislativa. Ley 68 de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Gaceta Oficial 24935. Panamá, noviembre 2003.
5. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. Saunders - Elsevier España, 2004.
6. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub2
7. Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Cholesterol in Childhood. Pediatrics 1998; 101(1): 141-7.
8. De Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Atención materna y neonatal continua del hogar al hospital. USAID, The ACCESS Program JHPIEGO, Baltimore, MD, 2005.
9. Fenichel G. Neurología Pediátrica Clínica: un enfoque por signos y síntomas. Elsevier Saunders, 5ta edición. España, 2006.
10. Gareth Jones, Richard W Steketee, Robert E Black, Zulfiqar A Bhutta, Saul S Morris, and the Bellagio Child survival II: How many child deaths can we prevent this year? Child Survival Study Group. Lancet 2003; 362: 65–71
11. Gary L Darmstadt, Zulfiqar A Bhutta, Simon Cousens, Taghreed Adam, Neff Walker, Luc de Bernis, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal Survival 2: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet 2005; 365: 977–88
12. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.
13. Jennifer Bryce, Shams el Arifeen, George Pariyo, Claudio F Lanata, Davidson Gwatkin, Jean-Pierre Habicht, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet 2003; 362: 159–64.

14. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; 370: 1358–69.
15. Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul VK, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal Survival 3: Systematic scaling up of neonatal care in countries *Lancet* 2005; 365: 1087–98.
16. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483)*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
17. Lansdown G, Goldhagen J, Waterson T. *Interfase entre los derechos y la salud de la niñez: Curso para profesionales de la salud*. Academia Americana de Pediatría, Royal College of Paediatrics and Child Health. Buenos Aires, 2005.
18. Lawn J, Cousens S, Zupan J, the Lancet Neonatal Survival Steering Team.
19. Martínez Guillen F. *Medicina Perinatal basada en evidencia*. Sociedad Nicaragüense de Medicina Perinatal. OPS/OMS Nicaragua. Managua, 2005.
20. Meléndez CA, Burgos Y, Mayén V, López R, de Criollo M. *Norma del Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez*. Dirección de Regulación. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2008.
21. Ministerio de Salud. Departamento Materno Infantil. *Programa integral de atención a la niñez: Manual de normas ambulatoria de niños de 0 – 5 años*. Panamá, 1995.
22. Ministerio de Salud. *Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño*. Perú 2006.
23. Ministerio de Salud. *Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009*. Panamá: Ministerio de Salud, 2006.
24. Montresor A. *How to add deworming to vitamin A distribution*, World Health Organization 2004.
25. Neonatal Survival 1: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365: 891–900.
26. Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General, resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
27. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración de los Derechos del Niño*. Asamblea General, resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959.
28. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima edición. Ginebra

29. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH), Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
30. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La salud del recién nacido en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo Del Milenio De Las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud, 138° Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., 2006.
31. Organización Panamericana de la Salud. Plan Nacional de niñez y adolescencia. OPS/OMS, MINSA. –Panamá: Editora Sibauste, 2007.
32. Rao G. Childhood Obesity: Highlights of AMA Expert Committee Recommendations 2008. *American Family Physician* 2008; 78(1): 56-63.
33. Senties Y. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. México 1993.
34. Stanzola D, Ayarza A, González G. Manual de Procesos Administrativos del Programa Materno Infantil. Caja de Seguro Social. Panamá, 2005.
35. Tapia R. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.
36. The Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. *Lancet* 2008; 371: 135–42.
37. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003540. DOI: 10.1002/14651858.CD003540.pub2.
38. World Health Organization. Deworming for Health and Development: Report of the third global meeting of the Partners for parasite control. Deworming for Health and Development Geneva, 29–30 November 2004. Strategy Development and Monitoring for Parasitic Diseases and Vector Control, Communicable Diseases Control, Prevention and Eradication Communicable Diseases. World Health Organization, Geneva, 2005.

ANEXOS

Anexo N°1

Cronograma de actividades en la atención de los niños/as de 0 a 9 años de edad y descripción de actividades.

Tabla N°1. Cronograma de actividades en los controles de salud de los niños y niñas de 0 a 9 años de edad

Actividades		Edad																								
		RN	Días		Meses												Años									
			3	15	1	2	3	4	6	8	10	12	15	18	24	½	3	1/2	4	1/2	5	6	7	8	9	
Profesional	Médico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Enfermera	*		A	A	*		*		*		*		A		*		*		*						
	Odontólogo								*		*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Nutricionista			*					*		*															
1	Preparación y llenado del Expediente clínico		*	—————→																						
2	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	Revisión de Tarjeta de Vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	Examen Físico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	Peso, Talla	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	Perímetro Cefálico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*											
7	IMC				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8	Presión Arterial	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
9	Ev. Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10	Ev. Desarrollo Psicomotor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11	E. de Audición	*			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
12	E. de Visión	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13	Ev. Psico Soc.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
14	Ev. Salud Bucal								*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
15	Tamizaje Met.		*																							
16	BHC							P	*		P	*		P	*						P	*				
17	Urínálisis							P	*		P	*		P	*						P	*				
18	Solubilidad Hb / Electroforesis										P	*														
19	Perfil Lipídico														R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
20	Vacunación	*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21	Hierro							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
22	Vitamina A							*																		
23	Desparasitación									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
24	Consejería y seguimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
25	Est. Desarrollo	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Fuente: Normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad. MINSA, 2009.

* Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente, si ha perdido alguna cita.

A: Será atendido por Enfermera en ausencia de Médico.

P: Entregar Papeletas de Laboratorio

R: Realizar en población de RIESGO

*→ Rango en el que se debe realizar la actividad a partir de la edad donde está el asterisco

Descripción de actividades:

1. Confección y llenado del expediente e historia clínica para los menores de 9 años.

A. El equipo de Salud debe confeccionar el Expediente Clínico para la atención de la población infantil con los siguientes formularios:

- 1) Anamnesis Pediátrica (HCP 15) se completa al hacer la captación del recién nacido, sea por demanda espontánea de la atención o por medio de visitas domiciliarias. La información se obtiene de la hoja de referencia o el carné Perinatal, que debe llegar de las maternidades o por la madre.
- 2) Hoja de evolución Infantil (HCP 16)
- 3) Libreta de estado y control de salud infantil.
- 4) Curvas para evaluación de Crecimiento Físico del nuevo patrón de crecimiento de la OMS adoptadas por el país.
- 5) Curvas para niños con bajo peso al nacer, para seguimiento desde 0-6 meses: HCP 17: Canales de Crecimiento Post-natal para recién nacido de bajo peso al nacer (<2.5Kg), para el seguimiento de 0 a 6 meses de edad, ambos sexos.
- 6) Curvas para niños con peso normal al nacer. En la edad de 0 – 5 años.
 - (i) Curvas de longitud/estatura para la edad de 0 – 5 años.
 1. HCP 18-A para sexo masculino
 2. HCP 18-B para sexo femenino
 - (ii) Curvas de peso para la edad de 0 – 5 años.
 1. HCP 19-A para sexo masculino
 2. HCP 19-B para sexo femenino
 - (iii) Curvas de peso para longitud de 0 – 2 años.
 1. HCP 20-A para sexo masculino
 2. HCP 20-B para sexo femenino.
 - (iv) Curvas de peso para la estatura para 2 – 5 años.
 1. HCP 21-A para sexo masculino
 2. HCP 21-B para sexo femenino
 - (v) Curvas de índice de masa corporal (IMC) para edad de 0 – 5 años.
 1. HCP 22-A para sexo masculino
 2. HCP 22-B para sexo femenino.
 - (vi) Curvas de perímetro cefálico de 0 – 3 años.
 1. HCP 23-A para sexo masculino
 2. HCP 23-B para sexo femenino

- (vii) Curvas de estatura para la edad para 5-19 años
 - 1. HCP 24-A para sexo masculino
 - 2. HCP 24-B para sexo femenino
- (viii) Curvas de índice de masa corporal (IMC) para 5-19 años
 - 1. HCP 25-A para sexo masculino
 - 2. HCP 25-B para sexo femenino
- 7) Formulario para evaluar el desarrollo Infantil:
 - (i) HCP 26: Perfil para la evaluación de desarrollo infantil menor de 2 meses, 2 meses a 2 años, 2 a 5 años y 5 a 9 años.
- 8) Expediente clínico odontológico (ficha para la evaluación de salud oral)
- 9) Hojas en blanco para pegar exámenes de laboratorios.

B. Llenado del expediente clínico.

- (a) Inscripción e identificación, por secretaria de Registros Médicos, u otro según recursos de la instalación de salud.
- (b) El/La Auxiliar, Técnico de Registros Médicos u otro personal capacitado según la disponibilidad en la instalación de salud, llenarán los datos de identificación de los siguientes formularios del expediente clínico:
 - (i) Libreta de Estado y Control de Salud Infantil. Esta libreta será ÚNICA, VALIDA Y OBLIGATORIA PARA TODO EL SECTOR SALUD DEL PAIS PÚBLICO Y PRIVADO. SE HARÁ A TODA PERSONA QUE NO LA TENGA.
 - (ii) Formularios de Anamnesis Pediátrica (HCP 15) llenará: nombre, sexo, número de historia clínica, seguro social o cédula de identidad personal, datos de la madre y el padre, hasta datos de la vivienda.
 - (iii) Formularios Evolución Infantil (HCP 16): Llenará en el encabezado de la hoja, institución, nombre, sexo, número de historia clínica, seguro social o cédula de identidad personal
 - (iv) Llenarán el encabezamiento de los siguientes formularios según la edad del paciente:
 - Canales de crecimiento post-natal para recién nacido de bajo peso (HCP 17).
 - Curva longitud - estatura para la edad 0 – 5 años (HCP 18).
 - Curva peso para la edad de 0-5 años (HCP 19).
 - Curva peso para longitud de 0 a 2 años, HCP 20).
 - Curva peso para estatura 2-5 años (HCP 21).
 - Curva IMC para la edad de 0-5 años (HCP 22).
 - Curva perímetro cefálico para la edad de 0-5 años (HCP 23).
 - Curva estatura para la edad 5 a 19 años (HCP 24)
 - Curva IMC para la edad de 5 – 19 años (HCP 25).
 - Perfil para evaluación del desarrollo infantil (HCP26)
 - Tarjeta de archivo de vacunación (formulario 7).

