

ANEXO 1

Normas técnicas y administrativas del **Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años**

*DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA*

Normas técnicas y administrativas del **Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años** 2024

Autoridades

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre M.
Ministro de Salud

Dra. Ivette Berrío A.
Viceministra de Salud

Dr. Alessandro Ganci.
Secretario General

DIRECTORES DEL MINISTERIO DE SALUD

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dra. Ivone Villarreal De León
Directora de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Gabriela de Salazar
Directora de Promoción de la Salud

Dr. Félix Correa
Director de Planificación

AUTORIDADES DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Enrique Lau
Director General de la Caja de Seguro Social

Magister. Edwin Rodríguez
Subdirector de la Caja de Seguro Social

COMISIÓN TÉCNICA COORDINADORA Y EDITORA DE LA NORMA

Dra. Geni Hooker
Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dr. Edgardo Ureña C.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Sección de Tamizaje Neonatal

Dr. Mario Rodríguez
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Yamilette Rivera
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Apoyo Técnico en Neurodesarrollo

Dra. Amarilis Meléndez
Sección de Tamizaje Neonatal

Dra. Sonia Trujillo M.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Amarelis Quintero
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Dora Polanco
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Julia Robles de Domínguez
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Micaela Morales de Vigil
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

COOPERACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA INTERNACIONAL

Yohana Amaya
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF

Dra. María Sabina Ah Chu, Consultora
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF

REVISIÓN, 2024

EQUIPO TÉCNICO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA NORMA

Coordinadores Regionales de Niñez

Dra. Mitzila Rosas	Región de Salud de Panamá Metro
Licda. Anayansi Acosta	Región de Salud de Panamá Este
Dra. Lilibeth Ureña	Región de Salud de San Miguelito
Licda. Melva Molinar	Región de Salud de Colón
Licdo. Arlan Víquez	Región de Salud de Panamá Oeste
Dra. Iris Cajar	Región de Salud de Panamá Metro
Dra. Harinder Quintero	Región de Salud de Darién
Dra. Leslie Lao de Rojas	Región de Salud de San Miguelito
Licda. Cecilia Sanjur Jiménez	Región de Salud de Panamá Norte
Dra. Doris Vargas	Región de Salud de Panamá Norte

Dirección General de Salud (DIGESA)

Licda. Julia de Domínguez	Sección de Niñez y Adolescencia
Licda. Dora Polanco	Sección de Niñez y Adolescencia
Licda. Amarelis Quintero	Sección de Niñez y Adolescencia
Dr. Mario Rodríguez	Sección de Tamizaje Neonatal
Dra. Amarilis Meléndez	Sección de Tamizaje Neonatal
Licda. Esmeralda Pimentel	Departamento de Salud Bucal
Licdo. Alfredo Sevillano	Departamento de Saneamiento Ambiental
Dr. Víctor Wong	Coordinación del SEIS
Dra. Delia De Icaza	Sección de Salud Mental
Dra. Geneva González	Sección de Salud Sexual y Reproductiva
Dr. Gaspar Da Costa	Sección de Cuidados Paliativos
Magister Itzel Slocum	Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Licdo. David Cortez	Departamento de Laboratorio Clínico
Licdo. Guillermo Santamaría	Oficina de Asesoría Legal de DIGESA

Dirección de Provisión de Servicios

Licda. Ángela Ortega	Departamento de Salud Nutricional
Licda. Nilka López	Departamento de Salud Nutricional
Licda. Betzabel de Miranda	Departamento de Trabajo Social
Licda. Luisa Osorio	Departamento de Monitoreo y Evaluación
Licda. Yimara Vergara	Departamento de Trabajo Social

Dirección de Promoción de la Salud

Dra. Nubia Pimentel	Sección de Niñez
Licda. Marisella Dutter	Sección de Niñez

Dirección de Planificación de la Salud

Licdo. Alvis Ruiloba	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Maskil Solís	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Anayansi Tejada	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Guillermina M'cleary	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Cristina Murillo	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Edia Cortez	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Marisol Aguilar	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Leslie Mojica	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Licda. Jokana Moodie	Departamento de Registros y Estadísticas de Salud (REGES)
Dra. Fania de Roche	Departamento de Salud de la Población

Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad

Licda. Yaritzel Arosemena	Directora
---------------------------	-----------

Comisión Nacional de Cáncer Infantil

Dra. Karina Quintero	Pediatra Oncóloga
----------------------	-------------------

Caja de Seguro Social

Dr. José Leonardo González	Programa Materno Infantil
Dra. Irela Miranda de Cortizo	Atención Primaria en Salud
Dra. Saskia Bermúdez	Pediatra Neuróloga
Dra. Yadia Vergara	Pediatra Neuróloga
Dr. Yuri Toala	Pediatra -Neonatólogo
Dr. Domingo Stanziola	Programa Materno Infantil
Licda. Natividad Mendoza	Programa Materno Infantil
Licdo. José Ramiro López	Departamento de Nutrición
Licdo. Héctor Moreno	Departamento de Nutrición

Hospital José Domingo De Obaldía

Dra. Hilda de Candanedo Pediatra Neuróloga

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Dra. Teresa Chávez	Pediatra Genetista
Dra. Noris Moreno de Flagge	Pediatra Neuróloga
Dra. Marion Alleyne	Pediatra Neuróloga
Dra. Carmen Báez	Pediatra Neuróloga
Dr. Francisco Lagrutta	Pediatra Nutriólogo

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE)

Licdo. José Herrera	Departamento de Estimulación Temprana
Licda. Leisdiana Batista	Coordinadora Nacional de Fisioterapia

Sociedades Científicas

Dra. Marvis Corro	Sociedad Panameña de Pediatría
Dra. Ivonne de Regalado	Sociedad Panameña de Pediatría
Dra. Yesenia Williams	Sociedad Panameña de Pediatría
Dra. Maryorie Bonilla	Sociedad Panameña de Pediatría
Dra. Thagrid Natsheh	Sociedad Panameña de Pediatría
Dra. Isabel Lloyd	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
Dra. Julissa Garisto	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
Dra. Bleixen Admadé	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
Licda. Jesica Jaén de Granados	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
Licda. Elsa Varela	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
Licdo. José Luis Álvarez	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
Dr. Carlos Brandao	Sociedad Panameña de Medicina General
Dra. Scarlett Sinisterra	Sociedad de Cardiología Pediátrica de Panamá
Dra. Rita Yee	Sociedad Panameña de Oftalmología
Dra. Amarilis Meléndez	Sociedad Panameña de Otorrinolaringología

ÍNDICE GENERAL

Autoridades.....	ii
Comisión técnica coordinadora y editora de la norma.....	iii
Equipo técnico de revisión y validación de la norma	iv
INDICE GENERAL.....	7
ABREVIATURAS MAS USADAS	11
PROLOGO	13
INTRODUCCIÓN.....	14
FUNDAMENTO LEGAL	16
CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES	
SITUACIÓN DE LA NIÑEZ	17
OBJETIVOS	22
ÁMBITO DE APLICACIÓN	22
AUTORIDAD COMPETENTE	22
VIGENCIA DE LA NORMA	22
PROCESOS DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA NORMA.....	22
DEFINICIONES	23
CAPÍTULO II NORMAS ADMINISTRATIVAS	
ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE NIÑEZ	27
Regionalización y sectorización de los servicios de salud de la niñez	27
Niveles de complejidad	27
Unidades técnicas administrativas del programa de niñez	27
SERVICIOS DE SALUD PARA LA NIÑEZ DESDE EL NACIMIENTO	
HASTA LOS 9 AÑOS	30
Los derechos del niño en los servicios de salud	30
Recursos humanos	31
Competencias del recurso humano	32
Estándares básicos del Programa de Niñez	38
Planificación	38
Universo	39
Cobertura	39
Concentración	40
Rendimiento de la atención	40
Presupuesto	41
Sistema de información	41
1.Organizacion del sistema de información	41
2.Monitoreo y supervisión	42
3.Evaluación	43
4.Indicadores	43
5.Investigación	43

6. Sistema de vigilancia epidemiológica de la morbilidad y la mortalidad de la niñez	43
--	----

CAPITULO III NORMA TÉCNICA ATENCIÓN DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS NUEVE AÑOS

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN	45
Actividades de atención integral e integrada	45
Atención de la morbilidad.....	46
Atención de crecimiento y desarrollo.....	47
Tamizaje neonatal.....	49
Expediente clínico e historia clínica para los menores de 9 años	51
Libreta del niño y del adolescente.....	52
Orientación y consejería para el cuidado del desarrollo infantil temprano pautas de crianza	53
Promoción, protección y fomento de la lactancia materna.....	53
Visita domiciliaria	55
Tarjeta de seguimiento de casos	56
Atención a los niños con cáncer, enfermedades crónicas, anomalías congénitas y otras condiciones que están asociadas con necesidades especiales	57
Atención a niños escolarizados y en los CAIPIS. Programas de salud Escolar.....	57

CAPITULO IV ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DESDE EL RECIÉN NACIDO HASTA LOS 9 AÑOS SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

ATENCIÓN DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS NUEVE AÑOS	59
ATENCIÓN HOSPITALARIA	59
Atención hospitalaria y/o centros materno infantil del recién nacido al momento del parto	59
Atención del recién nacido enfermo	61
Atención de los niños prematuros o con bajo peso al nacer	62
MANEJO AMBULATORIO SEGÚN GRUPO DE EDAD	63
Atención del recién nacido de 0 a 7 días	63
Atención ambulatoria del niño/a de 8 a 28 días de nacido	65
Atención del niño entre los 29 días y 2 meses de edad	66
Atención ambulatoria del niño entre los 3 a 11 meses de edad	68
Atención ambulatoria del niño/a de 1 a 4 años	70
Atención ambulatoria del niño/a entre los 5 a 9 años	73
Atención del niño menor de 9 años en los puestos de salud	74
Atención del niño desde el hogar y la comunidad	76

CAPÍTULO V ATENCIÓN A NIÑOS EN SITUACIONES ESPECIALES

ATENCIÓN DEL NIÑO DE 0 A 9 AÑOS EN CASO DE DESASTRE	78
Atención integral en salud a los niños en riesgo o en situación de trabajo infantil u otras formas de maltrato	79
Niños institucionalizados en albergues u hogares de acogida y niños migrantes.....	79
BIBLIOGRAFÍA	81
CITAS	85
ANEXO 2. INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS COMPLEMENTARIOS DE NORMA TÉCNICA-ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 9 AÑOS.....	88

Índice de Anexo 2

ANEXO N° 2.1 Cronograma de actividades en la consulta de crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 9 años.....	89
ANEXO N° 2.2 Cronograma de consulta por el profesional de apoyo para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 9 años	90
ANEXO N° 2.3 Anamnesis Pediátrica (HCP15)	91
ANEXO N° 2.4 Evolución Infantil (HCP 16).....	93
ANEXO N° 2.5 Curvas para la evaluación del crecimiento (OMS)	94
ANEXO N° 2.6 Cálculo de la edad cronológica	102
ANEXO N° 2.7 Perfil para la evaluación del desarrollo	104
ANEXO N° 2.8 Flujograma para el seguimiento del niño sin riesgo	106
ANEXO N° 2.9 Flujograma para el seguimiento del niño con trastorno del Neurodesarrollo	107
ANEXO N° 2.10 Evaluación del Desarrollo Infantil Temprano del Niño (EDI modificado).....	109
ANEXO N°2.11 Lista de verificación para el autismo en niños pequeños (m-chat/es).....	124
ANEXO N°2.12 Formulario de solicitud de cupo especial para pacientes con alteración del neurodesarrollo	126
ANEXO N°2.13 Códigos de Registros de actividades	127
ANEXO N°2.14 Formulario de Referencia de Seguimiento de la Lactancia Materna	128
ANEXO N° 2.15 Formulario de Programación-Evaluación	129

ANEXO N° 2.16 Tarjeta de Seguimiento de Caso, Programa Escolar y Adolescente.....	131
ANEXO N° 2.17 Registro Diario de Visita Domiciliaria	133
ANEXO N° 2.18 Formulario de Supervisión y Monitoreo de las actividades del Programa de Niñez	135
ANEXO N° 2.19 Monitoreo y Supervisión de la condición de salud en albergues.....	147
ANEXO N° 2.20 Monitoreo y Supervisión de la condición de salud en CAIPIS	153
ANEXO N° 2.21 Formulario de Auditoria de la muerte en niños de 0 a 9 años	159
ANEXO N° 2.22 Formulario de Autopsia Verbal del niño de 0 a 9 años.....	175
ANEXO N° 2.23 Implementación del enfoque intercultural en la instalación de salud	181
ANEXO N° 2.24 Lista de indicadores para la evaluación del Programa de Niñez.....	182

ABREVIATURAS MÁS USADAS

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
BHC	Biometría Hemática Completo
BT	Bilirrubina Total
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIPI	Centros de Atención Infantil para la Primera Infancia
CCYD	Control de Crecimiento y Desarrollo
CEFACEI	Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial
CGR	Contraloría General de la República de Panamá
CMV	Citomegalovirus
CSS	Caja de Seguro Social
C y D	Crecimiento y Desarrollo
DE	Desviaciones Estándar
DSM -5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
DPI	Desarrollo en la Primera Infancia
ET	Estimulación Temprana
EDI	Evaluación del Desarrollo Infantil
HCPN	Historia Clínica Perinatal
HDN	Hospital del Niño
IMC	Índice de Masa Corporal
IMC/E	Índice de Masa Corporal para la Edad
IPHE	Instituto Panameño de Rehabilitación Especial
Kg, kgs	Kilogramo, kilogramos
Lb, lbs	Libra, libras

MEDUCA	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MCC	Modelos de Crianza Cariñosa
MUAC	Circunferencia Media Superior del Brazo (de sus siglas en inglés)
ND	Neurodesarrollo
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
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
REGES	Registros y Estadísticas de Salud
RDA	Registro Diario de Actividades
RRHH	Recursos Humanos
SEIS	Sistema Electrónico de Información en Salud
SENNIAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
SURCO	Sistema Único de Referencias y Contrarreferencias
TDAH	Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad
T/E	Talla para la Edad
UDELAS	Universidad de las Américas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VD	Visita Domiciliaria

Prólogo

Todos los niños y todas las niñas son valiosos e importantes. Contemplándose 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, para el sector salud, se presenta un horizonte diferente en el que se vislumbran nuevos retos, como el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, 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 desde el Nacimiento a los 9 años, representan la voluntad del Estado y el compromiso institucional de garantizar respuestas para la plena satisfacción de las necesidades sanitarias de esta población. Contempla la diversidad de las necesidades de este segmento poblacional, especialmente hacia los grupos más vulnerables. Se aboca a la tarea de ofrecer una respuesta de manera equitativa y sostenible, enfocando la atención continua a través del ciclo de vida, desde el hogar y la comunidad hasta los servicios de salud.

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.

Por tanto, este documento constituye el marco de salud y atención que debe recibir la niñez, conjugando elementos guías para que los actores claves de salud realicen la práctica asistencial segura y eficaz con la finalidad de brindar un mejor servicio a los niños de Panamá.

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

Introducción

El Estado panameño, como signatario de las Naciones Unidas ante el compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), aceptó el reto de intensificar los esfuerzos hasta el 2030, de reducir la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático y siguiendo los lineamientos de la Estrategia mundial de salud de las mujeres, niños y adolescentes y el plan de acción “Todos los Recién Nacidos”, de lograr el desarrollo social, económico y ambiental de las mujeres, niños y adolescentes propone tres objetivos en el Plan Global: sobrevivir: poner fin a las muertes prevenibles; Prosperar: asegurando la salud y bienestar y transformar: ampliar entornos favorables.¹

Las mujeres, los niños y adolescentes son el centro de los esfuerzos por alcanzar los ODS, ya que estos promueven las condiciones necesarias para alcanzar la meta común de desarrollo humano pleno, para todos, desde el inicio de la vida; alianzas y sinergias a través de la articulación entre sectores y la participación de todos los actores.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 atenciones e intervenciones a este grupo, así como las tareas del personal de salud.

La revisión de las normas del 2009 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 basados en las evidencias científicas y centrándose en el niño, la familia y la comunidad. 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 del país.

Varios elementos se pretenden introducir a través de esta revisión, quizás el principal sea el propósito de garantizar el derecho a la salud de cada niño en el país y que alcance un desarrollo integral óptimo mediante procesos e intervenciones para el desarrollo infantil temprano (DIT).

