

# **PROGRAMA PRIORITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ**

## **2006**

---

**Dirección General de la Salud  
División Salud de la Población**

**Programa Nacional de Salud de la Niñez**

**AUTORIDADES**  
**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**

**Dra. Maria Julia Muñoz**  
**Ministra de Salud**

**Dr. Miguel Fernández Galeano**  
**Subsecretario**

**Dr. Jorge Basso**  
**Director General de la Salud**

**Dra. Liliana Etchebarne**  
**Directora de la División Salud de la Población**

**Dr. Jorge Quian**  
**Director del Programa Nacional de Salud de la Niñez**

**Redactado por un Grupo técnico convocado por el Programa Nacional de Salud de la Niñez participando:**

**Grupo responsable: Programa Nacional de Salud de la Niñez**  
**Red Atención Primaria ( RAP / ASSE)**  
**IMM- División Salud**

**Colaboraron**

**Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (ADASU)**  
**Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)**  
**Facultad de Medicina: Cátedras de Pediatría neuro pediatría**  
**Psiquiatría infantil**  
**FEMI**  
**Instituciones Publicas y Privadas consultadas en el ámbito del Consejo Consultivo MSP.**



---

# **PROGRAMA PRIORITARIO DE ATENCIÓN** **A LA SALUD DE LA NIÑEZ**

## **INTRODUCCION**

El Uruguay presenta una estructura demográfica caracterizada por el envejecimiento progresivo de su población. La Tasa de natalidad ha descendido en forma sostenida a nivel nacional, concentrándose en los estratos mas pobres del país. Más del 50% de la población infantil está bajo la línea de pobreza, comprometiendo su desarrollo físico e intelectual. La salud de la población infantil es un derecho humano esencial violentado en la realidad actual del país. El sistema de salud brinda una respuesta insuficiente y no coordinada. Las políticas sociales referidas a esta población han sido fragmentadas y discontinuas. Hay una postergación de la niñez y la adolescencia en las políticas sociales. Los montos invertidos en políticas sociales para la infancia lo demuestran. Datos recientes de UNICEF confirman que mientras los niños y adolescentes son el 30% de la población total y el 46 % de la población en situación de pobreza, reciben solo el 19,6% de los gastos sociales del Estado. Las consecuencias de estos hechos para el futuro del país son extremadamente graves y requieren un accionar inmediato de los poderes públicos y del conjunto de actores institucionales y comunitarios para revertir esta situación.

## **IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El agravamiento sustantivo de la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Si bien el indicador Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en nuestro país en los últimos años - al igual que en muchos países de América Latina - las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación.

Dado que en los hogares pobres se encuentran más del 50% de los niños/as menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir son francamente superiores.

La desnutrición ha aumentado en los niños menores de 2 años de las zonas más excluidas, en muchas de las cuales hay cifras importantes de parasitosis vinculadas al déficit de saneamiento.

El debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular los

cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños y niñas que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía.

En la adolescencia, la ausencia de referentes claros a nivel de la familia y la deserción escolar, entre otros factores, promueven conductas de riesgo y consumos problemáticos. Las cifras de muerte por accidentes reafirman una tendencia que afecta profundamente la salud infantil y adolescente.

La salud bucal se encuentra muy afectada en la población más excluida, existiendo estrategias de abordaje institucional en escuelas, cuya extensión está procesándose, que significarían reducción de patologías prevenibles y dignificación de los individuos.

Desde el ámbito de la prestación de servicios se verifican distintos grados de inadecuación, desde debilidades estructurales y de accesibilidad, así como de calidad en los distintos niveles, con desarticulaciones y falta de normativa que asegure los derechos de los usuarios en general, favoreciendo la inaccesibilidad en los estratos más desfavorecidos y la disconformidad general tanto de prestadores como de usuarios.

## **ANTECEDENTES**

En el país hace años funcionan distintos programas que apuntan a atender las necesidades de salud de la población infantil con mayor o menor nivel de compromiso según la época en que se formuló o la administración que estuviera a cargo. Entre ellos existe el Programa Materno Infantil, Programa Aduana, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa Setiembre.

En el ámbito de la Intendencia de Montevideo se ha desarrollado, además de los anteriores, el Programa de Atención a la Salud Bucal en escuelas públicas, y como experiencia zonal el Programa de Atención Integral al Adolescente.