– Tarjeta de seguimiento de caso.

2. **Revisión de Tarjeta de vacunas:** En cada visita a la instalación de salud se evaluará la tarjeta de vacunas del paciente y se actualizará según el esquema nacional de vacunación del PAI vigente.
3. **Examen físico:** En cada visita para los controles de salud se realizará un examen físico completo del paciente, registrará los hallazgos y su interpretación.
4. **Peso, talla:** En cada visita, según la disponibilidad de recursos, el personal de apoyo de enfermería tomará el peso y la talla del paciente. El profesional tratante anotará los datos en el expediente clínico y graficará los puntos en las respectivas curvas de crecimiento y hará la interpretación de los hallazgos.
5. **Perímetro cefálico:** El profesional tratante hará la medición, anotará los datos en el expediente clínico, graficará los puntos en la respectiva curva y hará la interpretación de los hallazgos.
6. **IMC:** El profesional tratante calculará el IMC, anotará los datos en el expediente clínico, graficará los puntos en la respectiva curva y hará la interpretación de los hallazgos.
7. **Presión arterial:** A partir de los 3 años de edad se hará la toma de presión periódica a todos los niños y niñas que acudan a los controles de salud. Antes de los 3 años se hará la toma de presión a los niños y niñas que presenten algún factor de riesgo (prematuros que hayan requerido cuidados intensivos, cardiopatías congénitas, nefropatías, hipertensión). El profesional tratante hará la toma de presión, registrará los datos, interpretará los resultados y aplicará los procedimientos según se establece en las guías de atención respectivas
8. **Evaluación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor:** El profesional de la salud hará la evaluación e interpretación de los hallazgos según las guías de atención vigentes y registrará los resultados, recomendaciones y tratamientos que se apliquen.
9. **Examen de audición y de visión:**
 - a.) Si no se realizó antes de su egreso hospitalario la prueba de emisiones otoacústicas, se deberá realizar antes de cumplir el tercer mes de edad.
 - b.) Si la prueba de emisiones otoacústicas obtuvo un resultado negativo, se realizará una segunda prueba antes de los 30 días de la prueba inicial. Si la segunda prueba también es negativa, se referirá a Otorrinolaringología para realizar potenciales evocados auditivos, estudios complementarios e iniciar tratamiento específico.

10. Evaluación Psico social

11. Tamizaje metabólico: Las pruebas de tamizaje se realizarán según los protocolos del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

12. BHC, urinalisis: Las solicitudes para los exámenes se entregarán en las citas previas. La falta de los exámenes no impedirá la realización del control de salud.

13. Solubilidad Hb / electroforesis.

14. Perfil lipídico:

- a.) Se realizará la prueba de colesterol y triglicéridos a todo paciente de dos o más años de edad con antecedentes familiares positivos:
 - Familiar de primer o segundo grado de consanguinidad con enfermedad cardiovascular prematura (antes de los 55 años de edad).
 - Familiar de primer grado de consanguinidad con hipercolesterolemia.
 - Niños y niñas cuya historia familiar no puede ser obtenida.
- b.) Si la prueba es negativa, se repetirá cada 5 años.
- c.) Si es positiva se dará el manejo según guías de atención.

15. Vacunación: Aplicación según el esquema de vacunación del PAI vigente.

16. Hierro:

- a.) Se iniciará hierro oral desde el cuarto mes hasta el año de edad, a la dosis de 1mg/kg.
- b.) Para niños de 1 – 5 años suplementación preventiva con hierro a dosis de 2 mg/kg/día de peso de hierro elemental una vez por semana durante 8 meses, y repetir al cumplir año de edad.
- c.) La dosis terapéutica (para corregir anemia) va de 3 – 6 mg/kg/día de peso de hierro elemental durante 4 meses.
- d.) Para niños de bajo peso prematuros: se iniciará la suplementación a partir de los 2 meses de edad y se mantendrá durante todo el primer año de vida.

17. Vitamina A: Según esquema vigente.

18. Desparasitación:

- a.) Se inicia a partir de los 12 meses de edad. Se continúa una vez al año hasta cumplir los cuatro años de edad.
- b.) Tratamiento: Mebendazol 500 mg o Albendazol 200 mg, en dosis única VO.

19. Consejería: Se ofrecerá consejería específica, según grupo de edad.

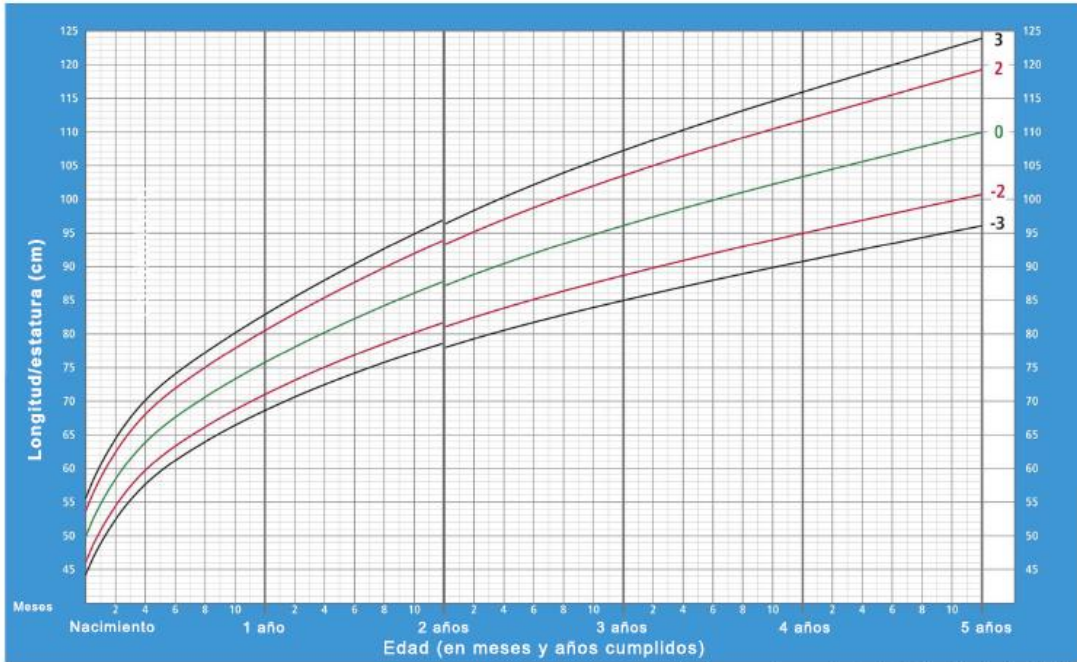
ANEXO N°2.

Curvas para la evaluación del crecimiento y el perímetro cefálico: Patrón de la OMS.