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 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 concebir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Una vez iniciada la gestación se pretende dar el cuidado de mayor calidad, durante el control prenatal, 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 continuo de cuidados y de ciclo vital adquiere relevancia cuando se integra en la estrategia renovada 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. 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

Aunque los propósitos establecidos para estas normas no abarcan las formas regulatorias que garanticen 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 la acción, y a la vez como herramienta de libertad, esto es, como un recurso que le permite amalgamar mayores grados de autonomía sujeto a control democrático”*⁸.

La evidencia científica señala la importancia del desarrollo infantil temprano 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 atenciones, intervenciones y

cuidados para el desarrollo infantil temprano a todos los niños y orientación a los familiares para continuar los procesos en el hogar.

La salud de los recién nacidos, niños, depende en gran medida de la salud de su madre, por lo que los esfuerzos de las acciones e intervenciones en salud debe ser con similar intensidad para lograr la salud y bienestar de ambos.

El cumplimiento de las normativas para la atención del recién nacido debe 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.

Esta norma incorpora intervenciones de promoción, prevención y atención, para el grupo poblacional de 0 a 9 años, a partir de las mismas se define posteriormente, una cartera de servicios para ofrecer a grupos de niños que por diversas razones se encuentran recluidos en instancias protectoras (albergues, hogares, centros de rehabilitación) y/o centros educativos (escuelas, CAIPI, internados) aprovechando así la oportunidad para desarrollar acciones e intervenciones de manera coordinada con instituciones responsables de las diversas situaciones.

Hay que destacar que la elaboración de este documento es fruto de la revisión sistemática de la literatura con el apoyo de los expertos del país, los integrantes de la Comisión Técnica Revisora y expertos de los organismos internacionales que durante meses participaron en el análisis de la situación de la salud de la población infantil y de las mejores evidencias de intervención en aras de ofrecer servicios de calidad para fortalecer la salud integral de la niñez panameña.

Fundamento Legal

El artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece “El Estado debe velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.”

El Código Sanitario (Ley 66 de 10 de noviembre de 1947) establece en su artículo 1 “Este Código regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higienes públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa”.

El Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969, 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 intrainstitucionales, 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.

La Ley N.º 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.

La Ley N° 171 del 15 de octubre de 2020, de Protección Integral a la Primera Infancia y al

Desarrollo Infantil Temprano. Que establece la protección integral de los derechos de los niños en la primera infancia en todo el territorio nacional.

La Resolución N.º 599 de 25 de junio de 2009, Gaceta Oficial 23339, dicta e implementa las Normas Técnicas y Administrativas de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años que establece en su propósito garantizar el derecho a la salud a cada niño de este país. Establece que la “Atención en los servicios de salud, y la atención clínica se realizará según la guía de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de OPS/OMS, que han sido adecuadas para su aplicación en el país”. La Ley 285 del 15 de febrero de 2022: Que crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia y dicta otras disposiciones.

La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025 (Ministerio de Salud de Panamá, 2018), en su Política 3, establece: Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad. Objetivos Estratégicos (OE). 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Líneas de Acción (L.A) 3.1.1. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

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 salud¹⁰.

La población estimada para la República de Panamá para el año 2021 es 4, 339 ,027 habitantes¹¹ en donde la población entre 0 y 9 años es de 738,914. De este grupo el 10% son menores de 1 año es decir 74,447; el 39.9% tienen entre 1 a 4 años y el 50% están entre 5 a 9 años.

El 95% de los partos en Panamá, según INEC, 2019 fueron atendidos por profesionales de salud. Sin embargo, en las comarcas y en las provincias de Darién y Bocas del Toro existe una cuota importante de partos que se dan fuera de instalaciones de salud, normalmente en el hogar, y que son atendidos por comadronas, madres, amigas, vecinas y paramédicos, entre otros¹².

En áreas de Panamá, como la comarca Ngäbe-Buglé, el 19% de los nacimientos no se registra, por lo que hay niños, niñas cuyos datos del nacimiento pasan desapercibidos^{15 13}. Entre las principales causas de las brechas evidenciadas, se encuentra la desigual distribución territorial de instalaciones y personal de salud¹⁴.

Según cifras de la Contraloría General de la República (CGR-INEC), la República de Panamá presenta un franco aumento en la tasa de mortalidad infantil en el quinquenio 2016 - 2019 de 12.3 a 14.8 x 1000 nacidos vivos.

La mortalidad durante el primer año de vida se ha concentrado en el período neonatal(53%) y la post neonatal se ha estancado ha permanecido igual analizando los datos del MINSA del último lustro¹⁵. Según el CGR-INEC, la tasa de mortalidad neonatal para 2019 refleja que fallecen 8.8 recién nacidos durante las primeras cuatro semanas de vida por cada 1,000 recién nacidos vivos¹². En este tramo de edad, los mayores riesgos se asocian a causas endógenas entre las que se encuentran malformaciones congénitas, nacimiento prematuro y otras afecciones relacionadas con la vida uterina y el proceso de parto¹⁵.

Para el año 2020, respecto a las principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años, se reportan las enfermedades respiratorias y gastrointestinales como las principales causas en este grupo etario. En este grupo las principales causas de mortalidad corresponden a causas gastrointestinales, causas externas y respiratorias. Fuente REGES del MINSA 2020.

En el grupo de 5 a 9 años, las causas externas (accidentes, lesiones y violencia) son las que cobran la mayor cuota de muertes, en segundo lugar, de mortalidad para este grupo lo ocupan las neoplasias infantiles. Fuente REGES del MINSA 2020.

En el año 2017 se realizó un Informe de Monitoreo de la Situación Nutricional a nivel de todo el país (MONINUT 2017)¹⁷. Según este el principal problema de malnutrición en los niños menores de 5 años fue la baja talla para la edad, con una prevalencia del 16.3% a nivel nacional. La baja

talla es una consecuencia de la desnutrición crónica y una barrera para el pleno desarrollo físico y cognitivo de los niños. La severidad de este problema se clasificó como muy alta en la Comarca Guna Yala (prevalencia del 59.1% y en aumento) y como moderada en la Comarca Ngäbe-Buglé (25.6%, en disminución). El resto de las regiones de salud presentaron valores inferiores al 20% (severidad leve). Según datos recopilados por UNICEF¹⁶, el estado nutricional de los niños de 5 a 9 años presentó una prevalencia preocupante del exceso de peso: 29.9% a nivel nacional (18.8% sobrepeso y 11.1% obesidad).

Según el Plan Maestro (2018-2025) partimos de la medición base del 2015 según la cual los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, solo el 21.5% recibían lactancia materna exclusiva¹⁸. Según ENASSER 2014-2019, las prácticas de lactancia artificial (fórmulas lácteas) se relacionan directamente a los riesgos de contraer enfermedades respiratorias, diarreicas y desnutrición, además de otras enfermedades crónicas como obesidad y diabetes.¹⁹ En el estudio Sistema de Información Geográfico interactivo de la Encuesta Nacional de Salud en Panamá (ENSPA) realizado por el Instituto Conmemorativo Gorgas en 2019 el 1,3% de los menores de 4 años, en el año 2019, están en estado de emaciación.

La infección por el VIH en Panamá tiene características de epidemia concentrada con una prevalencia menor al 1% en la población general. En el 2018 se registraron 33 nuevos casos en personas menores de 5 años, posiblemente por transmisión materno-fetal¹⁶.

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 ²⁰.

Uno de los problemas que requiere acción inmediata es la violencia hacia la niñez, que se presenta desde la primera infancia²⁹⁻³⁰. En Panamá, 45% de los niños reciben métodos de disciplina violenta en el hogar (según la encuesta MICS de 2013)³¹. La violencia sexual afecta primordialmente a niñas y adolescentes mujeres (91%)³².

Otro punto de alarma es el aumento sostenido de la población migrante y refugiada que atraviesa la selva del Darién¹⁶⁻³³, que en 2019 registró un flujo que se duplicó en el 2018. Mucho más en el caso de niños, niñas y adolescentes, que pasó de 522 migrantes a 3,956.

La cobertura de la atención del crecimiento y desarrollo en la población menor de 1 año en el año 2019 fue de 55.6% y en la población de 1 a 4 años para el mismo año fue aún menor en 34.1% situación en sí misma preocupante¹⁹. Sin embargo, es más preocupante que los niños panameños no reciben una buena vigilancia del crecimiento y desarrollo evidenciado con solo 2 visitas de control por niño, al año. La cobertura de servicios en menores de 5 años es del 62% manteniendo rangos muy amplios entre las regiones para este mismo año.

Por otra parte, para lograr el desarrollo social, económico y ambiental de las mujeres, niños y adolescentes la estrategia mundial de salud de las mujeres, niños y adolescentes y el plan de acción "Todos los Recién Nacidos"²¹ propone: tres objetivos en el Plan Global: sobrevivir: poner fin a las muertes prevenibles mediante la reducir la MM, MN, Mortalidad <5 años; terminar la epidemia de VIH, TB, Malaria,

Enfermedades desatendidas, reducir en un tercio la muerte prematura por enfermedades crónicas; prosperar: asegurando la salud y bienestar, mediante la eliminación de todas las formas de malnutrición, el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, acceso a servicios de desarrollo infantil, reducir la contaminación ambiental y alcanzar cobertura universal de salud; transformar: ampliar entornos favorables, erradicar la pobreza extrema, garantizar educación primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad, eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, lograr el acceso universal y equitativo a agua potable y a servicios de saneamiento e higiene²¹⁻²², fomentar la investigación científica, mejorar las capacidades tecnológicas y alentar la innovación, dotar a todas las personas de identidad jurídica, incluido el registro de los nacimientos, reforzar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible²¹. Este plan se basa en los ODS.

Panamá es signataria de compromisos importantes internacionales de niñez⁴⁹ 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 Sostenible, Estrategia mundial de salud de las mujeres, niños y adolescentes y el plan de acción Todos los Recién Nacidos²¹. 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 sanitario²³⁻²⁴.

El Plan Nacional de niñez y adolescencia 2018 – 2025, presenta como pilares estratégicos²⁵:

1) Atención integral en la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, con un enfoque de derechos, de continuo de cuidados durante el ciclo de vida y acceso universal, **2)** Gestión de los programas de salud integral reforzando las alianzas mediante la articulación interinstitucional, intersectorial 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 que impone los ODS, para el bienestar de la población menor de 9 años son:

Objetivos	Metas	Estrategias
1. Fin a la pobreza Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.	1.3. Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.	Establecer y monitorear la gratuidad en los servicios de la niñez, especialmente los más vulnerables.
2. Hambre cero Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.	2.2. De aquí al 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar al 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso de crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.	Ofreciendo servicios de promoción y cuidado de la salud, servicios de prevención de los problemas de alimentación y nutrición. Captando tempranamente el problema de malnutrición, abordarlo y manejarlo oportunamente.
3. Salud y bienestar Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades.	3.1. De Aquí al 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos del 70 por cada 10000 nacidos vivos. 3.2. De aquí al 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos al 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de los menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos.	Habilitando los servicios de Cuidados Obstétricos y neonatales. Fortaleciendo los servicios de atención primaria. Capacitando al RRHH en los tres niveles de atención.
5. Igualdad de género Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.	5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privados, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación. 5.c. Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.	Identificar y captar durante la atención las formas de violencia y llenar el “formulario de sospecha de violencia”. Desarrollar procesos de ICE.
6. Agua limpia y saneamiento Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.	6.1. De aquí al 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando atención especial a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad. 6.b. Apoyar y fortalecer la participación de las comunidades locales en la mejora de la gestión del agua y saneamiento.	Organización comunitaria y promover la participación de las personas como gestor de su salud y bienestar.

8. Trabajo decente y crecimiento económico Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos.	8.7. Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados y, de aquí al 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas.	Alianza con MITRADEL. Búsqueda de casos mediante la captación durante la atención. Llenado del formulario de sospecha de trabajo infantil.
11. Ciudades y comunidades sostenibles Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.	11.7. De aquí al 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.	Promover escuelas, parques, comunidades, servicios y atención saludable.
12. Producción y consumo responsable Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.	12.8. De aquí al 2030, hay que asegurar que las personas de todo el mundo tengan la información y los conocimientos pertinentes para el desarrollo sostenible y los estilos de vida en armonía con la naturaleza.	Programas de educación alimentaria.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.	16.9. De aquí al 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos.	RAIPI Llenado del certificado de nacimiento.
17. Alianzas para lograr los objetivos Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.	17.17. Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, pública-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de la alianza. 17.18. Apoyo a la creación de capacidades en materia de ciencia, tecnología e innovación y aumentar la utilización de las tecnologías instrumentales, en particular las tecnologías de la información y de las comunicaciones.	RAIPI Capacitación al RRHH en las TICs.

Objetivos

a). Generales

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

b). Específicos

1. Mejorar la calidad de la atención en los servicios para niños desde el nacimiento hasta los 9 años.
2. Ofrecer a todos los profesionales y técnicos de salud que participen en la atención de los niños, desde el nacimiento hasta los 9 años, 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.

2. Ámbito de aplicación

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

3. 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 de la formulación, actualización, implementación, programación, seguimiento, monitoreo y evaluación de actividades dirigidas al grupo de población de 0 a 9 años.

Toda institución autónoma o semiautónoma que como parte de sus funciones o como elemento coadyuvante, preste servicios de salud a niños en cualquier etapa entre el nacimiento y los 9 años, establecerá mecanismos de coordinación con las autoridades correspondientes en el Ministerio de Salud para velar el fiel cumplimiento y ejecución de estas normas.

4. Vigencia de esta norma

Las Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña, desde el Nacimiento a los 9 años, tendrá 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, ésta continuará vigente hasta la promulgación de las nuevas normas.

5. Proceso de revisión y actualización de esta norma

La revisión de esta norma será convocada al menos un año antes de su expiración, por la Dirección General de Salud a través de la Sección de Niñez. Se conformará una Comisión Revisora de la Norma, integrada por las diferentes direcciones del Ministerio de Salud más el equipo de la Sección de Niñez y Adolescencia. Esta comisión será presidida por el jefe de la Sección de Niñez y Adolescencia del MINSA quien los convocará. El proceso se basará en la evaluación de las necesidades de la niñez, la revisión del diagnóstico de salud de la población objetivo y de las nuevas evidencias. Esta comisión revisora queda facultada para convocar expertos externos según sea requerido y al menos 2 representantes de la Sociedad Civil.

De presentarse evidencia científica que contradiga lo dispuesto en la norma, mientras esté

vigente, las autoridades correspondientes procederán a emitir las respectivas adendas a esta norma de atención, publicarlas y darles difusión adecuada entre los profesionales de la salud y la población en general.

6. Definiciones

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

6.1. Atención integral en salud

Hace referencia a un conjunto de actividades destinadas a lograr salud y bienestar, donde la vigilancia del crecimiento y desarrollo es el eje alrededor del cual se articulan actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Este periodo de C y D continúa durante todas las etapas de la vida desde la gestación hasta la senectud y la muerte.²⁶

6.2. Atención integral, integrada y continua

Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, apoyo para el autocuidado, con un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia que requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores.²⁷

6.3. Atención del recién nacido

Es la atención del niño desde la presentación de la cabeza en el periodo expulsivo (Atención inmediata del recién nacido) que se continúa durante el alojamiento conjunto, con el apego

inmediato como medio para promover la Lactancia Materna exclusiva, que se continuará monitoreando en el control ambulatorio de crecimiento y desarrollo.

6.4. Atención ambulatoria del niño enfermo

Es la atención del niño, mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento apropiado, oportuno según la complejidad del proceso mórbido.

6.5. Atención hospitalaria

Es la atención de los niños enfermos que requieren hospitalización ya sea en sala de observación, de corta estancia o en atención prolongada y se mide a través del egreso hospitalario.

6.6. 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.²⁸ La palabra consejería corresponde a una traducción de “counselling”, que se utiliza para “designar un conjunto de prácticas tan variadas como las que consisten en orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar”.²⁹ Hay tendencia a utilizar “consejería” en buena parte de la literatura revisada. Sin embargo, en español consejería está relacionado con la acción de otorgar o brindar consejos.

6.7. 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.

6.8. Control de crecimiento físico

Es el conjunto de acciones necesarias para monitorear el crecimiento físico en la primera infancia e identificar precozmente las alteraciones de este proceso con el fin de aplicar las intervenciones que garanticen el crecimiento adecuado del niño. Esta actividad se realiza mediante el uso de indicadores antropométricos y gráficas de evaluación del estado nutricional, además la evaluación de la alimentación y lactancia materna.