Algunos de estos programas se han mantenido con fortalezas y debilidades dispares, según la necesidad emergente del momento, sin un compromiso real de continuidad, sin tener en cuenta la promoción y la prevención como objetivos principales. Han sido sostenidos, la mayoría de las veces, por el esfuerzo cotidiano de los equipos de base.

Este Programa Prioritario de Atención a niños y niñas busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los mismos que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, entre otras, la accesibilidad y continuidad en la atención, y facilitando una integración entre este ámbito programático que se define longitudinal, con ámbitos programáticos transversales que recorren las diferentes etapas del control y desarrollo, brindándole integralidad: salud bucal, salud mental, inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros. (ver Anexo “Modelo de Abordaje por Programas ”)

## **ESTRATEGIA**

La atención a la salud de toda la población infantil y adolescente de nuestro país busca constituirse en un elemento central de las propuestas programáticas a través de un accionar coordinado de todos los efectores, en la implementación de políticas, pautas y criterios

comunes. A partir de dicha normatización y conjunción de esfuerzos se obtendrán resultados de mayor impacto, y una utilización más eficiente de los recursos disponibles, que deben ser incrementados en función de la grave situación a encarar.

El diseño de políticas de atención a adolescentes se encuentra en etapa de estudio en este momento, hacia un modelo que conjugue acciones longitudinales en atención a la salud con actividades transversales con otros sectores que vinculan con dicha atención (educación, recreación), y que contribuya con el Programa de Atención a la Niñez, a abordar la etapa de transición prepuberal tan variable

La estrategia se define bajo el marco general de acción señalado por las autoridades gubernamentales, de priorizar una mejora en las condiciones de vida de la población infantil-adolescente en situación de pobreza a través de políticas sociales integrales, desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis preventivo y de promoción y mayores niveles de accesibilidad, con promoción de derechos y participación ciudadana, donde espacios como la escuela y la familia se constituirán en objetivos a fortalecer.

Se señalan las principales líneas estratégicas a encarar desde el sector salud:

- • Fortalecer la cobertura de salud en las áreas priorizadas en función del riesgo social y sanitario, con énfasis en la población infantil- adolescente.
- • Obtener un diagnóstico precoz de enfermedades y asegurar una adecuada información epidemiológica y colectivización de la información relevada.
- • Modificar el modelo asistencialista hacia un modelo apoyado en el concepto de integralidad, prevención, educación y promoción de salud con enfoque de riesgo social, de género y de reducción de daños.. La implementación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud es un lineamiento programático fundamental . Para ello se establece la priorización de las acciones en el Primer Nivel de Atención, coordinadas en forma de red por parte de todos los efectores de salud, con adecuado vínculo de referencia y contra-referencia con otros niveles, correctamente sostenidos en infraestructura y capacidad técnica.
- • Promover la participación activa de tipo intersectorial entre efectores de salud, sistema educativo, seguridad social y organizaciones comunitarias en un accionar sostenido sobre los factores del entorno y hábitos que afectan la salud infantil.
- • Generar espacios de participación ciudadana en el diagnóstico, gestión y evaluación de actividades, con un enfoque de construcción de ciudadanía y de derechos humanos. La creación de una cultura de responsabilidad e involucramiento del conjunto de la sociedad en relación con la situación de los niños/as, es un elemento esencial para crear las condiciones de la acción conjunta y con impacto.

Por lo antes expuesto, dado que la atención integral a la infancia y adolescencia incluye componentes familiares, comunitarios, recreativos, culturales, educativos, entre otros, deberían ser articulados en un Plan Nacional de Atención a la Infancia, del cual este Programa de Atención a la Salud de Niños y Niñas será ser un componente más.

## **PROPÓSITO**

Contribuir al desarrollo ciudadano del país desde el cuidado adecuado de la salud de la infancia.

## **OBJETIVO GENERAL**

Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia de APS, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1 – Realizar un diagnóstico integral interdisciplinario de la situación de salud de niños /as y adolescentes en su entorno familiar y comunitario, en ámbitos territoriales específicos** con participación de distintos efectores de salud, y en conjunto con las instituciones sociales y las organizaciones comunitarias, que favorezca el conocimiento de las principales problemáticas y necesidades de niños y niñas de la zona, de modo de encarar posteriormente y en conjunto acciones de promoción en salud hacia los colectivos locales - barrios, escuelas, organizaciones sociales -, con participación activa de las comunidades y otros ámbitos sectoriales, así como la incorporación de dichas temáticas en la consulta individual.