HCP 18-A

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

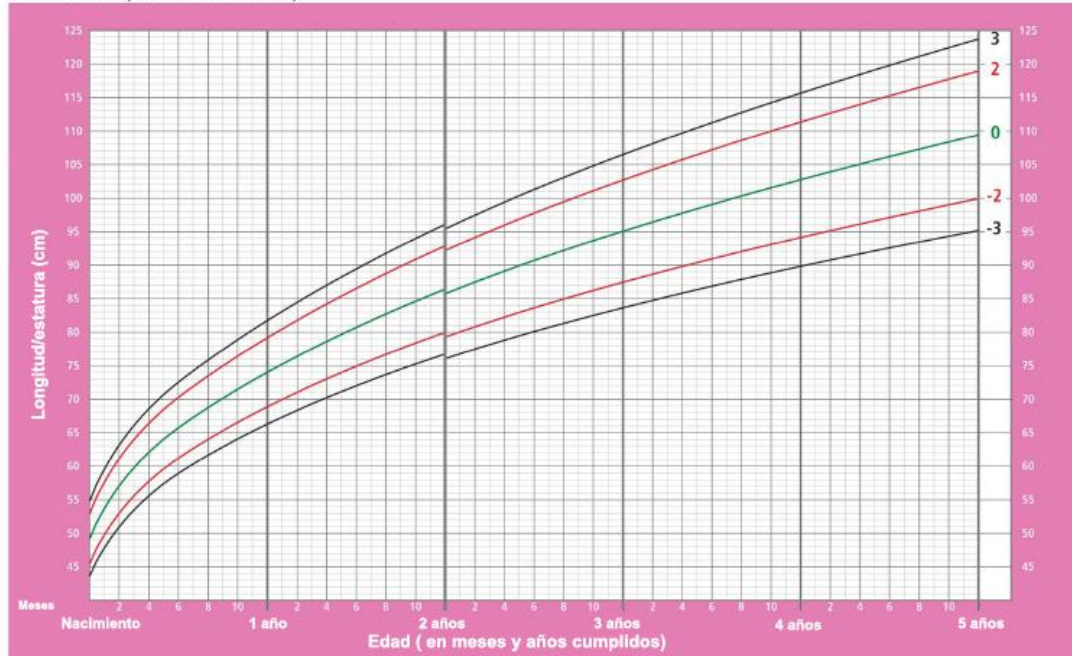


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 18-B

Longitud/estatura para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

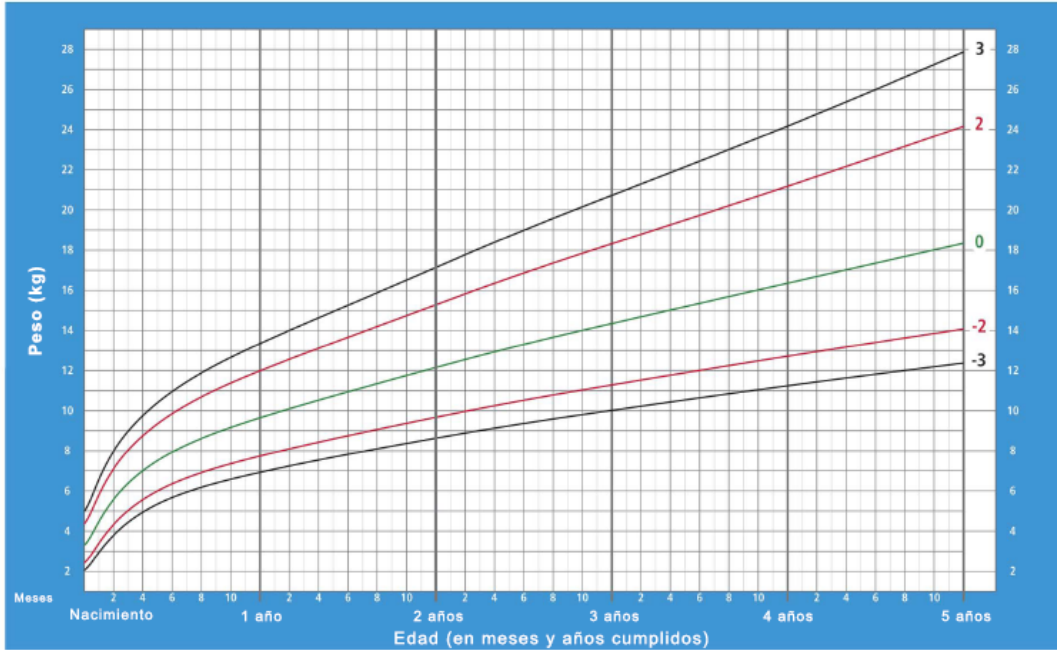


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19-A

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

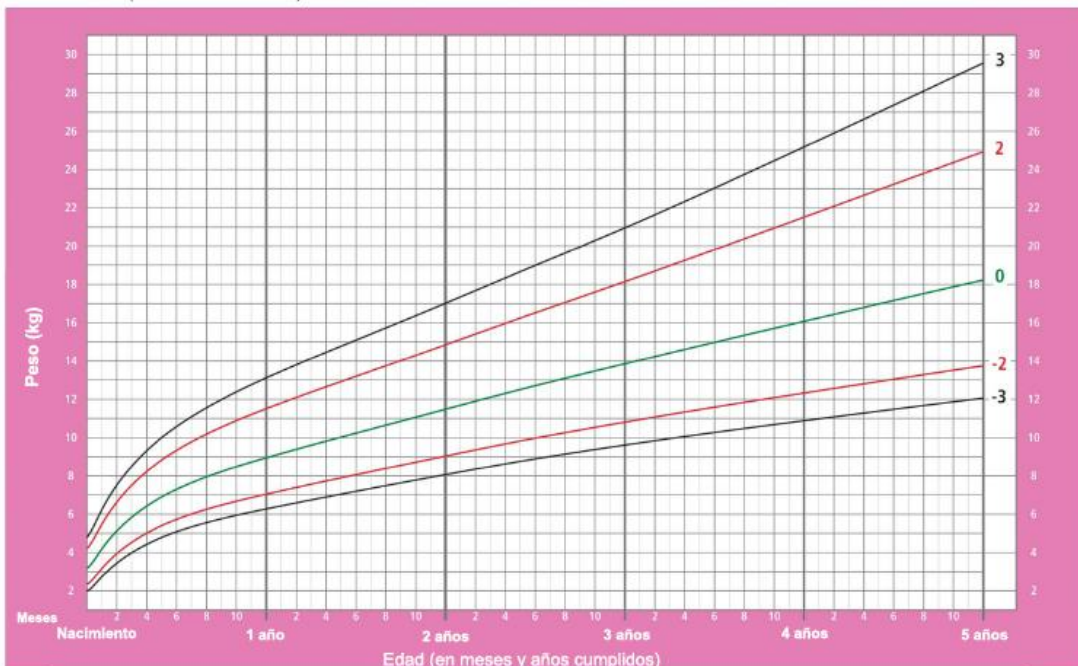


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19-B

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

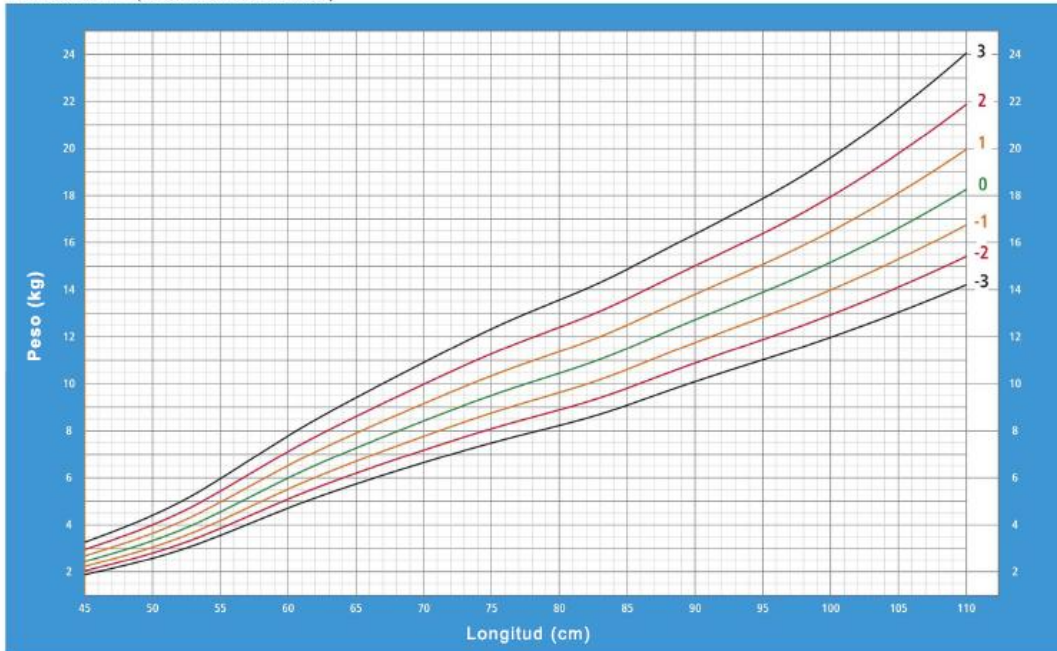


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 20-A

Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 20-B

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

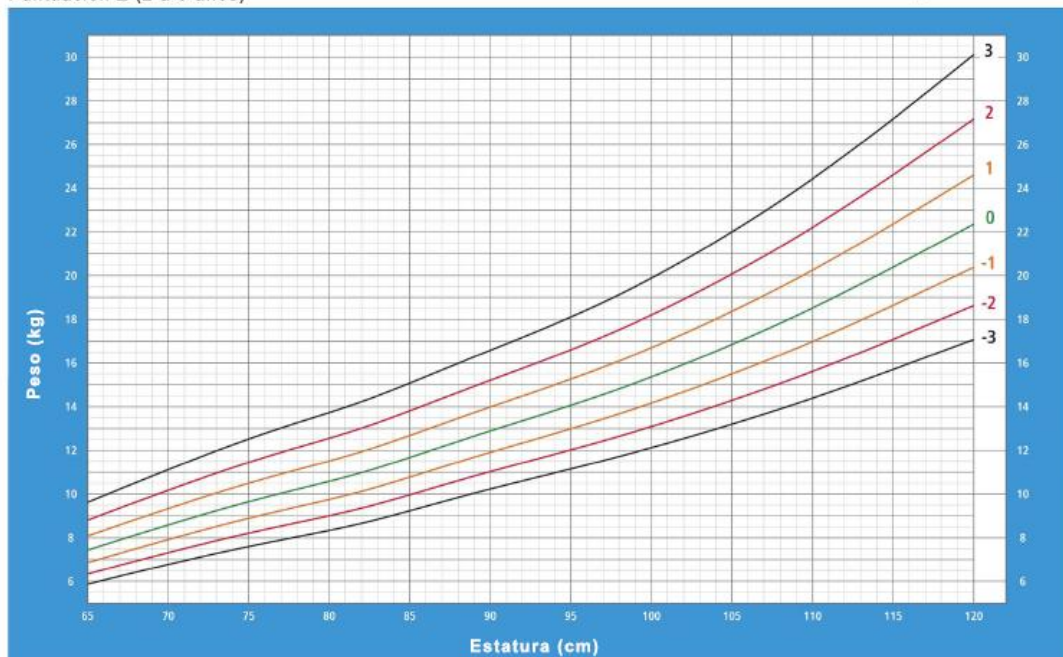


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HACP 21-A