6.9. Control del neurodesarrollo

Hace referencia a la evaluación médica integral para descartar alteraciones neurológicas o del desarrollo asociadas, solicitud de estudios especiales, referencias oportunas a subespecialistas y coordinación de la intervención terapéutica ajustada a las necesidades de cada paciente, así como al seguimiento continuo de la evolución de cada uno.

6.10. Control de las enfermedades prevenibles por vacunas

Consiste en la prevención de enfermedades mediante la aplicación de vacunas según la edad de los niños y el esquema nacional de inmunización.

6.11. Crianza

Es el conjunto de acciones de atención dirigidas a los niños, basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los dadores de cuidados.³⁰ Son pautas que

conlleva a la interacción entre padres e hijos generando experiencias y de acuerdo con la capacidad de los padres o cuidadores a identificarse y responder a sus necesidades, se establece el desarrollo posterior del individuo.

6.12. Desarrollo infantil temprano

Consiste en un conjunto complejo de procesos donde se da una sucesión de etapas durante la cual se sientan las bases del desarrollo cognitivo, de lenguaje, motor y socioemocional de los niños y comprende el periodo que va desde la gestación hasta los 8 años. Estos años son cruciales para asegurar el aprendizaje y una buena salud, más allá de los primeros años. El impacto de las experiencias e intervenciones en los primeros años perdura a lo largo de la vida.³¹

6.13. Discapacidad

“Toda reducción total o parcial de la capacidad para realizar una actividad compleja o integrada, representada en tareas, aptitudes y conductas”. (OMS).

6.14. Estimulación temprana

Es el conjunto de actividades que oportuna y adecuadamente favorecen que el niño alcance su pleno desarrollo psicosocial.

6.15. Información, educación y comunicación (IEC)

La IEC se refiere al proceso de informar, educar y comunicar mediante la elaboración, presentación y divulgación de mensajes adecuados para destinatarios concretos con el fin de mejorar los conocimientos, técnicas y motivación necesarios para adoptar decisiones. (OPS).

6.16. Intervención terapéutica

La intervención terapéutica es el conjunto de actividades realizadas para potenciar el desarrollo

humano, en el marco de su diversidad, heterogeneidad y diferencias por el grupo de profesionales certificados para evaluación y manejo del neurodesarrollo como médicos, fonoaudiólogos, estimuladores, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos entre otros.

6.17. Maltrato infantil

El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (OMS).

6.18. Neonato

Es todo recién nacido hasta los 28 días de vida.

6.19. Niño

Es toda persona desde el nacimiento hasta los 18 años, 11 meses y 29 días. (UNICEF, 1989).

6.20. Neurodesarrollo

Entendemos como neurodesarrollo la adquisición de habilidades como resultado de la formación y maduración estructural y funcional del sistema nervioso central. Es un proceso progresivo y ordenado, condicionado genéticamente, pero con influencia del medio ambiente.³²

6.21. Patología incapacitante

Es un trastorno neurodegenerativo, crónico, que afecta al sistema nervioso central provocando el deterioro progresivo de las capacidades motoras de la persona que lo padece.

6.22. Orientación

La orientación está vinculada con la elección informada, es decir, “un proceso dinámico de toma de decisiones, y en última instancia, la libertad y condiciones necesarias para ejercer una decisión que corresponde con las necesidades de vida y salud de la persona”. (AVSC International 1998).

6.23. Período neonatal

Es el período que inicia al nacer y termina al completar 28 días de vida.

6.24. 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.³³

6.25. Plan terapéutico para el paciente con trastornos del neurodesarrollo

Entiéndase como aquel que incluye: el tipo de terapia, la frecuencia semanal, guía de terapia en casa, la duración del plan que requiere el paciente y establece la frecuencia de las citas de reevaluación hasta lograr el objetivo establecido o el diagnóstico presuntivo. (Consenso del equipo de validación del MINSA).

6.26. 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.³⁴

6.27. Primera infancia

Es un período crucial en la vida del ser humano donde los primeros 8 años de vida de los niños, en especial los primeros mil días, sienta las bases para el desarrollo de sus potencialidades y habilidades para la vida. La Política de Estado dará prioridad a la protección de la mujer gestante, los primeros mil días de vida del niño o niña en su desarrollo infantil temprano y la inclusión temprana.³⁵

6.28. Salud Integral

Se refiere a la amplitud con que debe abordarse, ya que este enfoque exige tener en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los estilos de vida saludable, el ambiente físico, social y económico la oferta y la organización de los servicios de salud.³⁶

6.29. Tamizaje neonatal

Hace referencia a todos los procedimientos dirigidos a la detección temprana de enfermedades metabólicas, genéticas, endocrinológicas, oculares, auditivas y cardíacas, durante el período neonatal.

CAPÍTULO II

NORMAS ADMINISTRATIVAS

1. ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE NIÑEZ.

A. REGIONALIZACIÓN Y SECTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de asegurar la óptima eficiencia asistencial, el país se divide en 16 Regiones de Salud según características geográficas y poblacionales, a su vez las regiones se dividen en áreas de salud. Cada región cuenta con Servicios Hospitalarios, Centros de Salud con y sin camas, Policlínicas, Subcentros, Puestos de Salud, Policentros, MINSA-CAPSI, CAPS, ULAPS, Centros de Promoción de la Salud, Centros Reintegras, donde se ejecutan las actividades del Programa de Atención Integral a la Niñez de acuerdo con las necesidades de salud y el nivel de complejidad.

B. NIVELES DE COMPLEJIDAD

El Programa de Niñez en el país, ejecuta sus actividades en salud siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva.

Las Regiones de Salud adecuan la prestación de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios con la mejor utilización de los recursos existentes. La tecnología para utilizar se basará en la programación según el enfoque de riesgo y el modelo asistencial regional y local, utilizando un sistema de referencia y contrarreferencia.

C. UNIDADES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE NIÑEZ

La ejecución se realizará siguiendo los fundamentos técnicos y administrativos de la política de salud del país. Siguiendo los niveles gerenciales y técnicos.

1. Nivel central

El Ministerio de Salud, es la instancia normativa responsable de hacer cumplir el programa en todo el país.

El nivel central tiene su sede en la Dirección General de Salud, en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población el cual tiene una Jefatura Nacional y la Coordinación Nacional del Programa de Niñez, adscrita a la Sección de Salud y Atención integral a la Niñez y la Adolescencia.

Coordina con el Departamento Materno Infantil de la Caja de Seguro Social y con otras instancias como la Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de Provisión de Servicios, Dirección de Pueblos Indígenas, Dirección de Políticas y Planificación de la Salud y las Jefaturas de otros Programas de Salud.

Funciones

1.1. Formular, elaborar e implementar las normas y actividades de promoción, atención, prevención y rehabilitaciones basadas en la comunidad de todos los niños desde el nacimiento hasta los 9 años.

1.2. Planificar las actividades y acciones del Programa de acuerdo con la epidemiología, al diagnóstico situacional y a las prioridades y necesidades en salud de la población de 0 a 9 años.

1.3. Formar equipos de trabajo interinstitucionales, intersectoriales y multidisciplinarios técnicos normativos de alto nivel.

1.4. Institucionalizar las temáticas de salud prioritarias para el país, por medio del diseño, actualización, implementación y divulgación de políticas, planes, normas, entre otros.

1.5. Coordinar las macro estrategias para el desarrollo de programas con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas, nacionales o internacionales.

1.6. Monitorear y supervisar el cumplimiento de las normativas de atención vigentes y su calidad.

1.7. Evaluar las actividades desarrolladas en los procesos técnicos administrativos del Programa en el país.

1.8. Desarrollar procesos de investigación, con el equipo de los niveles regionales y locales.

1.9. Realizar reuniones trimestrales de coordinación con los niveles regionales.

1.10. Fortalecer las capacidades de los niveles regional y local mediante programas y procesos de capacitación y educación continua en servicio.

1.11. Promover actividades específicas en temas afines.

1.12. Elaborar y remitir a las autoridades correspondientes, los informes del Programa y de la situación de Salud de los niños de 0 a 9 años, con sus respectivos análisis, conclusiones recomendaciones semestral y anualmente.

2. Nivel regional

El director de la Región de Salud, con el apoyo del equipo del Programa de Niñez, son responsables de la programación supervisión, evaluación y control de la ejecución de las actividades de atención integral de los niños desde el nacimiento hasta los

9 años en los diferentes establecimientos de salud. Estas actividades se realizan con la colaboración técnica del nivel central. Coordinan con puntos focales de otros programas, departamentos y de otros sectores.

Funciones del equipo coordinador

2.1. Promover la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios regionales.

2.2. Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar el plan operativo regional.

2.3. Supervisar el cumplimiento de las normas y planes operativos del nivel local.

2.4. Apoyar los procesos de planificación y evaluación de los niveles locales con la participación comunitaria.

2.5. Coordinar el desarrollo de actividades con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas del nivel regional.

2.6. Coordinar procesos de capacitación del personal que apoya el programa en la región con las unidades docentes regionales.

2.7. Proveer información al nivel central.

2.8. Fortalecer las capacidades del nivel local, mediante programas de educación continua en servicio.

2.9. Realizar reuniones bimestrales de coordinación con los niveles locales.

3. Nivel local

Los directores de los establecimientos de salud a nivel local (Hospitales, Centros, de Salud, Policlínicas, Subcentros de Salud, MINSA CAPSI, Policentros, ULAPS, CAPS, Puestos de Salud,

Centros de Promoción de la Salud, Centros REINTEGRA) en conjunto con el equipo de salud tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa de Niñez en todos sus componentes y actividades. El director asegurará la adecuada utilización del recurso humano nuclear y otros miembros del equipo para ofrecer la atención con calidez y calidad apropiada y oportuna.

Instituciones gubernamentales, autónomas, semiautónomas y del sector privado que presten servicios de salud a la población desde el nacimiento hasta los 9 años, organizan 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.

trabajo para ejecutar las funciones, actividades, tareas y procedimientos establecidos en esta norma en beneficio de la población objetivo, a través de la participación de: Médicos Pediatras, Médicos Generales, otros especialistas en medicina, Odontólogos, Enfermeras Pediatras, Enfermeras Básicas, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Nutricionistas, Educadores para la Salud, Técnicos en Enfermería, Asistentes de Clínica, Asistentes de Odontología, Ayudantes de Salud y Promotores de Salud, entre otros.

3.6. Proveer la información pertinente y oportuna a nivel regional.

Funciones

3.1. Brindar la atención directa asistencial a todos los niños desde el nacimiento hasta los 9 años, de manera integral e integrada con enfoque de riesgo y de derecho según la edad y necesidad.

3.2. El director de cada instalación deberá indicar mediante nota al Departamento de Registro y Estadísticas de Salud la confección de la agenda de la atención de acuerdo con las Normas de Atención Integral de Niño desde el Nacimiento hasta los 9 años.

3.3. Planificar y evaluar las actividades a realizar con la participación de la comunidad.

3.4. Coordinar el desarrollo de actividades con instituciones y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas del nivel local.

3.5. Organizar equipos multidisciplinarios de

2. SERVICIOS DE SALUD PARA LA NIÑEZ DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 9 AÑOS

A. LOS DERECHOS DEL NIÑO Y LA NIÑA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El artículo 24 de la Convención sobre los derechos de Niño en su versión adaptada para adolescentes dice en el tema de la salud y los servicios sanitarios: “El niño, niña o adolescente tiene derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (que incluye agua potable, una buena higiene y alimentación) y a recibir atención médica cuando esté enfermo”. Los gobiernos deberán cooperar con los de otros países para que este derecho sea una realidad en todo el mundo.³⁷

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

1. Ser atendidos con la mejor asistencia sanitaria disponible, sin distinción de sexo, raza o etnia, nivel socioeconómico, atendiendo el enfoque de riesgo, género, interculturalidad. [\(Ver anexo 2.23\)](#)
2. El acceso a los servicios de salud de manera gratuita. Ver Ley 177 del 13 de noviembre de 2020.
3. Confidencialidad de la información.
4. Respeto su libertad.
5. Derecho al trato individualizado, digno y humano.
6. La privacidad.
7. Ser atendido con las medidas de bioseguridad y protección 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). Condición de salud que presenta al momento.
- 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 Código de la familia y la legislación vigente.

c). El personal involucrado deberá hacer los registros respectivos de las intervenciones ofrecidas en el expediente del paciente.

16. La familia y la comunidad participan periódicamente en la evaluación de avances para garantizar el cumplimiento de los derechos del niño.

17. Todo menor al cual le sea practicado 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. Todo niño menor de 9 años que sea hospitalizado por cualquier motivo tiene el derecho a la compañía de la madre, padre o cuidador, de acuerdo con su condición clínica y el área de hospitalización.

19. 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 en los servicios de salud. Este plan será elaborado por el equipo de promoción de salud con participación comunitaria.

B. RECURSOS HUMANOS

1. Todo el personal que participe en la atención del niño de 0 a 9 años debe estar calificado para las labores asignadas y avalados por los respectivos entes normativos y reguladores vigentes.

2. Al designar un funcionario a cualquier cargo vinculado con la atención de los niños, antes de asumir sus funciones deberá completar un proceso de inducción donde será instruido en las funciones, actividades, tareas y características de la atención de los menores de 0 a 9 años, según se establece en estas normas. Esta inducción será dirigida por los Coordinadores Regionales del Programa, con el apoyo de las Unidades

Regionales de Docencia y los operativos designados en el nivel local. El tiempo destinado para esta inducción será de 40 horas mínimas.

3. Todo el personal involucrado en la atención del menor de 9 años deberá recibir al menos 40 horas de docencia anual 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 de Niñez y Adolescencia del nivel Nacional, con el apoyo de las coordinaciones regionales y con un programa básico que debe incluir como mínimo: Evaluación del Crecimiento y patrones de evaluación, Curso de Desarrollo Infantil Temprano, Curso de Orientación a la familia sobre el cuidado para el desarrollo infantil temprano, Curso de Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), Lactancia Materna, Curso de Consejería en Lactancia Materna, Curso de Atención integral a las Enfermedades de la Primera Infancia (AIEPI), Curso de PAI, Curso de Reanimación Pediátrica y Neonatal y otros aspectos relacionados con la salud física y mental del niño (Ley 43 del 21 de julio de 2004 que rige la certificación y recertificación de los profesionales, especialistas y técnicos de las disciplinas en la salud.)

4. El Programa de Salud y Atención Integral a la Niñez, se ejecuta en las instalaciones de Salud del Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social e instalaciones privadas de todo el país. Dentro de él se reforzará la evaluación del desarrollo infantil; tendrá un equipo básico nuclear (médicos y enfermeras) y con un Equipo Terapéutico (Médicos especialistas y subespecialistas, estimulación temprana, terapia física, ocupacional, fonoaudiología u otros) para el tratamiento y seguimiento de los niños con riesgos, diversas patologías y problemas del neurodesarrollo. [\(Ver anexo 2.8 y 2.9\)](#) En el cuadro siguiente se resumen las áreas, recurso y actividades y/o responsabilidades.

Área	Recurso Humano	Actividades y/o responsabilidades
Salud Integral (evaluación física y del desarrollo)	Pediatra de seguimiento o médico asignado al programa	Examen físico, neurológico básico y del desarrollo por edad. Clasificación del estado nutricional. Aplicar el instrumento de evaluación del desarrollo Infantil
Control del crecimiento y desarrollo (evaluación física y del desarrollo)	Enfermera	Examen físico, evaluación del crecimiento, antropometría, evaluación nutricional, evaluación del desarrollo, vacunas, consejería en lactancia materna y alimentación. Aplicar el instrumento de evaluación del desarrollo infantil. Talleres de crianza para padres y cuidadores y para detectar factores de riesgo.
Actividades terapéuticas	Terapeutas en: Terapia física, ocupacional, fonoaudiología y estimulación temprana	Planes específicos de intervención dirigidos a los niños con riesgos, desviaciones o problemas del neurodesarrollo en el centro y/o para la casa. Orientación a los padres, intervenciones terapéuticas específicas.
Trabajo Social	Licenciada en Trabajo Social	Evaluación de la situación socioeconómica, familiar, ambiental del niño y su familia. Gestionar la vinculación a otros servicios sociales y de protección social en el lugar, así como otras instituciones y sectores que trabajen y colaboren en bien de la niñez. Seguimiento bimestral de las condiciones y cumplimiento en las citas y adherencia al programa.

C. COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO

1. Médicos Generales y/o Especialistas en Medicina Familiar

1.1. Brindan atención integral de salud a todos los niños que acuden a su consulta por crecimiento y desarrollo, morbilidad y seguimiento de acuerdo con la demanda. Cumpliendo con el rendimiento establecido.