**2 - Brindar acciones de control en salud a niños/as desde el nacimiento hasta los 14 años,** por parte de actores interdisciplinarios según pauta anexa, con promoción y apoyo a la madre y a la familia, jerarquizando la cultura del autocuidado, las pautas preventivas y la asistencia oportuna.

Se definen los siguientes componentes longitudinales en base a los cuales se adjunta una pauta de controles: (Anexo "Control periódico del niño/a hasta los 14 años")

- ➤ Control del niño /a de 0 a 24 meses
- ➤ Control del niño/a de 2 a 4 años
- ➤ Control del niño/a de 5 a 9 años
- ➤ Control del niño / a de 10 a 14 años

**3 - Brindar consulta por patología de forma oportuna,** sobre la base de protocolos de atención que aseguren la calidad (incluyendo destreza técnica, adecuado vínculo equipo-familia, acceso a medicamentos y paraclínica según requerimientos), asegurando la continuidad de la atención en los niveles correspondientes (acceso a interconsulta, internación y rehabilitación) con adecuados niveles de equidad

**4 - Contribuir al análisis de las causas de muerte en menores de 15 años a través de la**

**creación e implementación de los Comités de Auditoría de Muerte,** estableciendo recomendaciones y mejoras en la calidad de atención en función del resultado de dicho monitoreo

**5- Desarrollar un Programa de evaluación de la calidad de atención y de satisfacción de usuarios.**

## **ACTIVIDADES**

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1:**

1.1 - Realización de actividades de encuentro local entre actores de salud, sociales y comunitarios, para caracterizar los principales problemas conocidos de la población infantil, y sentidos por actores locales, incluyendo un diagnóstico ambiental.

1.2 – Definición y priorización de dichas necesidades entre el conjunto de actores locales.

1.3 – Implementación de acciones de promoción de salud hacia dichas temáticas priorizadas, en forma conjunta con organizaciones locales y actores comunitarios, favoreciendo posibles soluciones a las necesidades detectadas

1.4 - Articulación con las redes sociales formales e informales en el área de influencia del servicio, con planes de promoción de salud a la infancia y mejora de la coordinación intersectorial.

1.5 – Desarrollo de espacios de escucha y diálogo desde los servicios de salud con la población y los usuarios, promoviendo su conocimiento y opinión en el proceso de la atención de la salud de

niños/as y adolescentes.

1.6 – Realización de actividades de educación y promoción comunitaria sobre patologías prevalentes y promoción de hábitos saludable, involucrando a las fuerzas vivas locales

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2:**

#### **Controles de salud según componentes:**

**2.1 – Captación y Control del Recién Nacido y del niño /a hasta los 24 meses de vida según la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, integración a redes e instituciones.**

2.1.1- Captación del Recién Nacido - Fortalecer Programa Aduana a nivel público a través del liderazgo y control del efector definido como cabecera sanitaria de la zona de responsabilidad programática con definición y evaluación de indicadores de proceso y resultado.

2.1.2 - Implementación de Programa Aduana a nivel privado, asegurando la llegada de todos los recién nacidos a técnicos /equipos de referencia, y estableciendo niveles de información que posibiliten una adecuada evaluación.

2.1.3 – Establecimiento de consultas programadas accesibles desde el primer control del RN que incluyan adecuado control del crecimiento, actividades educativas y de



promoción según normas.

2.1.4 - Aplicación de pautas de control de desarrollo según edades, con promoción materna y familiar de los estímulos adecuados, con posible participación en grupos / proyectos sociales de apoyo (CAIF y otras organizaciones) y derivación a equipos especializados si correspondiera.

2.1.5 - Desarrollo de un mecanismo eficaz de seguimiento de los controles en salud hasta los 24 meses, con visitas de recaptación si hay faltas a las citas y evaluación de cumplimiento.

2.1.6 - Apoyo, fomento y evaluación de la lactancia materna a través de acciones organizadas por el equipo de salud y actores comunitarios, con consulta individual y grupal. Integración r las acciones a las campañas nacionales de promoción de lactancia materna. Acreditación de las maternidades y servicios de Primer Nivel en Buenas Practicas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño con el apoyo de la cooperación técnica de UNICEF y PNUD.