Peso para la estatura Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

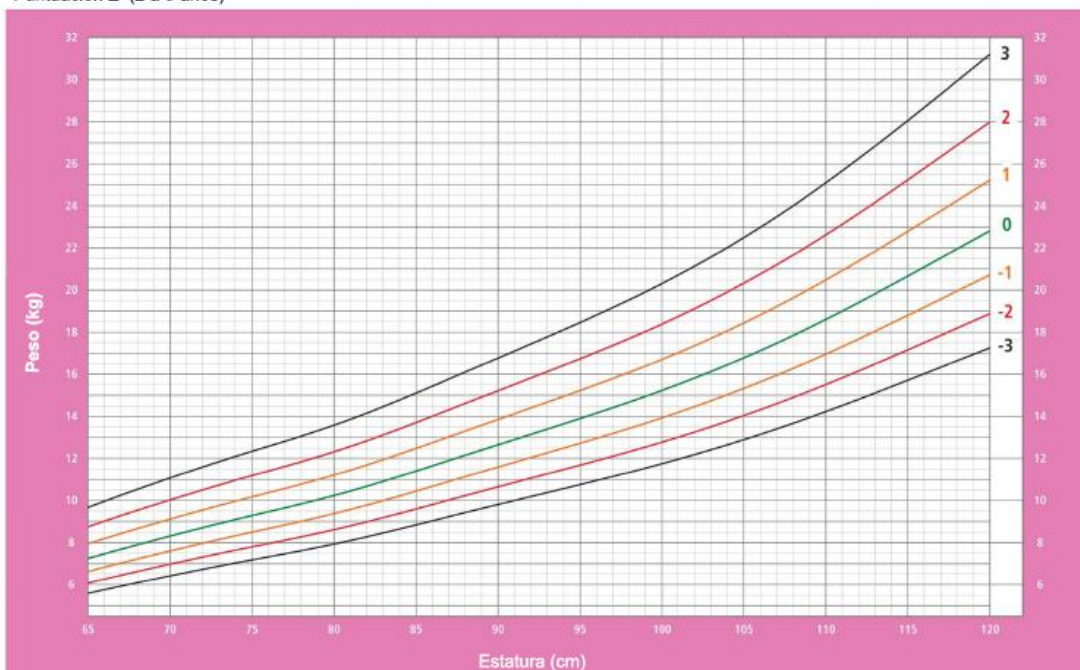


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 21-B

Peso para la estatura Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

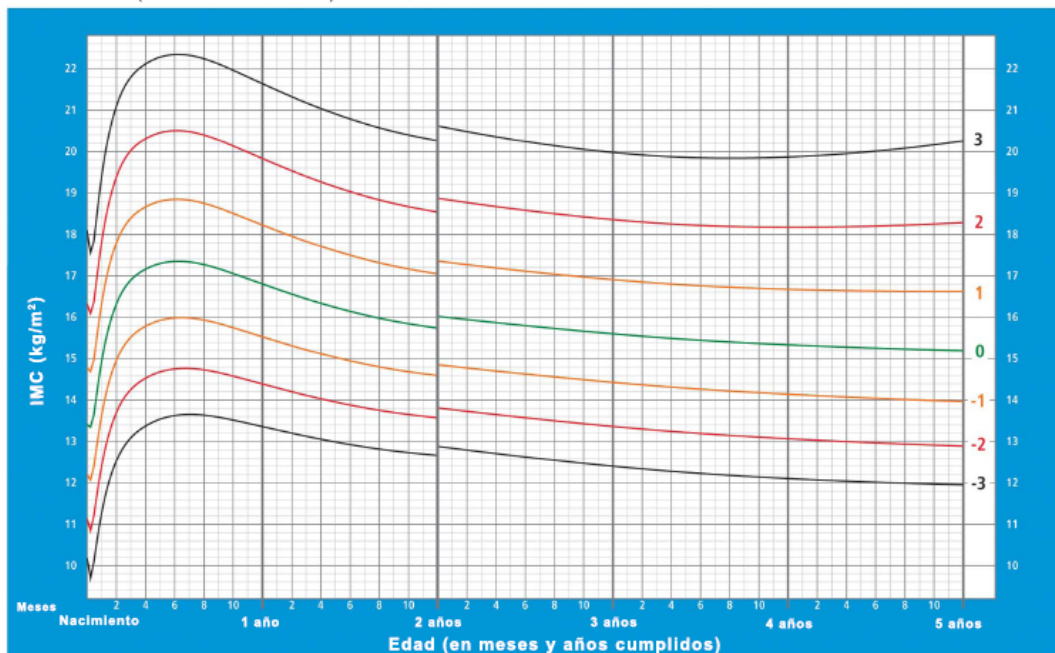


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22-A

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

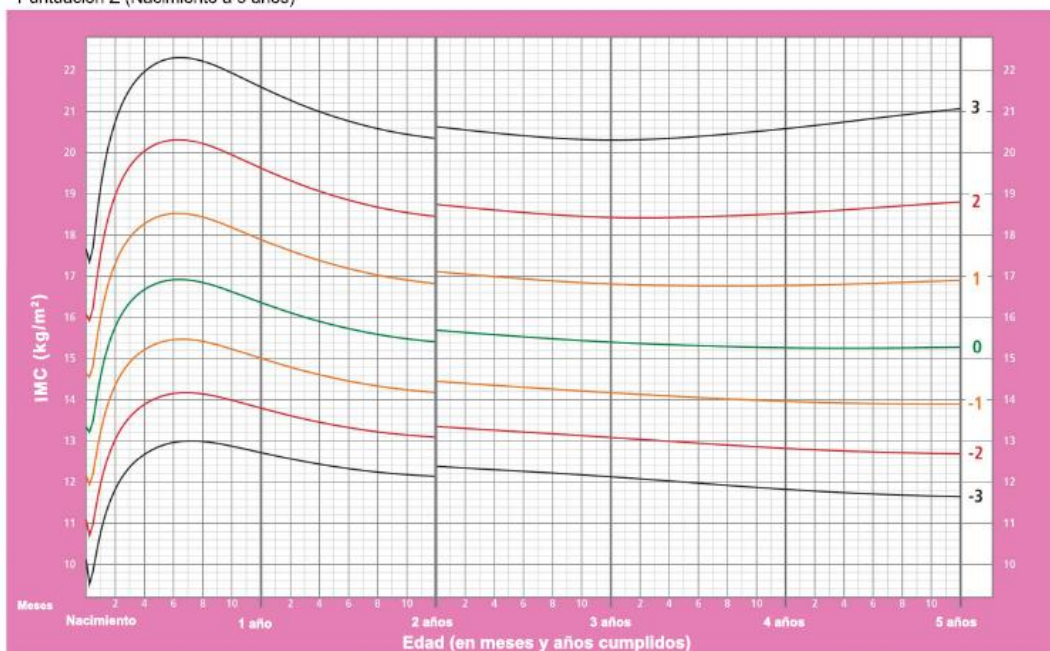


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22-B

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

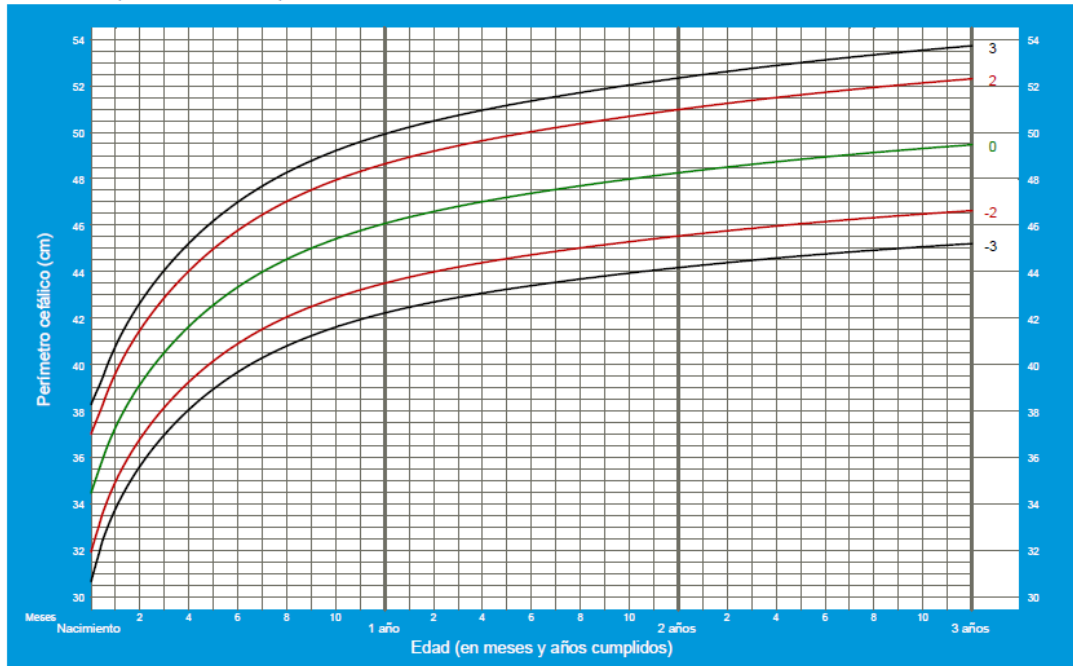


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 23-A

Perímetro cefálico para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 3 años)

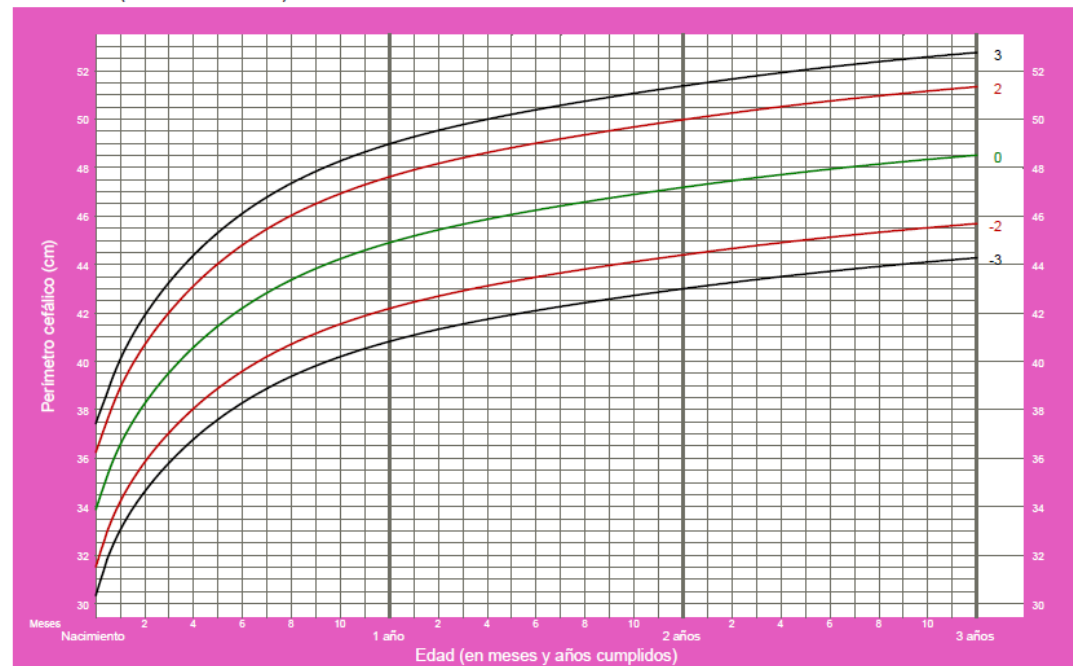


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 23-B

Perímetro cefálico para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 3 años)