1.2. Cumplen con los preceptos de la presente norma y utiliza como un referente las guías de la atención de niñez.

1.3. Coordinan las actividades y tareas de los componentes del Programa de niñez con el equipo de salud.

1.4. Comunican al director Médico de la Instalación de Salud los nudos críticos del programa.

1.5. Dan sugerencias para la adecuación de las normas del programa.

1.6. Apoyan los procesos de planificación, ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento de las actividades del programa.

1.7. Promueven la generación y el uso de la información para la toma de decisiones.

1.8. Contribuyen de manera activa al cumplimiento de las metas de los programas.

1.9. Efectúan la captación de pacientes para ingreso a programas según normas.

1.10. Aprovechan todos los contactos con pacientes, familiares y comunidad como oportunidades para la captación de los niños al Programa de Salud de Niñez.

1.11. Participan en las actividades de promoción y prevención de la salud de acuerdo con las normas del Programa de Niñez.

1.12. Refieren de manera oportuna a pacientes con necesidades especiales, según la identificación del problema y de acuerdo con la norma.

1.13. Participan activamente en las acciones comunitarias que desarrolla el programa intra y extramuros.

1.14. Reportan y participan del manejo de los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

1.15. Participan en los programas de actualización de normas, guías, protocolos y procedimientos técnico- administrativos.

1.16. Participan y orienta en la programación y desarrollo de actividades educativas dirigidas al equipo multidisciplinario y a la población.

1.17. Recomiendan cambios e innovaciones en los servicios requeridos, que sean eficientes y efectivos a la población, según nivel y competencia.

1.18. Participan en trabajos de investigación en la institución y la comunidad.

2. Enfermeros generales y especializados

2.1. Participan en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de los niños de 0 a 9 años, mediante los procesos de administración y gestión de los Servicios de Salud, atención directa, docencia e investigación, de acuerdo el nivel en que se encuentre.

2.2. Brindan atención integral de crecimiento y desarrollo a los niños de 0 a 9 años.

2.3. Brindan atención de la morbilidad menor y problemas de salud de niños de 0 a 9 años, así como los cuidados que correspondan, en caso de emergencia o en ausencia de la presencia del facultativo, de acuerdo con los procedimientos de AIEPI.

2.4. Organizan, ejecutan y participan en el proceso de inmunización según el esquema nacional de vacunación.

2.5. Participan activamente en la evaluación y atención del neurodesarrollo.

2.6. Refieren de manera oportuna a pacientes de riesgo o con necesidades especiales, según la identificación del problema y lo que indica la norma.

2.7. Utilizan los mecanismos de referencia.

2.8. Participan activamente en la programación, evaluación y en el cumplimiento de las metas del Programa.

2.9. Participan en los Programas de educación continua y permanente del recurso humano multidisciplinario.

2.10. Participan activamente en los procesos de formulación, validación e implementación, supervisión y monitoreo de las normas, protocolos y procedimientos de atención a la población de 0 a 9 años.

2.11. Coordinan con el equipo multidisciplinario, los procesos de promoción, prevención y atención de este grupo poblacional. Realizan los enlaces interinstitucionales e intersectoriales, siguiendo los conductos correspondientes, en bien del cumplimiento de las funciones, actividades y tareas establecidas en la presente norma.

2.12. Organizan, coordinan y dan seguimiento de los procesos de los talleres e iniciativa de orientación a la familia sobre el desarrollo infantil temprano (Crianza).

2.13. Recomiendan cambios e innovaciones en los servicios requeridos, que sean eficientes

y efectivos a la población, según nivel y competencia.

2.14. Participan en trabajos de investigación individuales o multidisciplinarios, en la institución y la comunidad.

2.15. Reportan todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

2.16. Participan activamente en la asesoría y orienta al resto del equipo multidisciplinario sobre las normas, guías y protocolos de atención.

2.17. Velan por el cumplimiento de las normas y guías de atención de la niñez.

2.18. Participan activamente en las actividades extramuros como: visitas domiciliarias, giras integrales de salud, campañas de salud y de vacunación.

2.19. Organizan y participan en la entrega de servicios en las escuelas, centros de atención infantil, albergues y otros.

2.20. Colaboran institucionalmente en los procesos de formación de estudiantes de enfermería en el campo de la niñez.

3. Médicos pediatras y subespecialistas

3.1. Brindan atención integral de salud a todos los niños que acuden a su consulta por crecimiento y desarrollo, morbilidad y seguimiento de acuerdo con la demanda y los pacientes referidos. Cumpliendo con el rendimiento establecido.

3.2. Refieren de manera oportuna a pacientes con necesidades especiales, según la

identificación del problema.

3.3. Utilizan los mecanismos de referencia y contra referencia.

3.4. Dan sugerencias para la adecuación de las normas del programa.

3.5. Contribuyen de manera activa al cumplimiento de las metas del programa.

3.6. Participan en los programas de actualización sobre normas, guías, protocolos y procedimientos técnico-administrativos organizados por la coordinación nacional y regional.

3.7. Asesoran y orientan al resto del equipo multidisciplinario sobre las normas, guías y protocolos de atención.

3.8. Participan en la programación y desarrollo de actividades educativas dirigidas al equipo multidisciplinario y a la población.

3.9. Recomiendan cambios e innovaciones en los servicios requeridos, que sean eficientes y efectivos a la población, según nivel y competencia.

3.10. Participan en trabajos de investigación individuales o multidisciplinarios, en la institución y la comunidad.

3.11. Los Pediatras, según las características de la población y la instalación de salud, participan en la atención primaria.

3.12. Los pediatras, participan como preceptores de los residentes de pediatría y/o estudiantes de medicina que requieran realizar una rotación clínica en el primer nivel de atención y para ello el Director Médico debe facilitar el tiempo para esta actividad y reducir su carga horaria para fortalecer las competencias de los estudiantes.

Esta rotación debe ser debidamente coordinada con la dirección médica y el coordinador regional de niñez y la unidad docente regional.

3.13. Reportan todos los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

4. Servicios y/o equipo de apoyo

El Programa de Salud Integral del Niño y la Niña, desde el nacimiento hasta los 9 años, contará con un equipo de apoyo para las actividades generales de vigilancia del crecimiento y desarrollo de este grupo poblacional.

4.1. Ayudantes de Salud

Participan en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades mediante la atención primaria comunitaria y la referencia oportuna de los niños identificados con riesgos a la instalación de salud de mayor complejidad según nivel de intervención y competencia y jurisdicción geográfica.

4.2. Técnicos de enfermería

Participan en la atención según el nivel de capacitación y necesidades de la población:

4.21. Apoyan a los pacientes, familiares y comunidad en los cuidados menores de enfermería.

4.22. Ayudan 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.

4.23. Realizan actividades relacionadas con los programas de salud, de acuerdo con su nivel de competencia establecida en las normas.

4.24. Asisten al médico o enfermera en la realización de exámenes físicos, procedimientos y tratamientos.

4.25. Asisten al médico o enfermera durante la consulta de niños, escolares, adolescentes, gestantes, puérperas y mujeres en edad reproductiva.

4.26. Brindan orientación e información de salud

al paciente, la familia y la comunidad.

4.27. Participan en la captación del paciente con inasistencia.

4.28. Mantienen comunicación permanente con la enfermera responsable de la atención de salud de la niñez.

4.29. Participan activamente en las acciones comunitarias que desarrolla el programa intra y extramuros.

4.210. Aplican las medidas de bioseguridad en el mantenimiento de un ambiente libre de riesgos en las áreas de trabajo.

4.211. Hacen buen uso del material, equipo y coopera en su cuidado, mantenimiento y conservación.

4.212. Reportan todos los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil o explotación sexual infantil que se presenten, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

4.3. Nutricionistas

4.31. Brindan atención nutricional a los pacientes por demanda espontánea o referencia.

4.32. Realizan la evaluación del estado nutricional según indicadores de crecimiento infantil.

4.33. Elaboran el plan de alimentación de acuerdo con la edad y diagnóstico nutricional de cada paciente, incluyendo la actividad física.

4.34. Organizan y/o participan en actividades de promoción de alimentación saludable y prevención de enfermedades según las guías respectivas.

4.4. Odontólogos

4.41. Participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según norma correspondiente.

4.42. Atienden al niño de 0 a 9 años según esquema establecido desde los 4 meses de edad.

4.5. Promotores de salud

4.51. Participan en las acciones de promoción, información y educación de la salud.

4.52. Brindan atención primaria-comunitaria y refieren al Centro de Salud correspondiente.

4.53. Reportan todos los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

4.6. Psicólogos y equipo de salud mental

4.61. Atienden a los pacientes por demanda espontánea o referidos.

4.62. Participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes.

4.63. Reportan todos los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

4.7. Equipo Terapéutico (Estimulación Temprana, Terapia Física, Ocupacional y Fonoaudiología)

4.71. Atienden a los pacientes por demanda espontánea o referido.

4.72. Participan en la atención social, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes.

4.73. Reportan todos los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos.

4.74. Aplican los planes específicos a través de intervenciones indicadas por el médico, a los niños con desviaciones o problemas del neurodesarrollo en la instalación de salud y/o en la casa.

4.75. Orientan a los padres sobre la implementación de las intervenciones terapéuticas específicas.

4.8. Trabajadores sociales

4.8.1. Atienden a los pacientes por demanda espontánea o referido.

4.8.2. Participan en la atención social, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes.

4.8.3. Reportan todos los casos de maltrato infantil, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos. Para tal caso, mantendrá enlace de manera institucional, interinstitucional e intersectorial con instituciones vinculadas de manera directa o indirecta con la temática

4.8.4. Evaluación de la situación socioeconómica, familiar y ambiental del niño y su familia, además de gestionar la vinculación a otros servicios sociales y de protección social en el lugar.

4.8.5. Evaluación social y seguimiento a los casos con problemas de crecimiento y del neurodesarrollo.

4.8.6. Seguimiento bimestral de las condiciones, validación del cumplimiento en las citas y adherencia al programa.

4.9. Tecnólogos Médicos

4.9.1. Realizan las pruebas de laboratorios de acuerdo con la norma de niñez.

4.9.2. Participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes.

4.10. Farmacéuticos

4.10.1. Realizan las entregas de medicamentos de acuerdo con la norma de niñez y a la normativa de Farmacias y Drogas.

4.10.2. Participan en la atención, promoción y prevención de enfermedades según normas y guías correspondientes.

4.10.3. Participan en el asesoramiento en relación con el uso adecuado de medicamentos y el monitoreo de los eventos adversos.

4.11. Registros y Estadísticas de Salud (REGES)

4.11.1. Es el personal que recibe al paciente, lo afilia, realiza la reapertura del expediente y llenado de las generales ya sea físicas o electrónicas según el tipo de consulta.

4.11.2. Se encargan de agendar las citas del niño o de la niña de acuerdo con el esquema de control de salud, atención de la morbilidad y seguimiento establecido en la norma.

4.11.3. Asignan los cupos de crecimiento y desarrollo de acuerdo con el esquema de control de salud establecido en la norma.

4.11.4. Asignan los cupos de seguimiento de morbilidad y control de salud según las indicaciones del médico tratante y de acuerdo a lo consignado en la Norma de Salud Integral a la Niñez.

4.11.5. Entregan la libreta del niño y del adolescente, en los siguientes momentos: Durante el control prenatal y/o cuando acude por primera vez a la consulta de Crecimiento y Desarrollo.

4.11.6. Reciben, revisan y hacen la captura de las hojas de registro diario de actividades.

4.11.7. Confeccionan los consolidados de la base de datos y los envían al Nivel Regional.

4.11.8. Preparación de informes estadísticos.

4.11.9. Dan seguimiento al equipo multidisciplinario para asegurar el llenado correcto de la hoja de registro diario de atención.

4.11.10. Confeccionan el consolidado estadístico mensual, trimestral, semestral y anual de todas las actividades desarrolladas en cada componente del programa incluyendo las actividades de promoción.

4.11.11. Brinda información estadística para la confección de indicadores de proceso y resultados.

4.11.12. Concertar con los coordinadores del Programa de Salud Integral de la Niñez en los tres niveles de atención.

D. ESTÁNDARES BÁSICOS DEL PROGRAMA DE NIÑEZ

1. Existe un Plan Operativo Anual (POA) Inter programático basado en un diagnóstico de salud.
2. El Plan Operativo Anual cuenta con los formularios de Planificación – Evaluación.
3. Se generan y evalúan informes de logros y avances mensuales.
4. La instalación de salud cumple estándares mínimos de seguridad, accesibilidad, confortabilidad, higiene y privacidad para realizar las acciones del programa.
5. Todo el personal de salud que ingresa a los servicios de atención del niño de 0 a 9 años recibe una inducción al cargo.
6. Existe un plan de docencia en ejecución, con la participación del personal de salud.
7. Hay un número definido de horas / RRHH semanales dedicadas a las actividades comunitarias del programa.
8. 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.
9. El personal de salud cuenta con los insumos necesarios para la realización de las actividades.
10. El llenado de documentos, formularios y el expediente clínico en general se realiza estrictamente en cumplimiento a las normas.
11. Los profesionales de la salud como parte de la atención informa al paciente y sus familiares sobre la condición de salud, el tratamiento, los cuidados necesarios y el pronóstico.
12. Los profesionales de la salud ofrecen consejería oportuna a las necesidades del paciente como parte de la atención.
13. Los pacientes y sus familiares tienen la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y aclaraciones.
14. Los derechos del paciente son respetados y apoyados por el personal de salud.
15. Los valores psicosociales, culturales,

espirituales y personales del paciente y su familia son respetados.

E. PLANIFICACIÓN

Anualmente se elaborará y desarrollará en el nivel nacional, regional y en cada instalación de salud 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.

a). Desarrollo del proceso

1. En el nivel Nacional, Regional y Local, se conformarán equipos multidisciplinarios de planificación.
2. El Nivel Nacional, ofrecerá información estadística, científica, las políticas vigentes en materia de salud, objetivos, metas y lineamientos estratégicos al Equipo Regional de Salud.
3. El Nivel Regional asesorará al Nivel Local para el desarrollo de su plan operativo.
4. El Nivel Local, elaborará 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 Anual del nivel local, el Nivel Regional elabora su Plan Operativo Anual.
6. Una vez el Nivel Local y Regional hayan realizado sus procesos de planificación, el Nivel Nacional procederá a la consolidación de sus metas y a darle seguimiento al cumplimiento de este.
7. Análisis de la situación mediante un diagnóstico de salud básico.

b). Documentación del proceso de planificación

Para el proceso de planificación y la realización del diagnóstico de salud se utilizará una serie de información y documentos:

1. Diagnóstico Participativo en Salud

- 1.1. Datos de población, grupos étnicos.
- 1.2. Principales causas de mortalidad y morbilidad según grupos de edad y sexo.
- 1.3. Situaciones de riesgo en la población.
- 1.4. Instituciones de Salud en el área, pública y privada.
- 1.5. Instituciones educativas: Número de Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) y CEFACEI, matrícula por sexo, número de centros de educación básica y matrícula por sexo.
- 1.6. Instituciones y redes de apoyo (formales y no formales) presentes en el área (ONG y comunitarias).
- 1.7. Albergues para la niñez y adolescencia.
- 1.8. Descripción de la instalación sanitaria.
- 1.9. Resultados de las actividades del año previo análisis de la situación de la comunidad (desarrollado por la comunidad) incluyendo:
 - 1.10. Estado del cumplimiento de los derechos del niño.
 - 1.11. Estado de las prácticas claves de salud en la comunidad.
 1. Lactancia materna.
 2. Introducción de alimentos.
 3. Vigilancia y estimulación del desarrollo.
 4. Vacunación.
 5. Cuidado del niño enfermo en el hogar.
 6. Cuidados del niño en el hogar.
 7. Saneamiento ambiental.
 8. Utilización del suero oral.
 9. Utilización de los servicios de salud.
- 1.12. Características de la población de riesgo en el área de responsabilidad.
- 1.13. Características culturales de los grupos étnicos.
- 1.14. Situación del tamizaje neonatal.

2. Propuestas estratégicas elaboradas en conjunto con la comunidad.

c). Programación estadística - evaluación de actividades (ver formulario, anexo 2.15).

1. Plan de actividades de promoción. Estrategias de IEC y organización comunitaria, con abordaje intercultural y de género.
2. Plan para abordar el trabajo infantil y la explotación comercial del sexo infantil.
3. Plan de visitas domiciliarias y paquete de servicios a ofrecer.
4. Plan de giras de prevención y atención.
5. Plan de Supervisión, Monitoreo y Evaluación.
6. Plan de Capacitación y Educación Continua en el Servicio.

d). Cronograma de actividades

F. UNIVERSO

El universo corresponde a la población estimada de 0 a 9 años en el área de responsabilidad para el 1 de julio del año programado, según edades específicas.