2.1.7 – Implementación de las actividades de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el niño pequeño elaborada por OMS/UNICEF teniendo en cuenta las pautas de alimentación consensuadas del Programa de Nutrición MSP y del Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

2.1.8 - Evaluación nutricional del niño definiendo situaciones de riesgo, priorizando su seguimiento y control de su evolución.

2.1.9.- Acciones de educación nutricional de forma sistemática, tanto en promoción de lactancia como en alimentación complementaria, en consulta como en instancias grupales, con participación del equipo de salud y agentes comunitarios con adecuación de mensajes a la realidad zonal.

2.1.10 – Aplicación y evaluación del Programa Ampliado de Inmunización con seguimiento sistemático analizando posible incorporación de nuevas vacunas.

2.1.11 - Monitoreo por parte del equipo técnico del vínculo madre/padre/familia en forma sistemática con el niño en base a pautas preestablecidas, desde la perspectiva del respeto a los valores de crianza de cada familia, en tanto ellos no colisionen con los derechos humanos consensuados en nuestra sociedad procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales, en el marco de la acreditación de maternidades y centros trabajando por las Buenas Practicas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.1.12 –Incorporación al control la participación de madre / padre / familia en grupos de familia (grupos de promoción) con metodología participativa en función de sus propios intereses, incorporando los temas priorizados en el diagnóstico.

2.1.13 – Incorporar la visita domiciliaria sistemática por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud, en toda situación de riesgo, según pautas, habilitando el conocimiento de las condiciones de la vida cotidiana. Observación de prácticas de crianza, en especial, posición supina al dormir, colchón firme, hábitos de tabaquismo en el ambiente familiar y condiciones de abrigo(no calor excesivo) Promoción de la visita domiciliaria en general en toda situación de control infantil, como modalidad de acercamiento a la realidad socio-familiar

2.1.14 – Derivación oportuna según pauta de atención de salud bucal, apoyando las recomendaciones de dicho equipo de atención.

2.1.15- Recomendaciones para disminuir los factores de riesgo de síndrome de muerte súbita que incluye posición supina, evitar el excesivo abrigo, el hacinamiento y el tabaquismo pasivo.

## **2.2 - Control del niño /a de 2 a 4 años de acuerdo a la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza e integración a redes.**

2.2.1 - Establecer consultas programadas accesibles desde el 2° año en adelante, bajo la responsabilidad del mismo equipo de salud, que incluyan control del crecimiento y evaluación sistemática del desarrollo, actividades educativas y de promoción según la norma adjunta.

2.2.2 - Realizar la evaluación nutricional definiendo situaciones de riesgo, su seguimiento y evaluación en forma sistemática, incorporando los apoyos nutricionales de acuerdo a las pautas del Comité de Nutrición de la SUP. Fortalecer la educación nutricional de forma sistemática, tanto en consulta como en instancias grupales, con participación de agentes comunitarios y adecuación de mensajes a la realidad zonal.

2.2.3 - Evaluar en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.2.4 - Incorporar al control la participación de madre /padre/ familia en grupos de promoción con metodología participativa que tenga en cuenta sus propios intereses, a los que se sumen aquellos tópicos priorizados por el diagnóstico.

2.2.5 - Fortalecimiento sustantivo de los mecanismos de captación para el control de niños y niñas a través de la vinculación con el plan de emergencia (compromiso ciudadano), con las prestaciones de seguridad social (Asignación Familiar), con el sistema educativo y las redes comunitarias, y promoción de la incorporación temprana a centros de educación inicial.

2.2.6 Integrar la vigilancia de los tóxicos ambientales en especial plomo para identificar situaciones de riesgo e implementar medidas de prevención y tratamiento.

## **2.3 – Control del niño /a de 5 a 9 años de acuerdo a la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza y recreación, e integración a redes.**

2.3.1 – Favorecer las consultas programadas de control en salud de acuerdo a la pauta, con evaluación sistemática del desarrollo, fortaleciendo el vínculo del niño /a con el equipo de salud.

2.3.2 - Aplicar y evaluar el Programa Ampliado de Inmunización utilizando el ingreso escolar como mecanismo de captación.

2.3.3 – Evaluar la adecuación de las pautas alimentarias, y de los ámbitos destinados a

esta actividad en la familia, promoviendo la incorporación de hábitos saludables y buenas prácticas, en la consulta y en conjunto con la actuación comunitaria.

2.3.4 - Evaluar en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.3.5 – Promover el autocuidado y el respeto al propio cuerpo, insistiendo en aspectos de higiene, alimentación, hábitos saludables.