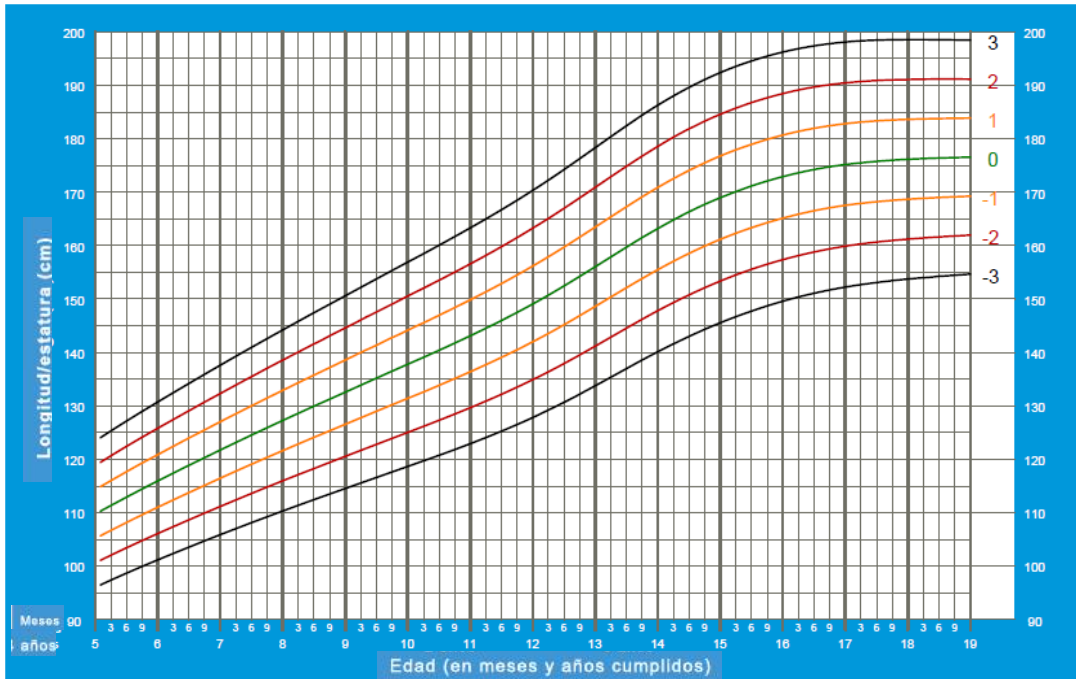


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 24-A

Longitud/estatura para la edad Niños

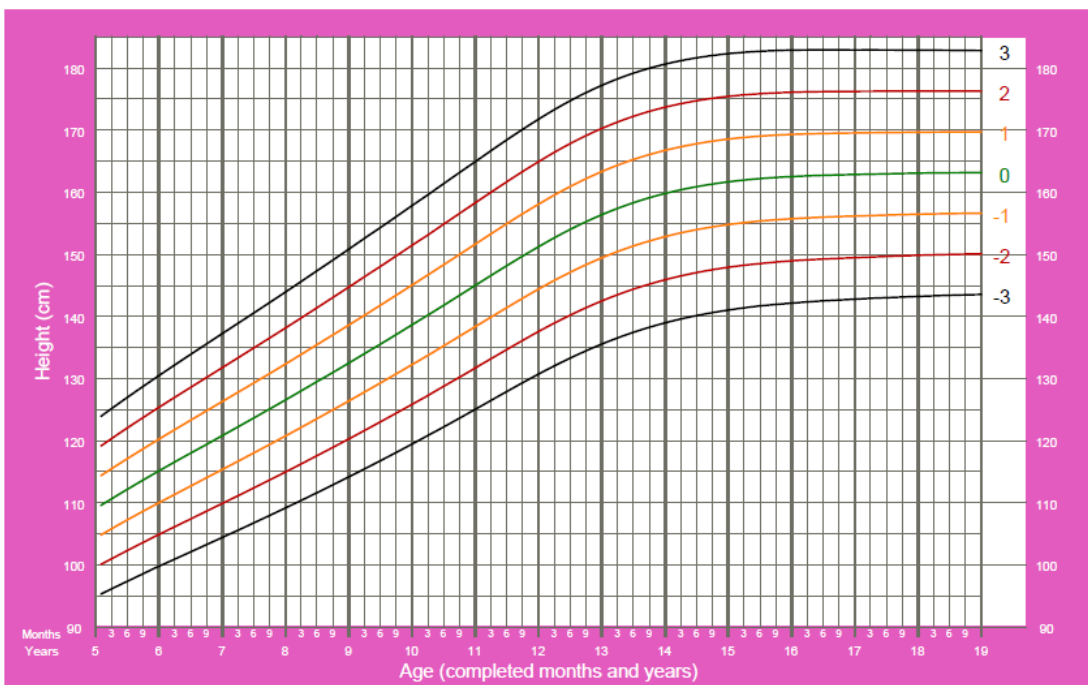
Puntuación Z (5 to 19 años)



HCP 24 - B

Longitud/estatura para la edad Niñas

Puntuación Z (5 a 19 años)

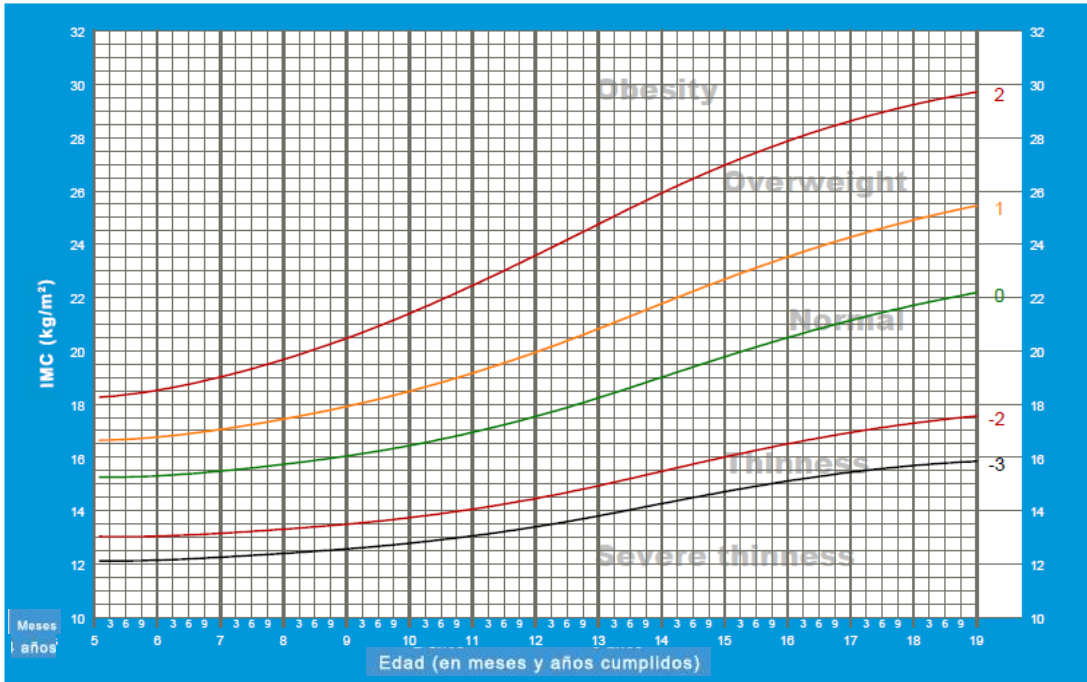


HCP 25-A

IMC para la edad Niños



Puntuación Z (5 a 19 años)

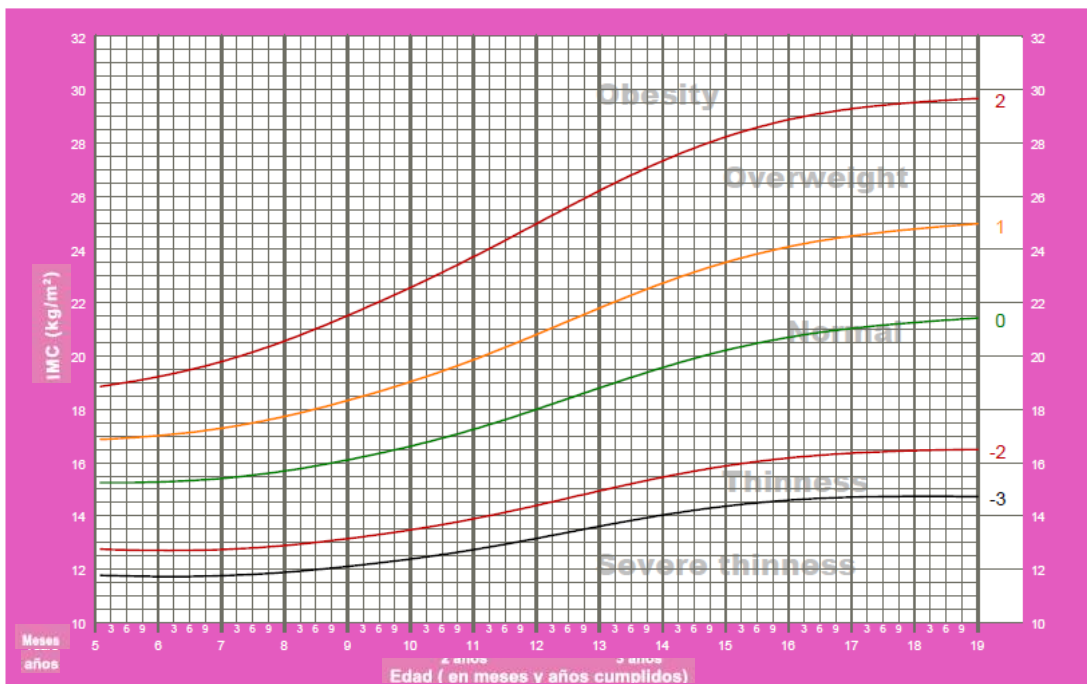


HCP 25-B

IMC para la edad Niñas



Puntuación Z (5 a 19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N°3.