G. COBERTURA

Las instalaciones de salud al realizar la programación anualmente aumentarán las coberturas obtenidas de manera progresiva hasta alcanzar el 90% o más de la población del niño de 0 a 9 años.

H. CONCENTRACIÓN

Grupos de edad	Número de controles
3 a 7 días.....	1 control
15 días a 29 días.....	1 control
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

I. RENDIMIENTO DE LA ATENCIÓN

Médicos generales y especialistas, enfermeras generales y especialistas.

Actividad	Rendimiento (pacientes x horas)	Tiempo de la atención (minutos)
C y D Ingreso al Programa Institucional (cualquier edad)	2	30
C y D Subsecuentes (cualquier edad)	3	20
Pacientes con discapacidad o trastornos del neurodesarrollo	2	30
Atención de morbilidad	3	20

J. PRESUPUESTO

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, garantizarán la asignación de los recursos suficientes y necesarios para la ejecución ininterrumpida y continua 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, mediante la formulación del presupuesto en las unidades del Nivel Nacional, Regional y en las diversas instalaciones públicas de salud.

K. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para garantizar el desarrollo efectivo de las actividades del Programa, los diferentes niveles de ejecución realizarán procesos permanentes y continuos de registro de información, monitoreo, supervisión y evaluación.

1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Todos los funcionarios que participan en la atención integral de niños contribuirán de manera activa al fortalecimiento del sistema de información. Las responsabilidades se distribuirán de la siguiente forma:

a). Nivel local

1. Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Técnico de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Odontología y otros: cada funcionario es responsable del registro correcto de las actividades que realice en la atención de la niñez, utilizando los instrumentos establecidos para ello:

- 1.1. Expedientes clínicos físico y/o electrónicos (con los formularios establecidos)
- 1.2. Ficheros, tarjeta de seguimiento de casos
- 1.3. Formularios para el registro de vacunas (RDV, según PAI)
- 1.4. Hoja de registro diario de atención (RDA)
- 1.5. La Libreta del Niño y del Adolescente.
- 1.6. El formulario de referencia y contrarreferencia.

2. El personal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud tabulará diariamente la información generada por los centros de producción de servicios de salud.
3. Mensualmente el personal de REGES presentará las estadísticas de las actividades desarrolladas, basado en el formulario de programación evaluación.
4. La información obtenida será remitida a la Dirección Médica de la instalación de salud y a la Coordinación de REGES del Nivel Regional.
5. 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 Anual.
6. Trimestralmente se presentará un informe ante la Coordinación Regional.

b). Nivel regional

1. El personal de REGES tabulará los datos estadísticos procedente de las diferentes instalaciones de salud, basados en los formularios de programación y evaluación.
2. El personal de REGES presentará un consolidado de datos estadísticos trimestral al director regional y al Coordinador Regional del Programa, basado en el formulario de programación y evaluación.
3. El Coordinador Regional del Programa analizará la información estadística y levantará un informe de situación de la niñez y la presentará al director regional.
4. El director regional, el Coordinador Regional del Programa y los Coordinadores Locales del Programa, trimestralmente realizarán reuniones de evaluación de 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 por el cumplimiento de las recomendaciones.

c). Nivel nacional

1. El personal de REGES tabulará los datos procedentes de todas las regiones, basados en los formularios de programación y evaluación.
2. El personal de REGES presentará un consolidado estadístico semestral al Director General de Salud y al Coordinador Nacional del Programa, basado en el formulario de programación y evaluación.
3. El Director General de Salud, el Coordinador Nacional del Programa y los Coordinadores Regionales del Programa, semestralmente realizarán una reunión de evaluación de los avances de la ejecución del programa de cada una de las regiones de salud.
4. Como resultado de la evaluación, el Coordinador Nacional del programa deberá levantar un acta con una síntesis de los hallazgos y las recomendaciones y acuerdos presentados. Esta acta será utilizada para velar por el cumplimiento de las recomendaciones.

d). Caja de Seguro Social y otras instituciones que prestan servicios públicos de salud

1. Desarrollarán un sistema de información, basado en los mandatos de su institución, los servicios que presta y los recursos disponibles.
2. Enviarán cada mes un resumen de sus actividades, basados en el formulario de programación – evaluación. El informe se entregará en las oficinas de REGES de cada región, salvo en los casos que medie un acuerdo y sean entregadas al departamento de REGES en las instalaciones de salud.
3. Evaluarán las acciones del programa desde el nivel nacional semestral y anualmente, del nivel

regional trimestralmente y desde el nivel local mensualmente.

e). Participación social

1. 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.
2. Para fines estadísticos y de evaluación de cobertura registrar la atención de los niños institucionalizados en hoja de registro diario de atención (RDA) y las inmunizaciones en la hoja de registro de vacunas (RDV).

2. MONITOREO Y SUPERVISIÓN

El monitoreo y la supervisión son mecanismos para la vigilancia responsable y capacitante que aseguren la ejecución óptima de los procesos de atención pertinente de acuerdo con las realidades locales.

- a). El Nivel Nacional 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 pública y privada 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 será oportunamente divulgada 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. ([Ver anexo 2.18](#))
- e). Las supervisiones cuentan con su respectivo formulario.
- f). Se realizará supervisiones extraordinarias de acuerdo con la necesidad.

g). La Sección de Niñez, desarrollará un plan de auditorías a los expedientes clínicos en las instalaciones de salud para complementar los procesos de supervisión.

3. EVALUACIÓN

Con la evaluación se completa el ciclo de la planificación y acción estratégica del Programa de Niñez y comprende la Vigilancia de la Salud, el Control estratégico y la evaluación de las estructuras, los procesos, los resultados y el impacto con el consecuente plan de mejora y acción capacitante.

Los diferentes niveles de atención desarrollarán un programa de vigilancia de la salud, evaluación y control de las actividades y acciones del Programa de Niñez de manera continua y permanente.

La información y análisis la enviarán trimestral, semestral y anualmente en los formatos de Programación y evaluación establecidos. [\(Ver Anexo 2.15\)](#)

a). La evaluación de estructuras y procesos ubica las condiciones de calidad y eficiencia de los servicios de salud: mediante el monitoreo de la atención médica, encuestas de opinión y entrevistas con informantes claves.

b). El control estratégico: se logra mediante el monitoreo de las actividades y acciones emprendidas a través de indicadores definidos.

c). La evaluación de resultados e impacto mide las metas de producción y el efecto de las acciones en la salud de la población.

4. INDICADORES

Los indicadores son variables que ayudan a medir cambios, son una advertencia de una situación dada o un reflejo de esa situación. Las actividades del programa utilizarán los indicadores de estructura y procesos de resultados.

Los diferentes niveles de atención evaluarán la salud y las actividades del Programa de Niñez con los indicadores establecidos. [\(Ver anexo 2.24, 2.25\).](#)

5. INVESTIGACIÓN

a). El Nivel Nacional y los Niveles Regionales deben promover y desarrollar procesos de investigación con el propósito de:

1. Definir la carga de enfermedad de las principales patologías de la infancia
2. Desarrollar líneas de base y evaluaciones de impacto de sus intervenciones.
3. Comprender mejor los factores que determinan la salud y estrategias de intervención.
4. Validar científicamente las intervenciones del programa.
5. Evaluar el impacto en la salud de la población objetivo de las acciones del programa.
6. Evaluar la relación costo - eficacia de las intervenciones.
7. Evaluar la utilidad y el impacto de nuevas intervenciones sanitarias en el país.

b). Los Niveles Locales deben realizar investigaciones que contribuyan a comprender mejor los factores que determinan la salud y estrategias de intervención.

c). Impulsar y desarrollar investigaciones en el nivel nacional y en los niveles regionales y locales el desarrollo multidisciplinario y en estrecha colaboración con organismos nacionales e internacionales vinculados.

6. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DURANTE LA NIÑEZ

Atendiendo la observancia de las normas, Decreto Ejecutivo N°200 del 20 de julio del 2006 "Por el cual se crea la Comisión Nacional, Interinstitucional e Intersectorial para la prevención de la morbi mortalidad de niños menores de cinco años y se dictan otras

disposiciones”; y Decreto Ejecutivo N° 1617, del 21 de octubre del 2014 que determinan y categoriza los eventos de Salud Pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización, el Programa de Niñez establece y dará seguimiento a la ejecución de los siguientes sistemas de vigilancia epidemiológica de las morbilidades y mortalidad durante los eventos del embarazo, parto, post parto y la niñez.

a). Vigilancia de la Mortalidad Perinatal.

Toda muerte perinatal es un problema prioritario de Salud Pública el cual debe registrarse, notificarse e investigarse obligatoriamente; analizarse de acuerdo con el procedimiento establecido en las guías para la vigilancia de la calidad en la atención relacionada a la mortalidad materna perinatal. Ver Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal. MINSA, 2019.

Los Coordinadores Regionales y el equipo local deben coordinar con la Sección de Salud Sexual y Reproductiva los procesos de notificación, recolección, investigación y análisis de los casos.

El Coordinador Regional de niñez debe remitir a la Jefatura Nacional de Niñez un informe trimestral consolidado con la información de las muertes perinatales en ese periodo.

b). Vigilancia epidemiológica y de la calidad en la atención relacionada a la morbilidad y mortalidad en los niños de 8 días a 9 años.

Los casos de defunción en el niño de 8 días a 9 años, incluidas en la lista priorizada deben registrarse, notificarse e investigarse de manera obligatoria y analizarse de acuerdo con el procedimiento establecido.

En el lugar que ocurra el deceso debe llenarse el formato establecido, investigar, analizar los factores de riesgos y la calidad de la atención y realizar el plan de mejora. Esta investigación y análisis de casos debe realizarse en los primeros 8 días de ocurrido en caso. [\(Ver anexo 2.21\).](#)

Cuando el deceso ocurre en domicilio se debe llenar el formulario de la autopsia verbal. [\(Ver anexo 2.22\)](#)

c). Vigilancia Epidemiológica de las Anomalías Congénitas.

Los casos de malformación congénita deben registrarse, notificarse e investigarse de manera obligatoria, de acuerdo con el procedimiento establecido, según la norma técnica administrativa del sistema de vigilancia de anomalías congénitas de Panamá. MINSA, 2023.

El Coordinador Regional de niñez debe remitir a la Jefatura Nacional de Niñez un informe trimestral consolidado con la información de las anomalías congénitas en ese periodo.

CAPÍTULO III

NORMA TÉCNICA

ATENCIÓN DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS NUEVE AÑOS

1. LINEAMIENTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN

A. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

1. Son las actividades de atención directa a las personas, niños (as) o grupos de personas, familias, agrupaciones o comunidades. Pueden ser educativas de prevención, diagnósticos, manejo de tratamiento y de rehabilitación.

- 1.1. Atención del Recién Nacido.
- 1.2. Control de Crecimiento y Desarrollo.
- 1.3. Estimulación del desarrollo.
- 1.4. Control y vigilancia de los problemas asociados al neurodesarrollo.
- 1.5. Detección temprana de las pérdidas auditivas.
- 1.6. Detección temprana de las pérdidas visuales.
- 1.7. Control de las enfermedades prevalentes por vacunas.
- 1.8. Atención ambulatoria de las enfermedades prevalentes de la infancia.
 - 1.8.1. Determinación y control de la enfermedad grave.
 - 1.8.2. Evaluación del niño(a) con tos.
 - 1.8.3. Evaluación del niño(a) con sibilancia.
 - 1.8.4. Determinar y tratar la presencia de diarrea.
 - 1.8.5. Evaluación y control de niño(a) con fiebre.
 - 1.8.6. Evaluación y control del niño(a) con dolor de oído.
 - 1.8.7. Evaluación y control del niño(a) con dolor de garganta.

1.8.8. Evaluación y control de la anemia.

1.8.9. Evaluación y manejo de la malnutrición por déficit o exceso.

1.8.10. Evaluación de los signos de alerta del cáncer infantil.

1.8.11. Determinación de anomalías congénitas.

1.8.12. Determinación de otras enfermedades. (Tuberculosis infantil y otras).

1.9. Indicar tratamiento.

1.10. Consejería.

1.11. Atención Hospitalaria del niño enfermo cuando sea necesario.

2. En cada instalación de salud designada para la atención del niño de 0 a 9 años, debe destinar el espacio físico suficiente para la atención, reuniendo las condiciones necesarias que garanticen la privacidad, el acceso adecuado según las normas de habilitación, bioseguridad e higiene durante la atención.

3. Las Direcciones Regionales y de las instalaciones de salud, organizarán y abastecerán la provisión de los insumos necesarios y suficientes para la atención.

4. La atención de todo niño desde el nacimiento hasta los 9 años debe ser integral,

integrada y continúa utilizando la Guía de AIEPI según edad, tanto para la atención crecimiento y desarrollo como para la atención de la morbilidad.

5. Se debe permitir durante la consulta del niño sano y enfermo, y/o durante las intervenciones la participación de la unidad familiar (padre, madre y/o al cuidador).

6. Para fines estadísticos y de evaluación de cobertura se debe registrar la atención de los niños institucionalizados en Hoja de Registro Diario de Actividad (RDA) y las inmunizaciones en la hoja de registro de vacunas.

7. Todo niño de 0 a 9 años recibirá las vacunas establecidas en el esquema de inmunizaciones como lo establece el PAI, de acuerdo con las revisiones anuales basadas en la evidencia científica.

8. Todo niño de 6 a 59 meses recibirá la dosis de vitamina A, priorizando las áreas de condición endémica.

9. Todo niño a partir de los 4 meses recibirá suplementación preventiva de hierro como lo establece la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes (MINSA 2017).

10. A partir de los 12 meses de edad todo niño debe recibir antiparasitario y luego se continúa una vez al año hasta cumplir los cuatro años, como lo indica la Norma de Micronutrientes.

11. Todos los niños a partir de los 4 meses de edad recibirán atención por salud bucal como lo establecen las Normas Técnicas Administrativas y protocolos de Atención en Salud Bucal-Primer Nivel (MINSA, agosto 2004).

12. No se puede negar la atención en salud a ningún niño aun cuando no cuente con sus

documentos de identidad. REGES debe asignar un número correlativo temporal para la atención del niño cuando no cuenta con sus documentos de identidad. No se puede negar la atención a ningún niño.

B. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD

13. Todo niño que acuda a atención por morbilidad durante el horario de la instalación de salud será atendido, aunque la agenda esté llena. Ningún niño que acuda por morbilidad debe regresar a su casa sin ser atendido.

14. El triage para todo niño menor de 9 años debe ser realizado por el médico, en caso de no contar con el recurso debe realizarlo el que cuente con el mayor entrenamiento posible.

15. Todo niño que acuda por morbilidad se le debe tomar la temperatura y el peso (kg).

16. Todo niño menor de 2 meses de edad debe ser atendido de manera integral e integrada en caso de morbilidad las veces que lo requiera a fin de restablecer la salud, prevenir la complicación y/o el evento adverso.

17. En cada visita por morbilidad se realizará un examen físico completo del paciente, registrará los hallazgos y su interpretación.

18. Todos los procedimientos y formularios para la referencia y contrarreferencia de pacientes se harán conforme a lo establecido en el SURCO.

19. Todo niño enfermo que requiere atención de mayor complejidad debe referirse a los niveles de atención correspondiente.

- a). Llenarse el protocolo de referencia (SURCO).
- b). Si es a un nivel hospitalario debe comunicarse

el traslado a las instancias correspondientes.

c). Si su condición es complicada debe establecerse previamente.

d). Cumplir con el protocolo de traslado de paciente.

20. En los casos de niños 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.

21. Todo niño que acuda a REGES y presenta la referencia que cuente con sello de **“Prioridad-Alto riesgo”** debe agendarse en no más de una semana.

22. Todas las instituciones brindadoras de salud cumplirán un protocolo de bioseguridad según lo normado por el MINSA.

C. ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

23. Todo niño desde el nacimiento hasta los 9 años debe recibir atención ambulatoria integral e integrada en la consulta de crecimiento y desarrollo para la identificación temprana de riesgos que pongan en peligro su vida, su calidad de vida o alteraciones del neurodesarrollo, según esquema y dar atención oportuna, ofrecer información y educación a sus familiares o cuidadores y proteger su salud.

a). A todos los niños de 0 a 9 años se les hace la evaluación nutricional, la evaluación del desarrollo y se les ofrece consejería del desarrollo infantil.

b). A todos los niños de 0 a 3 años se les

realizan las actividades de crecimiento y desarrollo de acuerdo con la edad y se ofrecen orientaciones de estimulación del desarrollo, asesoría en crianza cariñosa y sensible a los padres y cuidadores.