2.3.6 – Promover acciones conjuntas con los equipos docentes de escuelas y jardines hacia diagnósticos oportunos y temáticas promocionales surgidas en el diagnóstico o de interés emergente, para trabajar conjuntamente en la consulta, en la escuela y en la comunidad a partir de familias y vecinos participantes.

#### **2.4– Control del niño /a y adolescentes de 10 a 14 años: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza y recreación, e integración a redes.**

2.4.1 - Consultas programadas de control en salud de acuerdo a la pauta, fortaleciendo el vínculo del niño /a con el equipo de salud.

2.4.2 – Cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización utilizando el ingreso liceal como mecanismo de captación y vigilancia.

2.4.3 - Acciones de adecuación de las pautas alimentarias, y de los ámbitos destinados a esta actividad en la familia, promoviendo la incorporación de hábitos saludables y buenas prácticas, detectando precozmente trastornos de la alimentación.

2.4.4 –Evaluación en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales.

2.4.5 - Indagar sobre el conocimiento del niño / a con relación a los cambios en la pubertad, incluida la menarca, dando espacio para dudas e interrogantes a este respecto, con jerarquización de derechos sexuales y reproductivos. Fortalecer en la familia el conocimiento de los cambios para brindar apoyo. Derivación en caso necesario.

2.4.6 – Promoción del autocuidado y el respeto al propio cuerpo, insistiendo en aspectos de higiene, alimentación, hábitos saludables. Detección de consumos de sustancias.

2.4.7 – Fomento de acciones conjuntas con los equipos docentes de liceos y centros juveniles en diagnósticos oportunos y hacia temáticas promocionales surgidas en el diagnóstico o de interés emergente, para trabajar conjuntamente en la consulta, en la escuela y en la comunidad a partir de familias y vecinos participantes.

#### **OBJETIVO ESPECIFICO 3:**

3.1 - Asegurar la accesibilidad de los niños /as y adolescentes enfermos al equipo de salud de referencia, desde el primer nivel de atención, mediante la asignación de números para consultas tanto espontáneas como programadas,asegurando la continuidad de su atención en

los siguientes niveles,

3.2 - Dotar a los distintos niveles de atención, y en particular al primer nivel, de la paraclínica y de la medicación necesaria para incrementar su capacidad de resolución. Adecuación del Vademécum por niveles de atención, en particular en el Primer Nivel, regido por las pautas de atención pediátrica, con incorporación de controles periódicos sobre uso racional y adecuado de la medicación.

3.3 - Fortalecer los mecanismos de referencia y contra-referencia con criterios de riesgo, asegurando la llegada oportuna de los usuarios enfermos en cada subsistema a los niveles correspondientes, a través de mecanismos que incluyan un traslado digno y oportuno, registros evaluables e información pertinente, así como apoyo a la familia para asegurar un vínculo adecuado.

3.4 - Definir la mejoras necesarias en la vigilancia epidemiológica en cada nivel de atención, optimizando el manejo local de la información generada y adecuando las estrategias en función de las mismas.

3.5 - Profundizar la aplicación de la Estrategia AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia) apuntando a constituir la como Estrategia Nacional de Atención del Primer Nivel (incluye atención de niños hasta los 5 años). Realizar actividades de capacitación con todos los efectores del primer nivel. Actividades de evaluación y seguimiento de dicha estrategia.

3.6 - Definir pautas de atención normatizadas para otras patologías prevalentes, incorporando mecanismos de evaluación epidemiológica, de procesos y de resultados, en los niveles que correspondan. Incluir el análisis de patologías complejas vinculados al campo social, como el abuso y el maltrato, aún no visibilizadas en la información epidemiológica e insuficientemente pautadas.

3.7 - Aplicar criterios de riesgo socio-sanitario y establecer normas de seguimiento en aquellas patologías cuyo control se priorice, en particular las vinculadas a los déficits nutricionales y los desvíos en las alteraciones del desarrollo.

3.8 - Definir a nivel local, con otros actores institucionales del sector y extra sector salud, así como con actores comunitarios, las prioridades en el diagnóstico zonal de déficit de salud en la infancia y adolescencia, incorporando sus propuestas e intervenciones a los planes locales de trabajo vinculados a prevención primaria y secundaria.