Formularios de Programación y Evaluación

Formulario de Programación – Evaluación, página 1.

Región: _____

Año: _____

Instalación de Salud: _____

Responsable: _____

Grupo poblacional	Programación anual					Evaluación							
	Universo	Población meta		Concentración de atención	Consultas programadas	Consultas realizadas		Ingresos a programa		Cobertura de cumplimiento de norma		Cobertura de atención a la población	
		#	%			#	%	#	%	#	%	#	%
< 28 días													
1 a 11 meses													
Total < 1 año													
1 a 4 años													
Total < 5 años													
5 a 9 años													
Total 0 a 9 años													

Formulario de programación evaluación, página 2

Evaluación				
Indicador	Número		Indicador	Número
Nacimientos ocurridos			Casos nuevos diarrea < 5 años	
Recién nacidos Prematuros			Casos nuevos IRA < 5 años	
Recién nacidos bajo peso			Consultas por asma en control	
Pruebas de tamizaje metabólico realizadas			Consultas por asma aguda	
Resultados positivos			Accidentes	
Pruebas de audición realizadas				
Deficiencias auditivas detectadas			Alteraciones del desarrollo casos nuevos	
Defunciones en < 5 años			Desnutrición casos nuevos	
Defunciones neonatal			Desnutridos recuperados	
Defunciones post neonatal (1 a 11 meses)			Obesidad casos nuevos	
Defunciones de 1 a 4 años de edad			Obesos recuperados	
Principales causas de mortalidad			Principales causas del morbilidad	
1			1	
2			2	
3			3	
4			4	
5			5	
Actividades de promoción			Actividades de Promoción	
Visitas domiciliarias				
Participación comunitaria				

Observaciones:

Indicadores sobre maltrato en la niñez para uso en el nivel local, página 3.

La evidencia es un importante instrumento de promoción y organización del abordaje multisectorial de este problema y su establecimiento permite evaluar los resultados o impacto de las intervenciones. Se proponen estos indicadores para dar monitoreo a las intervenciones que se implementen en el nivel local:

1. Número de reportes de sospecha de violencia de niños presentados.	
2. Niños clasificados como compatible con maltrato físico y/o abuso sexual sobre el total de niños atendidos en el servicio.	
3. Total de notificaciones de maltrato según área de procedencia.	
4. Niños clasificados como compatibles con maltrato físico y/o abuso sexual referidos y contactados por la red de protección del niño maltratado.	
5. Niños en seguimiento por sospecha de maltrato en los que se logró encaminar a la red de protección.	
6. Adultos en riesgo de maltratar (adultos responsables del cuidado de niños clasificados como SOSPECHA DE MALTRATO) que han participado en talleres o sesiones educativas de refuerzo de comportamientos positivos de buen trato y medidas de prevención.	
7. Personas que conocen los mensajes alusivos al buen trato del niño que han sido comunicados en jornadas o campañas masivas de educación.	

Anexo N°4.

Instructivo y formularios de supervisión.

Instructivo de Supervisión

1. El Supervisor notificará al Director de la Unidad Ejecutora al menos el programa de supervisiones con al menos 1 semana de anticipación.
2. La fecha acordada, el Supervisor se presentará con el Director Médico y explicará lo que se realizará durante la supervisión. Completan la información de la primera página de la Guía de Supervisión.
3. La supervisión consta de la evaluación de 6 áreas:

Página	Área Evaluada	Puntos Posibles	Porcentaje del Total
1	PLANIFICACIÓN	10 a 50	12%
2	AVANCE DE METAS	15 a 75	18%
3	ENTREVISTA CON EQUIPO DE SALUD	15 a 75	18%
4	HOJA DE REGISTRO DIARIO	0 a 30	7%
5 - 10	AUDITORIA DE EXPEDIENTES	0 a 140	33%
11	SATISFACCIÓN DE USUARIOS	0 a 50	12%
	TOTAL	40 a 420	100%

PLANIFICACIÓN y AVANCE DE METAS: El Supervisor contactará al responsable de planificación y solicitará el PLAN ANUAL y los informes de logros de las actividades del programa, para llenar las páginas 1 y 2. Estas páginas son para utilizarse durante un año.

ENTREVISTA CON EQUIPO DE SALUD: El supervisor se entrevistará con un médico y una enfermera por separados y le hará las preguntas de la página 3. Esta página es para utilizarse durante un año.

HOJA DE REGISTRO DIARIO: El supervisor se reunirá con el personal de REMES para revisar la hoja diaria y completar la página 4. Esta página es para utilizarse durante un año.

La auditoria de expedientes es realizada por los responsables de Provisión de Servicios y se completa con las páginas 5, 6 y 7. Esta página es para utilizarse durante un año.

SATISFACCIÓN DE USUARIOS: La encuesta se aplicará a una muestra predeterminada de usuarios que ya han sido atendidos.

Una vez completada la supervisión, se llena el informe y se da el puntaje final con las respectivas observaciones. Se entrega el original al Director de la Unidad Ejecutora, y una copia para archivo. Antes de retirarse, se revisan las recomendaciones, las áreas en que deben operarse mejoras y un tiempo para trabajar en ellas, después de lo cual se repetirá la supervisión

EVALUACIÓN DE LAS SUPERVISIONES

Puntaje	Calificación	Recomendaciones
>85%	Excelente	Actividades con el equipo de salud para analizar sus logros y felicitarlos. Promover incentivos.
75 a 85%	Satisfactorio	Se exhortará al equipo de salud para que mantenga o supere los logros. Reuniones para divulgar los resultados y analizar cómo se puede mejorar puntuación.
50 a 75%	Regular	Con el Director Médico se analizarán las causas para la puntuación deficiente y alternativas para solucionarlas. Señalarán un período para repetir la supervisión, el cual no será mayor de 2 meses, hasta alcanzar una puntuación satisfactoria.
< 50%	Deficiente	Con el Director Médico se analizarán las causas para la puntuación deficiente y se elaborará una agenda de intervenciones en las que se incluirán actividades docentes dirigidas a fortalecer las áreas deficientes, reuniones con el equipo de salud y señalar un período para repetir la supervisión, el cual no será mayor de 1 mes, hasta alcanzar una puntuación satisfactoria.

GUIA DE SUPERVISION DE ACTIVIDADES EN EL NIVEL LOCAL

DATOS GENERALES.

FECHA:	
REGION:	
INSTALACIÓN DE SALUD:	

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES EN LA SUPERVISIÓN

Director Médico:	
Coordinador del Programa:	
Jefe de Registros Médicos	
Supervisor:	

MUESTREO DE AUDITORIA DE EXPEDIENTES

GRUPO DE EDAD	# DE EXPEDIENTES AUDITADOS
MENORES DE 1 AÑO	
DE 1 a 5 AÑOS	
5 A 9 AÑOS	

INFORME DE SUPERVISIÓN

FECHA DE SUPERVISIÓN:	
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:	
REGION:	
INSTALACIÓN DE SALUD:	

PUNTAJE POR ÁREA EVALUADA

	Puntos	%
PLANIFICACIÓN 17% (10 a 50 puntos)		
AVANCE DE METAS 8% (5 a 25 puntos)		
ENTREVISTA CON EQUIPO DE SALUD 23% (14 a 70 puntos)		
HOJA DE REGISTRO DIARIO 10% (0 a 30 puntos)		
AUDITORIA DE EXPEDIENTES 25% (0 a 74 puntos)		
SATISFACCIÓN DE USUARIOS 17% (0 a 50 puntos) <small>El puntaje es igual al porcentaje de usuarios que contestaron A y B en la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción de usuarios dividido entre 2.</small>		
TOTAL 100% (29 a 299 puntos)		

Observaciones:

Supervisor: _____

Fecha: _____

PLANIFICACIÓN, PÁGINA 1. Para seguimiento en múltiples visitas durante el año.

INDICADOR		NUMERO Y FECHA DE LA VISITA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	¿Existe un Plan Operativo para los componentes del Programa Materno Infantil elaborado por en conjunto? (Mostrar)										
2	¿El Plan Operativo tiene un diagnóstico de salud básico actualizado?										
3	¿El Plan operativo cuenta con los formularios de Planificación – Evaluación?										
4	¿La comunidad participó en el proceso de planificación? (lista de asistencia del proceso)										
5	¿El equipo de salud conoce el Plan operativo y las metas? (lista de asistencia del proceso)										
6	¿Se envían mensualmente informes de logros al nivel regional? (mostrar)										
7	¿Se evalúan al menos trimestralmente los avances en las metas del programa con el equipo de salud? (lista de asistencia)										
8	¿Las instalaciones y el equipo son adecuados para realizar las acciones del programa?										
9	¿Existe un plan de docencia del programa? ¿Está en ejecución? (mostrar plan y lista de asistencia)										
10	Hay un Número de horas / persona semanales dedicadas a las actividades comunitarias del programa										
	SUB TOTALES										

OBSERVACIONES:

PUNTUACIÓN:

1. No satisface la condición. 3. Satisface parcialmente la condición. 5. Se cumple a cabalidad la condición. 2 y 4. Situaciones intermedias entre las descritas

AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS (Formularios de programación / evaluación).

PAGINA 2.

Para seguimiento en múltiples visitas durante el año.