24. La consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo es ofrecida por profesionales idóneos (médicos generales o especialistas y enfermeras generales o especialistas).

25. En cada visita del niño para control de salud se le hace una historia clínica, examen físico completo, se registran los hallazgos y su interpretación. Estas actividades de la atención de crecimiento y desarrollo están señaladas en la tabla N°1. [\(Ver anexo 2.1\).](#)

26. En cada visita todo niño se pesa y se mide (longitud/estatura, según la edad) por el personal capacitado para realizar esta actividad.

27. El perímetro cefálico se mide en cada visita de control, hasta los 3 años. El profesional encargado de brindar la atención hace la medición, anota los datos en el expediente clínico, grafica los puntos en la respectiva curva y hace la interpretación de los hallazgos. [\(Ver anexo 2.5\).](#)

28. Para la evaluación del crecimiento se utilizan las medidas antropométricas establecidas y se utilizará los patrones de crecimiento de la OMS, para determinar la tendencia y clasificar el estado nutricional. [\(Ver anexo 2.5\).](#)

29. Todo niño con riesgo o problemas de nutrición debe ser referido a un pediatra y a un nutricionista.

30. Todos los padres y cuidadores de los niños de 0 a 9 años deben recibir orientación en alimentación y nutrición.

31. Todos los padres y cuidadores de niños menores de 2 años deben recibir consejería de Lactancia Materna y consejería de alimentación perceptiva de acuerdo con las guías nutricionales vigentes.

32. A partir de los 3 años, se inicia la toma de presión arterial periódica a todos los niños que acudan a los controles de salud. Antes de los 3 años se toma la presión arterial a los niños que presenten algún factor de riesgo.

33. El profesional tratante debe tomar la presión arterial, registrar los datos, interpretar los resultados y aplicar los procedimientos según se establece en las guías de atención respectivas.

34. El profesional de la salud hace la evaluación del desarrollo e interpreta los hallazgos según las guías de atención vigentes, registra los resultados y determina si el paciente continúa en la programa preventivo de estimulación temprana ([Ver anexo 2.8](#)) o requiere intervenciones específicas del neurodesarrollo. ([Ver anexo 2.9](#)).

35. La Evaluación del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) se registrará con el código correspondiente ([Ver anexo 2.13](#)), y requiere de:

- a).** Una evaluación de su estado de salud integral. Si está sano, proceder con la evaluación del neurodesarrollo. De lo contrario, reprogramar la cita.
- b).** Evaluación integral del desarrollo infantil hace referencia a la evaluación de los diferentes dominios del desarrollo: motor grueso, motor fino, cognitivo, lenguaje comprensivo y expresivo, socioemocional y de comportamiento por edad de 0 a 9 años.
- c).** Incluye la evaluación para identificar alteraciones en el desarrollo.
- d).** Solicitud de estudios especiales en caso de ser requerido.
- e).** Referencias oportunas a subespecialistas en

caso de ser requerido.

f). Coordinación de la intervención terapéutica ajustada a las necesidades de cada niño.

g). Seguimiento continuo de la evolución de cada caso.

36. En cada Región de Salud se organizarán módulos de atención de DIT de acuerdo con la capacidad resolutive de sus diferentes instalaciones.

37. El tamizaje del desarrollo se realiza con un instrumento vigente en el país. ([Ver anexo 2.7, 2.10](#)).

38. Todo niño de 0 a 9 años con riesgo o desviaciones en el desarrollo debe recibir un plan de intervenciones terapéuticas y seguimientos con el equipo especializado, de acuerdo con el problema y según la guía y flujograma vigente. Para esto se referirá al módulo local que corresponda, usando el SURCO con el resumen clínico y copia de Epicrisis.

39. Las referencias de cualquier instalación sean pública o privada serán aceptadas en todas las instalaciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional.

40. En los módulos locales de DIT: El diagnóstico y seguimiento del niño que presenta alguna alteración del desarrollo, se procederá como sigue: ([Ver anexo 2.9](#)).

a). El médico debe realizar la evaluación del estado de salud y luego la evaluación del desarrollo para establecer un diagnóstico presunto con el propósito de organizar al equipo terapéutico y elaborar un plan de trabajo individualizado.

b). A todo niño entre los 18 meses y los 24 meses debe contar con al menos 2 evaluaciones del M-Chat ([Ver anexo 2.11](#)).

c). Las reevaluaciones se harán luego de 6-8

semanas de iniciado el plan terapéutico el cual debe incluir un programa casero.

d). De acuerdo con los hallazgos clínicos el médico, en conjunto con el equipo técnico existente, decidirá el tipo de terapia a iniciar y la frecuencia necesaria ajustada a las necesidades de cada paciente.

e). El plan de intervención debe ser consensuado con el equipo terapéutico encargado del paciente y se debe seguir el flujograma establecido para lograr realizar las evaluaciones y adecuaciones en el momento pertinente con el objetivo de optimizar los resultados del paciente en el menor tiempo posible.

f). Entiéndase plan terapéutico como aquel que incluye: el tipo de terapia que requiere, la frecuencia semanal, el número de repeticiones en casa, la duración del plan y establece la frecuencia de las citas de reevaluación hasta lograr un diagnóstico definitivo.

41. Cuando el niño con problemas del neurodesarrollo inicie un plan terapéutico con un profesional especializado debe firmar un compromiso de asistencia y cumplimiento al programa. En caso de incumplimiento al plan terapéutico, se deberá referir a Trabajo Social.

42. Todo niño menor de 0 a 9 años con riesgo y/o alteraciones del desarrollo deben recibir consejería de crianza y desarrollo infantil temprano.

43. Las citas de las actividades terapéuticas las asignará el equipo tratante de la instalación teniendo en cuenta que, por ser paciente de riesgo, las intervenciones deben ser: una (1) vez por semana, si el niño presenta solo un rezago del desarrollo; o de dos (2) a tres (3) veces por semana, si hay retraso o regresión del desarrollo. Siempre debe acompañar estas intervenciones un plan casero para lograr los avances con participación de la familia.

44. En los niños prematuros se debe evaluar el neurodesarrollo, siempre ajustados a su edad corregida, hasta los 2 años y cumpliendo con la exploración de todos los dominios del desarrollo.

45. Se debe utilizar el EDI modificado o el Perfil del Desarrollo en su versión digital o impresa. El niño debe completar la actividad propuesta durante la consulta para que el hito sea evaluable. ([Ver anexo 2.7 y 2.10](#)).

46. El médico tratante debe referir al paciente a los subespecialistas de apoyo de la programa en el momento en que lo considere pertinente.

47. Si se diagnostica una patología incapacitante, el paciente debe ser referido de inmediato a:

- a).** Instituto de Medicina Física y Rehabilitación.
- b).** Instituto Panameño de Habilitación Especial.
- c).** Centros Reintegra.
- d).** Otros centros o instituciones que puedan ofrecer servicios integrales de rehabilitación a largo plazo.

48. Los pacientes que requieran atención terapéutica en centros de mayor complejidad, continuarán sus controles de Crecimiento y Desarrollo en la instalación de salud que le corresponda con la contrarreferencia correspondiente.

D. TAMIZAJE NEONATAL

49. El tamizaje neonatal es de carácter universal, obligatorio, rutinario y continuo; como parte del cuidado del recién nacido en todas las instituciones pública y privadas en la República

de Panamá según la legislación vigente.

50. Se realiza el tamizaje neonatal universal a todos los recién nacidos antes de su egreso hospitalario. De no realizarse el tamizaje previo a su egreso este debe ser realizado entre el 3° y el 7° días de vida, pero puede realizarse hasta los 28 días; siguiendo los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

51. Todo neonato al egresar de la instalación de salud, donde nació, debe egresar con el Tamizaje metabólico para:

- a). Deficiencia de Glucosa 6 Fosfato deshidrogenasa.
- b). Hiperplasia Suprarrenal.
- c). Hipotiroidismo congénito.
- d). Fenilcetonuria.
- e). Galactosemia.
- f). Fibrosis Quísticas
- g). Además de las pruebas para Hemoglobinopatías

52. En las instalaciones de salud de atención primaria, se realizará la toma de la muestra sanguínea para tamizaje neonatal entre los 3 y 7 días de nacido, si la instalación cuenta con los recursos y las condiciones adecuadas. De lo contrario, dar la indicación para ser realizado antes de los 28 días, siguiendo los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

53. La red de servicios establecerá los mecanismos para el envío de las muestras a los laboratorios donde serán procesadas. Los laboratorios de referencia procesarán la muestra y enviarán los resultados a la instalación de origen de la muestra.

54. En la Libreta del Niño y del Adolescente

deberá anotarse el resultado de los tamizajes, la fecha de realización y la edad del paciente.

55. Se ofrecerá consejería específica individualizada según necesidad y se registrará en el expediente del paciente, el RDA, utilizando los códigos establecidos.

56. Todos los casos de alteraciones en el tamizaje requerirán un seguimiento a lo largo de toda la niñez, por las especialidades que se requiera según la patología diagnosticada.

57. Si por alguna razón el niño de más de 28 días, no se ha tomado la muestra de sangre para hacer el tamizaje metabólico cuando asista a la consulta de Crecimiento y Desarrollo se tomará la muestra para: electroforesis de hemoglobina, T4 libre, Hormona estimulante de la tiroides (TSH), Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PDH), 17 Hidroxi-Progesteronona según la técnica correspondiente.

58. Se realizará el tamizaje auditivo universal (“Prueba de potenciales evocados auditivos automatizados o emisiones otoacústicas”) antes de que el recién nacido egrese del hospital, en caso contrario dar cita para realizarlo antes de los 28 días. Informar el resultado al médico y al familiar. Dar las recomendaciones pertinentes.

59. Si la prueba de potenciales evocados auditivos automatizados o 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, el paciente será referido como caso prioritario (urgente) al Servicio de Otorrinolaringología para realizar estudios complementarios e iniciar tratamiento específico. El médico hará las referencias correspondientes y seguirá la evolución

de este paciente priorizando su pronta atención especializada.

60. Realizar la evaluación ocular incluyendo la inspección detallada de los ojos, Reflejo rojo, desde el recién nacido hasta los 28 días de vida.

61. Tamizaje Cardíaco: Este tamizaje debe hacerse antes del egreso del recién nacido. En caso de que no se pudo hacer antes del egreso, se realizará antes de los 28 días. Es deber del médico que hace la consulta referir al paciente, quien no se ha hecho el tamizaje cardíaco, antes de los 28 días de vida, al hospital de referencia o a la institución de mayor complejidad que cuenten con el recurso para realizarlo.

E. EXPEDIENTE CLÍNICO E HISTORIA CLÍNICA PARA LOS MENORES DE 9 AÑOS

62. El personal de salud se acogerá a las ordenanzas establecidas en la Ley 68 y su reglamentación o en la legislación vigente en el momento, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada y que así mismo establece los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico.

63. El equipo de Salud debe ser garante de utilizar el Expediente Clínico para la atención de la población infantil con los formularios establecidos.

64. Al momento de la captación y el ingreso al Programa de Niñez, el expediente clínico debe confeccionarse y prepararse de acuerdo con la edad y sexo con los siguientes **formularios físicos**:

a). Anamnesis pediátrica (HCP 15). ([Ver anexo 2.3](#))

b). Hoja de evolución infantil (HCP 16). ([Ver anexo 2.4](#))

c). Patrones del crecimiento y evaluación del estado nutricional: ([Ver anexo 2.5](#))

1. HCP17. Canales de Crecimiento Postnatal para Recién Nacido de bajo peso de 0 a 6 meses.

2. HCP18 A. Longitud/estatura para la edad (niños) de niños de 0 a 5 años.

3. HCP18 B. Longitud/estatura para la edad (niñas) de niñas de 0 a 5 años.

4. HCP19 A. Peso/Edad para (niños) de niños de 0 a 5 años.

5. HCP19 B. Peso/Edad para (niñas) de niñas de 0 a 5 años.

6. HCP20 A. Peso para la longitud (niños) de niños de 0 a 5 años.

7. HCP20 B. Peso para la longitud (niñas) de niñas de 0 a 5 años.

8. HCP21 A. Peso para la estatura (niños) de niños de 0 a 5 años.

9. HCP21 B. Peso para la estatura (niñas) de niñas de 0 a 5 años.

10. HCP22 A. IMC para la edad (niños) de niños de 0 a 5 años.

11. HCP22 B. IMC para la edad (niñas) de niñas de 0 a 5 años.

12. HCP24 A. Longitud estatura para la edad niños 5 a 19 años.

13. HCP24 B. Longitud estatura para la edad niñas 5 a 19 años.

14. HCP25 A. IMC para la edad (niños) 5-19 años.

15. HCP25 B. IMC para la edad (niñas) 5-19 años.

d). Evaluación del Perímetro Cefálico. ([Ver anexo 2.5](#))

1. HCP23 A. Perímetro cefálico para la edad de niños de 0 a 5 años.

2. HCP23 B. Perímetro cefálico para la edad de niñas 0 a 5 años.

e). Evaluación de desarrollo se utilizarán los siguientes instrumentos:

1. HCP26. Perfil para la evaluación del desarrollo infantil. Ver anexo 7
2. HCP 26^a. Perfil para la evaluación del desarrollo infantil para el niño de 0 a 1 año.
3. HCP 26B. Perfil para la evaluación del desarrollo infantil para el niño de 1 a 6 años.
4. Formulario de Evaluación del desarrollo infantil modificado (EDI). [\(Ver anexo 2.10\)](#)
5. Formulario de M-Chat. [\(Ver anexo 2.11\)](#)
6. Guía para la evaluación del desarrollo del niño de 5 a 11 años. [\(Ver anexo 2.10\)](#)

f). Ficha para la evaluación de salud bucal.

g). Hojas blancas para los laboratorios.

65. En el llenado del expediente clínico participan los diferentes miembros del equipo de salud según la disponibilidad en la instalación:

- a). La secretaria y/o el Auxiliar o Técnico de Registros Médicos, llenarán las generales y datos de identificación en todos los formularios del expediente clínico.
- b). Los expedientes clínicos deben ser claramente legibles, evitándose en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas.
- c). El profesional de salud que ofrezca atención al niño de 0 a 9 años deberá llenar la historia clínica pediátrica (HCP) al ingreso al programa y la actualizará en cada consulta, utilizando los formularios establecidos. Este formulario se llenará de acuerdo con la modalidad existente: impreso o digital.
- d). Los profesionales de salud deben registrar los hallazgos y asistencia (Anamnesis, evaluaciones, exámenes, intervenciones, procedimiento, diagnósticos, plan de atención y tratamientos, información, consejería, referencias y el seguimiento que

se dará al caso) dicha información debe ser datada y firmada de manera que certifique claramente a la persona que lo realiza.

e). Todas las atenciones e intervenciones al niño desde el nacimiento hasta los 9 años, se debe registrar en el expediente clínico ya sea de manera digital o físico (impresos) utilizando los formularios establecidos.

66. A todo niño que es captado en el Programa de Niñez se le debe llenar la tarjeta de seguimiento de caso, este es el instrumento que se utilizará en todas las citas de control y/o morbilidad y cuando se realice la visita domiciliaria. [\(Ver anexo 2.16\)](#).

a). El personal de Registros Médicos llenará los datos de identificación en la tarjeta de seguimiento de caso y la archivarán por lugar de procedencia.

b). Debe ser llenada en cada consulta por el profesional que atiende al niño y debe marcar en rojo si amerita visita domiciliaria.

c). El personal de salud programará las visitas domiciliarias de acuerdo con la alerta consignada en la tarjeta de seguimiento del caso.

F. LIBRETA DEL NIÑO, NIÑA Y EL ADOLESCENTE

67. Todo niño en el territorio nacional debe contar con la libreta del niño, niña y el adolescente, independientemente donde haya nacido. Resolución N° 1077 del 14 de agosto de 2015.

68. La libreta del niño y del adolescente es un instrumento de registro y verificación de las atenciones e intervenciones que se ofrece durante la niñez y la adolescencia.

a). El personal de salud que atiende al niño debe registrar la atención en la libreta del niño y el adolescente para fines de seguimiento y

control de salud.

b). Esta libreta será única, válida y obligatoria para todo el sector salud del país, público y privado.

c). La libreta es propiedad del usuario directo y/o la familia.