3.9 Integrar la vigilancia de los tóxicos ambientales en especial plomo para identificar situaciones de riesgo e implementar medidas de prevención y tratamiento.

#### **OBJETIVO ESPECIFICO 4:**

4.1 - Instalación de los Comités de Auditoría de Muerte por Departamento y Comité Central, bajo la responsabilidad de la Dirección General de la Salud (DIGESA) Programa Nacional de de Salud de la Niñez

4.2 - Funcionamiento de los mismos en coordinación con todos los servicios de salud públicos y privados del país. Visitas, contactos, auditorías conjuntas, elaboración de informes periódicos y recomendaciones.

4.3 - Elaboración de propuestas / planes por parte de DIGESA orientadores de la capacitación permanente a los Servicios de Salud Públicos y Privados, en función de las prioridades que surjan de la aplicación y evaluación del Programa

4.4 - Análisis y difusión, por parte de DIGESA, de los datos estadísticos y

epidemiológicos periódicos, y promoción de Talleres / Encuentros de Divulgación y análisis.

4.5 – Creación de espacios de coordinación entre instituciones y referentes de atención a la infancia para diseños conjuntos de campañas promocionales.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 5**

5.1.- Formación de grupos de trabajo institucionales para el desarrollo de Programa de Mejora Continua de la Calidad de atención de la infancia.

5.2.- Definición de los indicadores de calidad de atención del niño y mecanismos de monitoreo y control de los mismos.

5.3.- Desarrollo de encuestas de opinión periódicas en salas de espera.

## **RECURSOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

#### **Interdisciplina – trabajo en equipo**

La atención a la salud de niños / niñas y adolescentes exige particularmente un abordaje integral, en etapas evolutivas de crecimiento y desarrollo que deben ser contempladas en todas sus potencialidades. Por esto es que se define, en estas áreas, la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario, que posibilite miradas y saberes múltiples, y favorezca su integración en campos de trabajo con mayor o menor planificación, según los niveles de atención y los niveles de prevención de que se trate.

En particular, las intervenciones en promoción de salud exigirán la participación interdisciplinaria, o la mirada interdisciplinaria de los abordajes, constituyéndose este proceso a través de construcciones colectivas según cada ámbito institucional o local

El trabajo en equipo en los distintos niveles de atención, planificando tareas que involucren distintos actores técnicos según requerimiento y facilitando evaluaciones conjuntas que mejoren el actuar y transversalicen los saberes, será posible, entre otras formas, a través de instancias de reuniones periódicas acordadas a nivel institucional (ejemplo: reunión del área de atención al niño en el primer nivel, reunión del equipo de atención al niño en un centro hospitalario)

La formación de equipos interdisciplinarios es una construcción colectiva que exige una democratización del poder entre los distintos actores, desde el / la pediatra hasta el administrativo, pasando por el personal de enfermería, de nutrición, y otros. El reconocimiento de los roles de cada cual y de su aporte hacia la integralidad de los mensajes e intervenciones es el primer paso hacia la escucha respetuosa y la construcción conjunta.

Integración de los equipos de atención:

- • Equipo de atención integral: Eje longitudinal: pediatra, enfermero/a, administrativo/a, (eventualmente médico/a de familia) con eje transversal de apoyo: odontólogo, nutricionista, psicólogo/a, trabajador/a social.

La integración de ambos equipos en el tiempo y el espacio será requisito necesario para el

actuar interdisciplinario y el abordaje integral.

- • Otras especialidades: de acuerdo a las patologías prevalentes y a las prioridades planteadas, la intervención de técnicos de distintas disciplinas para fortalecer la integralidad y atender precozmente los desvíos de la normalidad deberán estar ubicados en el primer nivel de atención. (ejemplo: psicomotricistas y fonoaudiólogos, oftalmólogos y otorrinolaringólogos, neuropediatras, psiquiatras infantiles)

## **RECURSOS MATERIALES / INSTALACIONES FÍSICAS**

Este programa prevee la evaluación de las instalaciones donde se brinda atención a la infancia y adolescencia, en base a la aplicación de las pautas de habilitación vigentes en el MSP, estándose asimismo en función de las siguientes recomendaciones generales, en particular para el primer nivel de atención:

- • Espacios de consulta adecuados en higiene, confidencialidad y confort
- • Adecuación técnica para acciones de medición y diagnóstico
  - □ Existencia de instrumentos de medición antropométrica para niños y adolescentes hasta los 14 años de edad, con acceso a las tablas adecuadas por parte del equipo de salud.
  - □ Existencia de insumos diagnósticos elementales de acuerdo a la pauta (incorporación del esfingomanómetro para niños y adolescentes en todos los niveles de atención, otoscopio, cartilla de agudeza visual en el primer nivel)
- • Espacio informativo y promocional adecuado:
  - □ Carteleras informativas claras con los servicios, sus horarios y formas de acceso.
  - □ Carteleras promocionales atractivas con renovación de mensajes sencillos y evaluados.
  - □ Aplicación de otros instrumentos de promoción: juegos, videos, grabaciones, etc.
  - □ Espacios de entretenimiento para niños en sala de espera, incorporando espejos y materiales didácticos.
  - □ Salón de Uso Múltiple: Espacio de reunión para madres / padres y familia que se convierta en un elemento más del control de salud, con participación técnica múltiple y también de actores comunitarios.
- • Acceso facilitado a interconsultas básicas: odontólogo, inmunización, psicólogo, ginecólogo, trabajador social.

## REGISTROS

**HISTORIA CLINICA:** Historia Clínica del Niño/a que facilite el seguimiento longitudinal y transversal, (de forma óptima integrada a un Sistema de Información).

**CARNÉ DE SALUD:** Utilización a nivel nacional de un Carné de Salud del Niño único que facilite el monitoreo familiar del control y los riesgos.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN:** Desarrollo de sistemas de información que incluyan las acciones preventivas, de promoción y que posibiliten el seguimiento. Contar con un adecuado sistema de seguimiento acorde a cada nivel de complejidad ( tarjeta de seguimiento de controles, o planilla electrónica de concurrencia)

**SISTEMA DE VIGILANCIA:** Integrar activamente desde cada servicio la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en patologías prevalentes. Brindar información en tiempo y forma, y definir los mecanismos de devolución de información para su análisis local.

## INDICADORES.

Se enumeran indicadores por objetivo específico.

### Objetivos específico 1:

- • Diagnóstico de salud de la infancia según territorio, con participación de efectores y actores comunitarios
- • Plan de acción diseñado
- • Plan de acción evaluado

### Objetivos específicos 2 y 3

- • Programa aduana: captación de RN y perfil de población:
  - = Nº de RN captados sobre el total de RN referidos
  - = Nº de captaciones espontáneas (fuera de la referencia desde la maternidad)
  - = Perfil global de población RN a controlar: peso al nacer (Bajo peso y MBP), madre adolescente (10 a 14 y 15 a 19), Escolaridad materna (menor de 6 años / mayor de 6)
  - = Visitas domiciliarias de captación
- • Control del niño/a de 0 a 24 meses:
  - = Porcentaje de controles sobre el total de consultas
  - = Promedio de controles al 6 mes, al 12 mes, al 24 mes
  - = Evaluación nutricional 6º, al 12º y al 24º mes
  - = Prevalencia de lactancia exclusiva y general..
  - = Evaluación del desarrollo según edades
  - = Inmunizaciones al control 12º mes
  - = Participación en grupos de promoción de salud
  - = Observatorio de patologías: prevalencia de IRA, EDA, otras.
- • Control del niño/a de 2 a 4 años:
  - = Porcentaje de controles sobre consultas en niños de 2 a 4 años
  - = Intensidad de uso en 2 años, en 3 años, en 4 años
  - = Evaluación del estado nutricional a 2 años, en 3 años, en 4 años

= Evaluación del desarrollo en control en 2 años, en 3 años, 4 años  
= Observatorio de patologías (respiratorias, parasitarias, etc)

- - Control del niño/a de 5 a 9 años  
= Porcentaje de controles sobre consultas  
= Intensidad de uso en controles de 5 a 9 años  
= Evaluación del estado nutricional  
= Observatorio de patologías
- - Control del niño/a de 10 a 14 años  
= Porcentaje de controles sobre consultas  
= Intensidad de uso en controles de 10 a 14 años  
= Evaluación Nutricional  
= Observatorio de patologías

Objetivo específico 4

= Instalación de los Comités de Auditorías Central y por departamento  
= Descenso de la mortalidad infantil y de niños hasta 15 años

Objetivo específico 5

Protocolos de control de calidad y satisfacción de usuarios generados

Proporción de adecuación al control de calidad esperado.

Evaluación de satisfacción de trabajadores y usuarios.