INDICADOR		NUMERO DE LA VISITA												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	INFANTIL													
11	% de captación de recién nacidos													
12	% de captación de menores de 1 año de edad													
13	% de captación de 1 a 4 años de edad													
	De 5 a 9 años de edad													
14	% logro de crecimiento y desarrollo													
15	% de actividades de promoción realizadas													

Observaciones:

PUNTUACIÓN:

1. Logros se mantienen en menos de la mitad de lo esperado. 3. Logros entre un 50 y 75 % de lo esperado. 5. Logros se mantienen sobre el 75% de lo esperado

AREA DE ATENCIÓN. PAGINA 3. Para seguimiento en múltiples visitas durante el año.

Entrevista con un Médico y una Enfermera de la consulta, involucrados en las acciones del programa. Se evalúa por medio de preguntas abiertas, según instructivo.

INDICADOR		NUMERO DE LA VISITA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MEDICO											
16	¿Domina las actividades de los controles de salud?										
17	¿Domina el llenado de los formularios del programa?										
18	¿Domina el cuadro básico de vacunas?										
19	¿Orienta a los pacientes y sus familiares?										
20	¿Conoce los resultados del cumplimiento de metas de la unidad?										
21	¿Cuenta con los insumos necesarios para la realización de las actividades del programa?										
22	¿Participa en las actividades de docencia del programa?										
ENFERMERA											
23	¿Domina las actividades de los controles de salud?										
24	¿Domina el llenado de los formularios de programa?										
25	¿Domina el cuadro básico de vacunas?										
26	¿Orienta a los pacientes y sus familiares?										
27	¿Conoce los resultados del cumplimiento de metas de la unidad?										
28	¿Cuenta con los insumos necesarios para la realización de las actividades del programa?										
29	¿Participa en las actividades de docencia del programa?										
SUB TOTALES											

PUNTUACIÓN: 1. Desconoce el contenido de las normas 3. Conocimientos parciales 5. Respuestas claras y concretas según norma

HOJA DE REGISTRO DIARIO (en Registros Médicos) PAGINA 4.

Para ser utilizado en una visita. Revisión de 10 hojas de registro diario seleccionadas al azar de las consultas de la última semana. De las hojas seleccionadas, se pedirán al azar los expedientes de 10 de los pacientes que fueron atendidos en acciones del programa

Número de Expediente, cédula o SS												Totales
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
La información en las casillas es correcta:												
30	CASILLA 2											
31	CASILLAS 4, 5 y 6											
32	CASILLA 7											
33	CASILLA 8											
34	CASILLA 9											
35	CASILLA 11											
36	CASILLA 12											
37	CASILLA 13											
38	CASILLA DE DIAGNÓSTICOS											
39	El diagnóstico de programa según codificación es correcto											

PUNTUACIÓN: 0. No es correcto. 3. Es correcto

AUDITORIA DE EXPEDIENTES, MENORES DE 1 AÑO, PÁGINA 5.

	NUMERO DE EXPEDIENTE CÉDULA O SS												TOTAL
40	Consta que el paciente asiste a los controles de C y D establecidos según norma												
41	La Historia clínica está completa												
42	Se registra peso, talla y perímetro cefálico en cada control de C y D												
43	Están registrados los puntos en las curvas de crecimiento según norma												
44	Se registra Evaluación del Perfil del Desarrollo												
45	Edad en que abandona lactancia materna exclusiva*												
46	Se registra Evaluación del estado de Vacunas												
47	Control a Odontología a partir del 6to. mes de edad												
48	Laboratorios del primer año según norma												
49	Se prescribe Fe preventivo como establece la Norma												
50	Se dan recomendaciones a los familiares												
	TOTAL												

Puntuación: Cada uno de los 10 expedientes se revisa individualmente y se asigna un puntaje de 0 a 2:

- 0. No satisface la condición.
- 1. Satisface parcialmente la condición.
- 2. Se cumple a cabalidad la condición.

* Pregunta 45 no da puntos. Genera un promedio de la edad de abandono de la lactancia materna

AUDITORIA DE EXPEDIENTES, NIÑOS /AS DE 1 A 4 AÑOS.
PÁGINA 6.

	NUMERO DE EXPEDIENTE, CÉDULA O SS												TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
51	Consta que el paciente asiste a los controles de C y D establecidos según norma												
52	La historia clínica está completa												
53	Se registra evaluación del estado de Vacunas												
54	Se registra Peso y talla en cada control de C y D												
55	Puntos registrados en la curva peso/edad según norma												
56	Se registra examen físico completo												
57	Se registra evaluación del desarrollo												
58	Se realiza evaluación nutricional												
59	Se realiza evaluación psico social												
60	Se registra prueba auditiva y agudeza visual												
61	Control a Odontología												
62	Exámenes de Laboratorio según norma												
63	Se prescribe Fe preventivo como establece la norma												
64	Se dan recomendaciones a los familiares												

Puntuación: Cada uno de los 10 expedientes se revisa individualmente y se asigna un puntaje de 0 a 2:

- 0. No satisface la condición.
- 1. Satisface parcialmente la condición.
- 2. Se cumple a cabalidad la condición

AUDITORIA DE EXPEDIENTES, ESCOLARES DE 5 A 9 AÑOS, PÁGINA 7.

	NUMERO DE EXPEDIENTE, CÉDULA O SS											TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
65	Consta que el paciente acude a los controles de C y D establecidos según norma												
66	Historia clínica está completa												
67	Se registra Evaluación del estado de Vacunas												
68	Se registra examen físico												
69	Se registra Peso y talla en cada control de C y D												
70	Puntos registrados en las curvas talla / edad e IMC según norma												
71	Se registra evaluación del desarrollo psico motor												
72	Se registra evaluación psico social												
73	Se registra prueba auditiva indirecta y de agudeza visual												
74	Control a Odontología												
75	Exámenes de Laboratorio según norma												
76	Se prescribe Fe preventivo como establece la Norma												
77	Se dan recomendaciones a los familiares												

Puntuación: Cada uno de los 10 expedientes se revisa individualmente y se asigna un puntaje de 0 a 2:

- 0. No satisface la condición.
- 1. Satisface parcialmente la condición.
- 2. Se cumple a cabalidad la condición

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE

USUARIOS

Encuesta para ser completada por usuarios de los servicios del programa, después de su atención. Esta encuesta es completamente anónima. La información obtenida será utilizada para el mejoramiento de la atención en esta instalación de salud. Gracias por su apoyo.

Datos del encuestado:

EDAD		
SEXO	M	F

1. Con que frecuencia acude a esta instalación de salud

	A	Con frecuencia
	B	Rara vez
	C	Primera vez que viene

2. Usted fue atendido por:

	A	Médico
	B	Enfermera/o
	C	Otro profesional de la salud

3. Motivo de la consulta:

	A	Acude a control de salud
	B	Acude por enfermedad
	C	Otra razón

4. Usted considera que la atención que recibió fue:

	A	Excelente
	B	Buena
	C	Regular
	D	Mala
	E	Muy mala

Sobre el Médico o Enfermera que lo atendió:	SI	NO	NO SE
5. ¿Le informo sobre su condición de salud?			
6. ¿Le explico sobre los tratamientos que debe recibir?			
7. ¿Le dio recomendaciones para el cuidado de su salud?			
8. ¿Puede mencionar que recomendaciones recibió?			
9. ¿El profesional de la salud lo trató con respeto y amabilidad?			
10. ¿Tiene alguna queja sobre la atención recibida? ¿Cuál?			

Anexo N°5.

Implementación del enfoque intercultural en la instalación de salud¹⁹.

- Se entiende el enfoque intercultural como *un proceso interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias que existen entre varias culturas, en un espacio determinado que, aplicado a la salud, supone el trabajo encaminado al bienestar integral del individuo y la comunidad.*
- La estrategia para alcanzarlo consiste en:
 - Generar un acercamiento entre los miembros de la comunidad y el personal de los servicios de salud, en un ambiente de respeto y confianza mutua.
 - Presentar los valores y necesidades de ambos grupos (miembros de la comunidad y personal de salud).
 - Analizar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario.
 - Establecer prioridades en la atención por ambas partes.
 - Establecer acuerdos para el desarrollo de las acciones a favor de la salud de la población. Estos incluirán:
 - Mecanismos para la divulgación de los acuerdos.
 - Adecuaciones en la prestación de los servicios para que respondan a las necesidades de los usuarios.
 - Procesos de sensibilización y capacitación del personal de salud.
 - Participación de los miembros de la comunidad en las acciones de promoción de la salud de la instalación.
 - Períodos de evaluación conjunta.
 - Poner en práctica los acuerdos, darles seguimiento y evaluarlos en conjunto.
 - Generar una serie de indicadores para el monitoreo de los procesos, resultados e impacto de los acuerdos y mecanismos para su evaluación periódica.

¹⁹Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Estrategia Aiepi. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Salud del Niño y del Adolescente. Salud Familiar y Comunitaria. 2005. Washington DC, borrador enero 2007.

Anexo N°6.

LEY No. 48

De 5 de diciembre de 2007

Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá y dicta otras disposiciones

No 25935 Gaceta Oficial Digital, viernes 07 de diciembre de 2007

LEY No. 48

De 5 de diciembre de 2007

**Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá
y dicta otras disposiciones**

LA ASAMBLEA NACIONAL

DECRETA:

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 1. Se establece como medida sanitaria de especial atención la vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles. Este proceso de vacunación será de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional.

El Ministerio de Salud dictará los lineamientos técnicos de inmunización requeridos para cumplir con los objetivos del proceso de vacunación, y hará las provisiones presupuestarias que sean necesarias, a fin de contar con los fondos que sean requeridos.