69. El personal de Registros Médicos entregará desde ventanilla la libreta del niño y el adolescente en su primer contacto con la institución previo llenado de los datos de identificación. Serán susceptibles de anotarse en esta libreta actividades de promoción y prevención durante el período de la niñez, en el período escolar y la adolescencia.

70. La libreta del niño y del adolescente debe ser entregada a la madre durante el control prenatal. En caso de que no se entregara en el control prenatal, debe entregarse en el momento del nacimiento o en el primer contacto con el primer nivel de atención.

71. En cada visita del niño a la instalación de salud se revisará la libreta del niño y del adolescente y se actualizará según el esquema nacional de vacunación del PAI y el esquema de control de salud.

G. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PARA EL CUIDADO DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO- PAUTAS DE CRIANZA

72. El personal de salud:

a). Ofrecerá consejería específica individualizada a la madre, padre o cuidador de los niños según necesidad y se registrará en el expediente del paciente y el RDA.

b). Se ofrecerá consejería a la madre, padre y/o cuidador sobre cuidados del recién nacido, lactancia materna, alimentación, cuidado para el

desarrollo infantil temprano, orientación para resolver problemas en la atención en el hogar, crear las condiciones seguras de estimulación y aprendizaje y sobre el uso adecuado de la libreta del niño y del adolescente.

c). Orientar a la familia sobre las actividades que fortalezcan la relación entre el niño y la persona que lo cuida (madre, padre y/o cuidador significativo).

d). Recomendará a la familia actividades de juego y comunicación apropiadas para estimular el neurodesarrollo saludable de la niñez en la primera infancia.

e). Reforzará en la familia y/o cuidadores las habilidades básicas para la crianza y capacidad de responder con sensibilidad a las necesidades del niño.

73. Si el personal que atiende al niño considera que la familia necesita reforzamiento de las habilidades de crianza debe remitir para sesiones de consejería de Crianza para el seguimiento.

74. La actividad de orientación y consejería para el cuidado del desarrollo infantil temprano debe registrarse en la hoja de RDA, bajo la modalidad del código que corresponda. ([Ver anexo 2.13](#))

H. PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

75. En todas las instalaciones de salud en los diferentes niveles de atención se deben desarrollar iniciativas y procesos de fomento y apoyo a la lactancia materna intra y extramuros.

76. Todas las instalaciones de salud promoverán la lactancia materna natural exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuada con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.

77. Todo el personal de salud técnico y administrativo debe estar capacitado y orientado sobre la lactancia materna, priorizando al que tiene contacto con embarazada, madres lactantes y niños pequeños.

78. Todas las instalaciones que ofrezcan servicios de atención al parto y neonatología deben implementar los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y las Madres.

79. El personal de salud que atiende a la mujer lactante debe ofrecer consejería en lactancia materna de acuerdo con las necesidades individuales y/o referir a un profesional capacitado con su respectiva referencia. ([Ver anexo 2. 14](#))

80. Todas las instalaciones públicas y privadas con servicios de Maternidad y Neonatología deben contar con lactario institucional hospitalario habilitado, para que la madre lactante pueda extraerse la leche para su propio hijo.

81. El equipo de salud debe promover los espacios amigables para la lactancia materna de madres trabajadoras. Ver las Normas de “Habilitación de las Salas de Lactancia Materna en los Lugares de Trabajo” (MINSA.2018).

82. El equipo de salud debe promover los “Bancos de Leche Humana en el Hogar” y enseñar a la madre que lo necesita en cómo hacerlo.

83. En los hospitales de alta demanda de niños prematuros y censo elevado de niños en salas de neonatología de II, III y IV nivel de atención deben promover la existencia de un Banco de Leche Humana Pasteurizada, de acuerdo con sus recursos.

84. Toda instalación que ofrece servicios de maternidad, servicios neonatales y pediátricos deben conocer y cumplir lo establecido en el

texto único de la Ley 50 de 23 de noviembre de 1995 ordenado por la Ley 135 de 2020.

85. En los servicios de neonatología, solo se indicará fórmulas para los neonatos debidamente comprobados con patología o condiciones por la cual el neonato no puede ingerir leche humana y debe ser indicado por el médico tratante.

86. En las instalaciones de salud de todos los niveles de atención se debe cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneo de la Leche Materna y no se debe recibir donaciones de sucedáneos de leche materna.

87. Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y del recién nacido 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.

a). Criterios técnicos y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

b). Debe contar con un lactario institucional a fin de ofrecer el derecho a la alimentación del recién nacido con lactancia natural.

88. La máxima autoridad, de la instalación de salud, debe facilitar las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los dos años o más.

89. Para promover y proteger la práctica de la lactancia materna exclusiva, debe cumplirse con lo siguiente:

a). Informar diariamente a las embarazadas y puerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y fórmulas adaptadas.

b). En las instalaciones de salud, no se debe

permitir la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

c). 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 positivo, por ejemplo).

90. Se debe cumplir con los compromisos y leyes nacionales e internacionales sobre lactancia materna y la comercialización de sucedáneos de la leche. Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna.

91. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y educación sobre las técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna.

I. VISITA DOMICILIARIA

92. El equipo multidisciplinario e Inter programático de salud deben estructurar un programa 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.

a). 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. Aplicar APGAR Familiar. Guía de Visita Domiciliaria. (MINSa, 2011).

b). 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.

93. La selección del o los integrantes de los equipos de salud multidisciplinario que realiza las visitas domiciliarias estará definida por los servicios que ofrezcan a la población objetivo y la disponibilidad de recursos de la unidad correspondiente.

94. Los servicios ofrecidos en la visita domiciliaria, según el grupo familiar, puede incluir todas o algunas de las siguientes:

a). Orientación 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 y vacunación.

b). Consejería a la madre, padre y/o cuidador sobre cuidados del recién nacido, lactancia materna, alimentación, cuidado para el desarrollo infantil temprano, crianza y otros.

c). Vacunación.

d). Evaluación del desarrollo y adecuada estimulación.

e). Información a la madre y la familia de otros servicios ofrecidos en la instalación de salud y la red de servicios de salud (servicios de Salud Sexual y reproductiva, anticoncepción, trabajo social, salud mental, otros).

f). Referencia a otras instituciones (MIDES, Corregiduría, MITRADEL, ONG'S, Iglesias, otras).

g). Suplementación nutricional.

h). Otros servicios identificados en el diagnóstico situacional.

95. El personal de salud mantendrá un programa regular de visitas a la comunidad con el propósito de:

a). Captar Recién Nacidos que no hayan asistido al primer control de salud durante los primeros 7 días de vida. El personal de las instalaciones de salud coordinará con los hospitales de referencia para obtener los listados y datos de

todos los recién nacidos.

b). Búsqueda de niños con situaciones específicas:

1. Niños con bajo peso y bajo peso severo, emaciado y severamente emaciado que descontinúan controles.
2. Niños con neumonía que no lleguen al control a las 48 horas.
3. Niños con inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
4. Casos de reporte epidemiológico. (morbilidad, mortalidad perinatal e infantil).
5. Casos de niños con VIH o Sífilis o madres seropositivas.
6. Niños con esquema de vacunación incompleto.
7. Niños con problemas y/o alteraciones del neurodesarrollo.
8. Otros casos en los que por la patología o factor de riesgo lo ameriten.

96. La visita domiciliaria debe hacerse con el acuerdo explícito de las familias y las visitas de seguimiento deben programarse con la familia.

97. Se debe explicar el motivo e interés del personal de salud de ofrecer atención y de la necesidad del consentimiento informado.

98. Se debe garantizar la confidencialidad de la información para fomentar la calidad de la relación y el logro de los objetivos de la visita.

99. El equipo de salud o el profesional que realice la visita debe elaborar el plan de visita individual (individuo, familia y comunidad) que incluya: cronograma, objetivos, actividades asistenciales y/o procedimientos, educativos, otros; tiempo, recursos y la logística necesaria.

100. En cada caso se registrará la información de la condición e intervenciones realizada en

la HCP, se llenará la tarjeta de seguimiento de caso, la libreta del niño, niña y el adolescente, formularios específicos de acuerdo al caso y para fines estadísticos el formulario de Registro Diario de Visitas Domiciliarias (Form. SIES 4) en la columna que dice infantil, actividad 18, paciente de seguimiento al DIT. Se debe elaborar un informe de visitas domiciliarias.

101. El personal de REGES, consolida manualmente el dato de la visita domiciliaria realizada a los niños.

J. TARJETA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

102. Debe ser utilizado por todos los profesionales que atiende a la población de 0 a 9 años e iniciar su uso en cada caso que ingrese al Programa con el objetivo de dar seguimiento a la condición del niño. ([Ver anexo 2. 16](#)).

103. El equipo de REGES, debe integrar la tarjeta al expediente físico cada vez que sea atendido tanto por morbilidad como por control de salud.

104. Si el expediente es electrónico, de igual forma, se pasará la tarjeta al consultorio donde será atendido.

105. El profesional que atiende el caso debe registrar condiciones relevantes para seguimiento del niño en casa o comunidad, haciendo énfasis en los niños con condiciones de riesgos, problema o patologías que ameritan vigilancia.

106. Se debe utilizar para programar y realizar las visitas domiciliarias y se archivarán por fecha de control de salud y lugar de procedencia.

K. ATENCIÓN A LOS NIÑOS CON CÁNCER, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y OTRAS CONDICIONES QUE ESTÁN ASOCIADAS CON NECESIDADES ESPECIALES

107. Todos los niños con cáncer, enfermedades crónicas, anomalías congénitas y otras condiciones de salud asociadas a discapacidad o con necesidades especiales; deben continuar:

- a). Atención de salud preventiva (Control de Crecimiento y Desarrollo) y curativa según el Programa de Niñez y Adolescencia.
- b). Fomento de comportamientos saludables durante la etapa del crecimiento y desarrollo.
- c). Atención preventiva de su situación especial dirigida a evitar posteriores secuelas que compliquen su calidad de vida.
- d). Rehabilitación física y mental.
- e). Apoyo psicológico al paciente y sus cuidadores.
- f). Continuidad de la vida educativa con miras a ofrecer oportunidades de acción en una sociedad inclusiva.

108. Los niños y adolescentes con cáncer, enfermedades crónicas, anomalías congénitas sean estas fenotípicamente visibles o no, u otras condiciones que están asociadas a discapacidad, deberán ser evaluados integralmente por el equipo multidisciplinario: médico, enfermería, salud mental, trabajo social, nutrición, odontología, rehabilitación, salud ambiental y otros profesionales de salud durante las diferentes etapas que incluyen: diagnóstico, tratamiento (si éste existe específicamente) y seguimiento. Las actividades deberán ser anotadas en el expediente clínico manual y/o electrónico y en la libreta del niño y el adolescente.

109. En el primer y segundo nivel de atención se debe indagar sobre signos y síntomas de cáncer a todo niño que entre en contacto con el equipo de salud en cualquier consulta, según indica la Guía de Atención para la Detección Temprana de Atención Oportuna de la Sospecha del Cáncer en Niños y Adolescentes (MINSA, 2021).

110. En todos los casos de cáncer, enfermedades crónicas sean estas estables en el tiempo o progresivas, anomalías congénitas, patologías asociadas a necesidades especiales se garantizarán los canales de comunicación entre los diferentes niveles de atención primario, secundario y terciario con el fin de mantener la atención de la calidad de vida con la colaboración de múltiples profesionales en cada nivel de complejidad.

111. Se ofrecerán cuidados paliativos cuya meta es mejorar la calidad de vida e integrar el tratamiento humanizado a lo largo de todo el ciclo de vida, a los pacientes pediátricos en quienes las medidas curativas no han surtido efecto o en quienes a pesar de aplicarles tratamiento la enfermedad avance inexorablemente y/o a los que no tienen tratamiento curativo. Guía de Manejo Clínico de Problemas Comunes de la Atención Paliativa Pediátrica en Panamá (MINSA, 2016).

L. ATENCIÓN A NIÑOS ESCOLARIZADOS Y EN LOS CAIPIS. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Para los detalles de las actividades consultar la Guía de Salud Escolar.

112. Las instalaciones de salud de acuerdo con sus recursos ofrecerán la cartera de servicios a los niños en los centros educativos con énfasis en algunas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para dar cobertura a este grupo en la etapa escolar, con previa coordinación con el Ministerio de Educación.

113. El equipo de salud programará las actividades de salud escolar en los formularios establecidos y realizará jornadas para evaluar las coberturas de las actividades.

114. Se promoverá las estrategias de Escuelas Promotoras de Salud o de Escuelas Saludables en donde se desarrollarán actividades en el marco de salud (nutrición, saneamiento ambiental, salud bucal, salud mental y otras).

115. Las referencias emitidas por los docentes a las instalaciones de salud serán válidas y con ella se puede generar el cupo de atención.

116. Los niños provenientes de un centro escolar que presente deterioro de salud, lesiones agudas o que presente signos de sospecha de maltrato, deben ser atendidos con urgencia.

117. El equipo de salud debe incentivar a los padres de familia para que acudan al centro de salud a los controles de Crecimiento y Desarrollo. Todos los controles de C y D se hacen en las instalaciones de salud que corresponde y se emite el certificado de salud correspondiente, según lo establecido en la Guía del Programa de Salud Escolar.

CAPITULO IV

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 9 AÑOS SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

1. ATENCIÓN HOSPITALARIA

A. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O CENTROS MATERNO INFANTIL DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL PARTO

118. Todo niño debe contar con atención profesional al momento de nacer y en condiciones óptimas de higiene y seguridad.

119. Las Regiones de Salud del MINSA y la CSS como parte de la organización de la red de servicios, establecerán centros para la oferta de cuidados obstétricos y neonatales básicos y de emergencia.

120. Para la atención del recién nacido durante el parto en los centros de cuidados obstétricos y neonatales básicos y de emergencia, la instalación 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). La red de servicios debe contar con transporte adecuado y mecanismo de comunicación para el caso de necesitar el traslado del recién nacido prematuro o enfermo.

121. Los centros de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia deben contar con la dotación de recursos humanos, equipo y material óptimos para la atención integral del recién nacido enfermo.

122. La atención clínica del recién nacido se realizará según la guía de AIEPI neonatal que han sido adecuadas para su aplicación en el país.

123. 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 y transporte neonatales y Cuidado Post-reanimación y Pre-transporte para neonatos enfermos (STABLE).

124. La atención de recién nacido al momento del parto incluirá de manera rutinaria:

- a). Reanimación neonatal según guías de AIEPI. (secado, posicionar, despejar las vías aéreas, estado hemodinámico).
- b). Pinzamiento tardío del cordón (a los 3 minutos o hasta que deje de latir el cordón).
- c). Promover el contacto piel a piel, madre-niño inmediato y el apego materno, si el recién nacido está sano y prolongarlo al menos durante la siguiente media hora.
- d). La lactancia materna exclusiva, iniciándose al momento del nacimiento.

e). Examen físico, antropometría, (Capurro) evaluación de APGAR, clasificación según edad gestacional y el peso para la edad.

f). Profilaxis oftálmica.

g). Aplicación de vitamina K.

h). Glicemia capilar en los casos que corresponda.

112. Atención mediata del recién nacido sano incluye:

a). Alojamiento conjunto.

b). Vigilar y evaluar la posición del niño (boca y nariz libre), la perfusión periférica (color de la piel) y respiración (frecuencia, retracciones y quejidos).

c). Vigilar la alimentación al seno materno.

d). Vigilar la eliminación de heces y orina.

113. 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 contactoprecoz y permanente, así como la lactancia materna inmediata al parto.

114. El alojamiento conjunto debe darse desde el nacimiento hasta el momento que ambos sean dados de alta.

115. Durante este período se realizarán las siguientes acciones:

a). Evaluación clínica diaria y detección de signos de alarma.

b). Evaluación de la lactancia materna y la técnica de amamantamiento.

c). Sensibilización a la familia para el apoyo a la madre en la lactancia materna exclusiva.

d). Vacunación según esquema actualizado con BCG y Hepatitis B.

e). Prueba de potenciales evocados auditivos automatizados o emisiones otacústicas antes de su egreso hospitalario; informar el resultado al pediatra y al familiar. Dar las recomendaciones

pertinentes

f). Consejería a la madre, padre y familia en prácticas para la conservación de la salud, según las necesidades particulares.

g). Registrar todas estas atenciones en la libreta del niño y del adolescente.

125. El personal de salud debe eliminar prácticas como rutinarias, salvo sean por indicación médica como:

a). Aspiración de secreciones por sonda.

b). Lavado gástrico.

c). Ayuno.

d). Administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea.

e). Uso de biberón.

f). Separación madre - hijo.