Artículo 2. Para los efectos de la presente Ley, los siguientes términos se entenderán así:

1. *CONAPI*. Comisión Nacional Asesora de las Prácticas de Inmunización.
2. *Enfermedad prevenible por vacuna (EPV)*. Aquella que podemos evitar a través de la vacunación, después de recibir el número de dosis requeridas, según el tipo de vacuna.
3. *Esquema Nacional de Inmunizaciones*. Cuadro básico de vacunas, según tipo, número de dosis y edad, que deben ser aplicadas en los diferentes grupos de población, sujetos a vacunación, que les permitan alcanzar el nivel de inmunidad necesario contra las enfermedades prevenibles por vacunas en la República de Panamá.
4. *Inmunidad*. Conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a la agresión de agentes infecciosos.
5. *Inmunización*. Acción de conferir inmunidad mediante la administración de antígenos o de anticuerpos específicos.
6. *Inmunobiológico*. Tipo de vacuna con capacidad de producir en el individuo que la recibe una respuesta de su sistema inmunitario para defenderse de las enfermedades.
7. *Proceso*. Acción de ejecutar.

8. *Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)*. Responsable de establecer los fundamentos, los principios y las normas que rijan el proceso de prevención primaria de las enfermedades, a través de la vacunación de la población.

9. *Vacunación*. Procedimiento de administración de preparados vacunales.

Capítulo II

Inmunización Vacunal

Artículo 3. La aplicación de los inmunobiológicos listados y regulados por el Ministerio de Salud será de estricto cumplimiento en todo el territorio nacional, tanto por el sector público como por el privado.

El Ministerio de Salud mantendrá actualizado el Esquema Nacional de Inmunizaciones, con los inmunobiológicos de probada efectividad en la prevención de enfermedades.

Artículo 4. Se autoriza al Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud para que provea de inmunobiológicos y sus accesorios a precio de costo al sector privado, el cual no está autorizado para aumentar su valor.

El Ministerio de Salud, previamente a la entrega de los inmunobiológicos al sector privado, deberá comprobar que este cuenta con el equipo de cadena de frío necesario para la adecuada conservación de las vacunas.

En cumplimiento de la presente Ley, los centros de salud privados deberán entregar informes de vacunación al Ministerio de Salud.

Artículo 5. El Ministerio de Salud comprará todas las vacunas incluidas en el Esquema Nacional de Inmunizaciones y las nuevas por incluir, a través del Fondo Rotatorio Programa Ampliado de Inmunizaciones-Organización Mundial de la Salud (PAI-OPS).

No 25935 Gaceta Oficial Digital, viernes 07 de diciembre de 2007 1

Parágrafo. Ante la eventualidad de que el Fondo Rotatorio PAI-OPS no pueda adquirir ni ofrecer algún inmunobiológico, el Ministerio de Salud podrá adquirirlo a través de los proveedores locales que oferten el menor precio y que cumplan con las normas de la autoridad reguladora nacional.

Capítulo III

Ámbito Institucional

Artículo 6. Se reconoce a la Comisión Nacional Asesora de las Prácticas de Inmunización como la unidad técnica nacional asesora del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Artículo 7. Se crea el Fondo de Autogestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones, administrado por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud Pública y fiscalizado por la Contraloría General de la República, constituido por los fondos provenientes de:

1. Las donaciones.
2. Los eventos docentes nacionales e internacionales.
3. El precio de costo de las vacunas suministradas al sector privado.
4. Las multas.
5. Los otros fondos de autogestión del Programa.

Capítulo IV

Sujetos del Proceso de Inmunización Vacunal

Artículo 8. Se reconoce el derecho que tiene todo individuo, especialmente los niños, los adolescentes en los centros de custodia, los niños y adolescentes trabajadores, las embarazadas, las personas con discapacidad, los jubilados, la población de la tercera edad y las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios, a la protección contra las enfermedades incluidas en el Esquema Nacional de Inmunizaciones brindado por el Estado.

Las personas que ejerzan la patria potestad, la tutela o la guarda de los niños y de las personas con discapacidad tienen la obligación de cumplir las indicaciones del Ministerio de Salud en todo lo relativo a la inmunización de estos.

Artículo 9. Toda mujer embarazada será previamente informada de los beneficios y de las consecuencias, para ella y su hijo, de recibir o no la inmunización. En caso de no aceptar ser vacunada, deberá firmar el relevo de responsabilidad.

Capítulo V

Obligaciones y Cumplimiento de los Procedimientos

Artículo 10. Los residentes en el territorio nacional, sin distinción de religión o raza, tienen la obligación de mantener actualizado su estado vacunal, de conservar su tarjeta de vacunación y de presentarla cuando les sea requerida.

Artículo 11. Las entidades públicas y privadas, así como la sociedad en general deberán colaborar y participar en todas las acciones de vacunación, conforme a los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud.

Igualmente deberán cumplir las normas vigentes de salud pública, en especial las regulaciones y medidas de control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles y el sistema de información sanitario, establecidas por las autoridades de salud.

Artículo 12. El Programa Ampliado de Inmunizaciones velará por el adecuado cumplimiento de su procedimiento, de sus normas y guías sanitarias relacionadas con el proceso de vacunación establecido en esta Ley, en todas las instalaciones de salud públicas y privadas del país.

Artículo 13. El Ministerio de Salud, en cumplimiento de su función de preservar la salud, garantizará a toda la población, en especial a los grupos más vulnerables, el acceso gratuito, en todas las instalaciones públicas de salud, a las vacunas incluidas en el actual Esquema Nacional de Inmunizaciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones y las que se incluyan en el futuro.

Artículo 14. Se faculta al Ministro de Salud para que, cuando considere que la salud de la población está en riesgo, ordene las acciones de inmunización extraordinarias que sean necesarias, las cuales serán obligatorias para todos los residentes en la República.

Artículo 15. La expedición del certificado de buena salud incluirá la verificación del estado vacunal para la edad, según el Esquema Nacional establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.

Artículo 16. En todas las instalaciones educativas, oficiales y particulares, desde los centros de orientación infantil y la educación preescolar hasta el nivel superior, se solicitará, al momento de la matrícula anual del estudiante, la tarjeta de vacunación para verificarla. El estudiante que no haya recibido sus vacunas completas será referido a la instalación de salud pública más cercana, a fin de completarlas. La falta de presentación de la tarjeta de vacunación no será un impedimento para la aceptación del estudiante en el centro educativo; no obstante, posteriormente, deberá presentarse para cumplir con la verificación.

Capítulo VI

Medidas de Control Sanitario

Artículo 17. Todos los inmunobiológicos de uso en el país, incluyendo los del Programa Ampliado de Inmunizaciones, deberán cumplir con las normas y los controles sanitarios

establecidos por el Ministerio de Salud, de conformidad con la Ley 1 de 2001 y otras leyes y reglamentos.

Artículo 18. Se faculta al Ministerio de Salud para que, cuando considere que la salud de la población esté en riesgo, ordene las medidas sanitarias internacionales que deben cumplir las personas que ingresen al país. Para tal efecto, el Ministerio de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional y con las condiciones sanitarias del país, notificará a las instancias pertinentes las acciones que se deben seguir.

Artículo 19. Las entidades oficiales de salud pública quedarán exoneradas del pago del Impuesto de Importación de los inmunobiológicos e insumos propios del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, tales como sueros, vacunas, cámaras frigoríficas, camiones refrigerados, neveras para vacunas, cajas térmicas, congeladores, repuestos para los equipos de vacunas, así como cualquier otro requerido para este Programa.

Capítulo VII

Infracciones y Sanciones

Artículo 20. Las infracciones a las disposiciones contempladas en la presente Ley serán consideradas faltas sanitarias y serán sancionadas por el Ministerio de Salud. Se considerarán infracciones las siguientes conductas:

1. Incumplir con la aplicación de las vacunas contempladas en el Esquema Nacional de Inmunización, especialmente a los grupos más vulnerables mencionados en el artículo 8 de la presente Ley y priorizados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
2. Obstaculizar las acciones de vacunación establecidas por las autoridades de salud.
3. Incumplir, los funcionarios de salud y los directores de las instalaciones de salud públicas o privadas, las normas y lineamientos técnicos, señalados por el Ministerio de Salud, en lo referente a las inmunizaciones y la cadena de frío.
4. Vender o de alguna forma obtener algún beneficio por la transferencia de los inmunobiológicos e insumos del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
5. Cobrar a la población, en cualquier instalación de salud pública, por los insumos y la aplicación de vacunas, contempladas en el Esquema Nacional de Inmunizaciones.
6. Lucrar, por parte del sector privado de salud, en la aplicación de vacunas adquiridas a precio de costo, a través del Ministerio de Salud.
7. Incumplir las acciones de inmunización extraordinarias, ordenadas por el Ministerio de Salud.

8. Expedir certificados y tarjetas de vacunación falsos.

Artículo 21. Sin perjuicio de las acciones penales o civiles que correspondan, los servidores públicos que incurran en las infracciones señaladas en la presente Ley podrán ser sujetos de alguna de las siguientes sanciones administrativas:

1. Amonestación escrita.
2. Suspensión del cargo sin derecho a salario hasta por quince días.
3. Suspensión del cargo sin derecho a salario hasta por tres meses.
4. Destitución del cargo.

Artículo 22. Los dueños, los administradores y/o los empleados de centros de salud privados que incurran en alguna de las infracciones contempladas en la presente Ley serán sancionados con multas que pueden ir desde quinientos balboas (B/.500.00) a dos mil quinientos balboas (B/.2,500.00), las que serán impuestas por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que correspondan.

Artículo 23. Para los efectos de la imposición y la ejecución de las sanciones previstas en la presente Ley, se aplicará el procedimiento contemplado en el Código Sanitario y en la Ley de Procedimiento Administrativo General.

Los recursos de reconsideración y apelación serán concedidos en efecto devolutivo.

Artículo 24. Esta Ley comenzará a regir desde su promulgación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Proyecto 291 de 2007 aprobado en tercer debate en el Palacio Justo Arosemena, ciudad de Panamá, a los trece días del mes de noviembre del año dos mil siete.

El Presidente,
Pedro Miguel González P.

El Secretario General,
Carlos José Smith S.