126. Se debe investigar rutinariamente el grupo ABO, el factor Rh y la prueba de Coombs en el recién nacido de madre Rh negativo que se sospeche riesgo de isoimmunización.

127. Si se identifica la isoimmunización la madre debe recibir la Inmunoglobulina anti-D Humana previo a su egreso.

128. 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.

129. Al momento del egreso de todo recién nacido el personal de salud entregará el documento de referencia Epicrisis neonatal (HCP8) previa orientación e información necesaria.

130. Las coordinaciones regionales de la programa de Niñez deben establecer mecanismos para que se envíe una copia de la Epicrisis neonatal a la instalación de salud para el seguimiento y control del recién nacido.

131. Verificar si la madre cuenta con la libreta del niño y del adolescente, y registrar los datos de parto. Si no cuenta con la libreta entregarla en ese momento.

132. Orientar sobre el seguimiento de salud del recién nacido en la instalación de salud que le corresponda.

B. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ENFERMO

133. En la atención de recién nacido enfermo, el profesional deberá seguir los pasos descritos en la atención de rutina del recién nacido.

- a). Reanimación neonatal según guías de AIEPI. (secado, posicionar, despejar las vías aéreas, estado hemodinámico).
- b). Pinzamiento tardío del cordón (a los 3 minutos o hasta que deje de latir el cordón).
- c). Promover el contacto madre - hijo inmediatamente se dé el parto del recién nacido sano y favorecer el apego materno prolongado al menos durante la siguiente media hora.
- d). La lactancia materna exclusiva, la cual debe iniciarse al momento del nacimiento.
- e). Examen físico, antropometría, (Capurro) evaluación de Apgar, clasificación según edad gestacional y el peso para la edad.
- f). Profilaxis oftálmica.
- g). Aplicación de vitamina K.
- h). Glicemia capilar en los casos que corresponda.

134. Todo niño enfermo debe ser referido o trasladado en condición estable a la instalación de mayor complejidad para recibir la atención apropiada.

135. El recién nacido enfermo debe ser alimentado con leche materna de su propia madre según las normas de bioseguridad.

136. En los casos que el recién nacido no pueda ser alimentado directamente al seno materno se debe brindar las orientaciones y apoyo necesario a la madre para ordeñarse y mantener la producción de leche hasta que su hijo pueda iniciar su alimentación directa.

137. En los casos que el recién nacido padezca alguna patología que contraindique la lactancia materna puede utilizar un sustituto previa evaluación médica.

138. Todas las instalaciones públicas de salud que atienden a recién nacidos enfermos organizarán e implementarán el Método de la Madre Canguro como parte de la atención de rutina.

139. Los padres y familiares deben ser instruidos y recibir consejería sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido enfermo.

140. El médico tratante con el apoyo de un equipo multidisciplinario (psicólogo, trabajo social, enfermera) discutirán ampliamente con los familiares la condición, el pronóstico y las alternativas del niño que nace con malformaciones congénitas u otra condición incompatible con la vida, de tal forma que los familiares puedan tomar decisiones informadas sobre el destino del paciente.

141. Todo recién nacido al egreso debe contar con el registro de las atenciones recibidas en la Libreta del Niño, Niña y el Adolescente. La madre o cuidador debe recibir la información del uso correcto y la importancia de esta para el seguimiento del niño.

C. ATENCIÓN DE LOS NIÑOS PREMATUROS O CON BAJO PESO AL NACER

142. En la atención de recién nacido prematuro o de bajo peso, el profesional deberá seguir los pasos descritos en la atención de rutina del recién nacido.

- a). Reanimación neonatal según guías de AIEPI. (secado, posicionar, despejar las vías aéreas, estado hemodinámico.)
- b). Pinzamiento tardío del cordón (a los 3 minutos o hasta que deje de latir el cordón).
- c). Promover el contacto madre - hijo inmediatamente se dé el parto del recién nacido sano y favorecer el Apego materno prolongado al menos durante la siguiente media hora.
- d). La lactancia materna exclusiva, la cual debe iniciarse posterior al nacimiento.
- e). Examen físico, antropometría, (Capurro) evaluación de Apgar, clasificación según edad gestacional y el peso para la edad.
- f). Profilaxis oftálmica.
- g). Aplicación de vitamina K.
- h). Glicemia capilar en los casos corresponda.

143. Todo niño prematuro o bajo peso debe ser referido o trasladado en condición estable a la instalación de mayor complejidad para recibir la atención apropiada, cuando lo requiera.

144. Todo recién nacido pretérmino y con retraso del crecimiento intrauterino debe ser atendido en unidades de segundo o tercer nivel y por personal especializado.

145. El peso y la longitud del niño prematuro se deben evaluar con la edad corregida hasta los 2 años. [\(Ver anexo 2.6\).](#) Graficar con la edad corregida.

146. Se debe promover que el recién nacido prematuro o de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre o de leche humana pasteurizada en aquellas instalaciones que cuenten con Bancos de Leche Humana Pasteurizada (BLHP).

147. Se fomentará la creación de “Bancos de Leche en el Hogar” según las normas de bioseguridad.

148. El profesional que atiende al niño prematuro debe verificar el cumplimiento de sus controles y las citas especializadas en el Hospital de referencia. Si no lo ha hecho, hay que concienciar a la madre o responsable del niño(a) para que asista.

149. Los niños prematuros o de BPN deben recibir la intervención de Madre Canguro en las instalaciones habilitadas para tal fin, siguiendo los protocolos establecidos.

150. El equipo de atención primaria debe respetar el esquema de alimentación prescrito por el especialista o el Hospital de referencia.

151. Se debe evaluar el neurodesarrollo de los pacientes prematuros utilizando la edad corregida en todos los controles, hasta los dos años.

152. La vacunación a todos los niños prematuros debe aplicarse de acuerdo con su edad cronológica y al esquema nacional de inmunizaciones según lo indica el Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud (PAI).

153. En niños de bajo peso prematuros se iniciará la suplementación con hierro de acuerdo con la Norma Técnica de Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes (MINSA 2017) excepto en aquellos casos que, por indicación médica lo requieran antes.

2. MANEJO AMBULATORIO SEGÚN GRUPO DE EDAD

A. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE 0 A 7 DÍAS

154. Todo niño de 0 a 7 días de nacido debe recibir atención ambulatoria integral e integrada en la Clínica de Crecimiento y Desarrollo 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.

155. La atención para el control de crecimiento, la alimentación y desarrollo debe iniciarse lo más pronto posible en el recién nacido antes que cumpla los 8 días de vida, preferiblemente al tercer (3) o cuarto (4) día después del egreso hospitalario utilizando la metodología AIEPI, con enfoque de riesgo y de derecho.

166. Todo el personal que participe en la atención del niño de 0 a 7 días debe contar con la idoneidad correspondiente y estar ampliamente capacitado en: reanimación neonatal, AIEPI neonatal, lactancia materna, cuidados para el desarrollo infantil temprano, manejo de las emergencias y transporte neonatales.

167. El equipo de salud debe verificar si el niño cuenta con la identidad personal y en caso contrario, orientar y brindar información sobre los mecanismos para el registro del nacimiento.

168. El personal debe verificar si cuenta con la libreta del niño y del adolescente en caso de lo contrario, proceder a la entrega previo llenado y orientación.

169. Todo niño debe contar con un expediente clínico físico con los formularios establecidos

o el expediente electrónico. El expediente clínico debe ser llenado y utilizado de manera correcta.

170. A todos los niños en cada visita de control de salud se le debe realizar y registrar las actividades e intervenciones claves en la Historia Clínica:

- a). Signos predictores de enfermedad severa.
- b). Examen Físico completo.
- c). Alimentación: Evaluación de la Lactancia Materna.
- d). Eliminación.
- e). Color de la piel (Cianosis e ictericia).
- f). El cordón umbilical.
- g). Evaluación nutricional.
- h). Medición de Peso, longitud.
- i). Medición del Perímetro cefálico, Perímetro torácico.
- j). Evaluación del neurodesarrollo.
- k). Higiene del recién nacido.

171. Se debe verificar si el niño cuenta con el tamizaje metabólico, en caso contrario indicar para la toma de la muestra si la instalación cuenta con los recursos, sino dar la indicación para ser realizado antes de los 28 días.

172. 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. Los laboratorios de referencia procesarán la muestra y enviarán los resultados a la instalación del origen de la muestra.

173. Se debe verificar si el niño cuenta con el tamizaje auditivo, de lo contrario indicar el mismo para ser realizado antes de los 28 días.

174. Si la prueba de potenciales evocados auditivos automatizados o 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.

175. A todo niño se le debe realizar la evaluación ocular incluyendo el reflejo rojo.

176. A todo niño se le debe realizar el tamizaje cardíaco antes de los 28 días.

176. Aplicación de Vitamina K, (1 mg IM si el recién nacido es de término, si el parto fue domiciliario o no fue aplicada al nacimiento y 0.5 mg IM si es prematuro).

177. Se debe verificar el estado vacunal del niño. Si no cuenta con las vacunas aplicar según el esquema de vacunación.

178. El niño prematuro se debe vacunar de acuerdo con la edad cronológica y no con el peso.

179. Si el niño amerita ser referido a un nivel de mayor complejidad debe ser trasladado en las mejores condiciones y en compañía del personal idóneo, capacitado y acorde a la condición clínica que presenta el menor. Se debe llenar la hoja de referencia, con 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.

180. Todo niño referido de las instalaciones de atención primaria y atendido en el hospital debe egresar con una contrarreferencia donde se describe con claridad: diagnóstico(s), tratamiento que recibirá ambulatoriamente, seguimiento necesario, intervenciones subsiguientes por parte del especialista consultado y pronóstico.

181. Brindar orientación e información a los padres y cuidadores sobre: signos de peligros, lactancia materna, importancia del control de salud, las inmunizaciones e higiene, dando oportunidad para que expresen sus dudas e inquietudes, utilizando recursos didácticos, material escrito para entregar y/o demostraciones.

182. Acordar con la madre o cuidadora la fecha para la siguiente cita de control, según la Guía de Atención y debe ser registrada a lápiz en la libreta del niño y el adolescente.

183. Las atenciones recibidas deben registradas en el expediente clínico físico o electrónico, en la tarjeta de seguimiento de casos, en la Libreta del Niño, Niña y el Adolescente, en el registro diario de actividades (RDA) y Registro diario de vacunación (RDV).

184. Debe ofrecer consejería individualizada específica sobre lactancia materna, alimentación perceptiva, crianza, cuidados para el Desarrollo Infantil temprano (DIT) y sobre otros aspectos de acuerdo con las necesidades presentadas.

185. El Trabajador(a) Social deberá realizar evaluación social y dar seguimiento a toda madre de recién nacido, referido por cualquier miembro del Equipo de Salud, que presente patología social identificada, y a toda madre, y familia que tenga riesgo social.

186. El Trabajador(a) Social deberá referir el caso atendido, a las instancias que tengan capacidad resolutoria.

187. 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 NIÑO/A DE 8 A 28 DÍAS DE NACIDO

187. Todos los recién nacidos entre 8 a 28 días de nacido deben recibir una consulta de atención integral en la clínica de crecimiento y desarrollo, preferiblemente a los 15 días de nacido.

188. Debe ser atendido de manera integral en caso de morbilidad las veces que lo requiera, se hará conforme a las guías de atención correspondiente.

189. Si el recién nacido no es llevado en el periodo correspondiente, al primer contacto que tenga con el servicio se le deberá ofrecer la atención indicada, sin restricciones de ningún tipo.

188. La atención clínica se debe realizar según las guías de atención de AIEPI del menor de 2 meses.

189. La captación del niño de 8 a 28 días será realizada por el médico pediatra preferiblemente, médico general y enfermera.

190. Se llenarán los formularios correspondientes si es el primer contacto del niño con la instalación de salud.

191. El personal de salud de acuerdo con su

competencia debe realizar las actividades en la atención descritas al niño de 8 a 28 días de nacido:

- a). Toma de medidas antropométricas: peso, longitud tomados por el técnico de enfermería.
- b). En el control de los 15 días, realizar la evaluación nutricional utilizando los indicadores de peso/edad, longitud/edad según el sexo y determinar el diagnóstico nutricional.
- c). El perímetro cefálico es tomado por el médico o la enfermera que ofrece la consulta de crecimiento y desarrollo.
- d). Toma de Signos Vitales: temperatura (tomada por el técnico de enfermería). La frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial por el profesional que ofrece la consulta.
- e). Toma de presión arterial en recién nacidos que presenten condiciones especiales: prematuridad con necesidad de cuidados intensivos neonatales, cardiopatía congénita, nefropatías, etc. por el personal médico.
- f). Realizar el examen físico completo.
- g). Buscar la presencia de signos de peligro y morbilidad utilizando la Guía de AIEPI neonatal.
- h). Evaluación del desarrollo según las guías. i). Verificar el registro del nacimiento y orientar a los familiares para completar el trámite si es necesario.
- j). Ofrecer orientación, educación.

192. El profesional de salud al evaluar a los niños que acuden para crecimiento y desarrollo e identifican signos de peligro y/o patología evidente debe suspender la evaluación del desarrollo.

193. Se evalúa el estado nutricional utilizando las gráficas de peso/edad, longitud/edad según el sexo. Se registra la alimentación que recibe y el estado nutricional en el expediente y en la hoja de Registro Diario de Atención.

194. El personal de salud debe ofrecer orientación en los siguientes temas prioritarios:

- a). Signos de peligro y cómo intervenir oportunamente.
- b). Medidas higiénicas en el cuidado del niño.
- c). Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses, recomendaciones sobre signos de buena posición y agarre, extracción y conservación de la leche materna
- d). Importancia de la relación afectiva con el niño y la estimulación temprana del desarrollo.
- e). Importancia de las inmunizaciones y el control de las enfermedades prevenibles por vacuna.
- f). Atención oportuna en la morbilidad.
- g). Cuidados de los niños en el hogar.
- h). Salud de la madre.
- i). Abandono de prácticas tradicionales que pueden tener un efecto negativo en la salud y desarrollo del niño y la niña.

195. El profesional capacitado debe ofrecer consejería individualizada según necesidad y registrar la intervención en los registros y con las codificaciones establecidas.

196. Se debe vacunar al niño de acuerdo con el esquema nacional vigente, anotarlo en el expediente, en la libreta del niño y del adolescente y en los registros del programa.

197. Se debe realizar toma de muestra sanguínea para tamizaje neonatal, si no fue realizado entre los 3 y 7 días de nacido, siguiendo los procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

198. Se debe verificar que se haya realizado la prueba de potenciales evocados auditivos automatizados o emisiones otoacústicas, si no se la ha realizado gestionar para que se haga antes de los 28 días de nacido.

199. Se debe acordar con la madre o cuidadora la visita de control, según el esquema de control de crecimiento y desarrollo. Se debe orientar sobre la solicitud del cupo en REGES.

200. Para evaluar el estado nutricional del niño prematuro se debe utilizar la gráfica de 0 a 5 años P/E; L/E de la OMS, previo cálculo de la edad corregida. (Ver anexo 6) 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 para que asista. Se respetarán los esquemas de alimentación prescritos por el especialista del Hospital de referencia.

201. Las atenciones recibidas deben ser registradas en el expediente clínico, en la tarjeta de seguimiento de casos y en la Libreta del Niño, Niña y el Adolescente.

202. El niño prematuro debe ser referido al médico y éste emitir las referencias que considere oportunas al menos una vez durante este periodo.

ATENCIÓN DEL NIÑO ENTRE LOS 29 DÍAS Y 2 MESES DE EDAD

203. La atención del niño entre los 29 días y 2 meses de edad debe ser integral e integrada, utilizando la Guía de AIEPI para menores de 2 meses de edad, tanto para la atención de la morbilidad como para la atención de crecimiento y desarrollo.

204. Verificar si fue captado en el Programa de Atención Integral de Salud a la Niñez. En caso de no haberse captado, se procederá a su captación utilizando los formularios correspondientes.

205. El niño entre los 29 días y 2 meses de edad debe recibir 2 controles (al mes y a los 2 meses) de salud para seguimiento de su crecimiento y desarrollo.

206. El niño que acude por morbilidad menor y no se le ha realizado el control de salud, se le debe realizar y se registrará el control de acuerdo con la edad en la HCP y en el Registro Diario de Actividades (RDA).

207. Se debe tomar las medidas antropométricas: peso, longitud.

208. El perímetro cefálico debe ser tomado por el profesional (médico y/o enfermera) que ofrece la consulta.

209. Toma de Signos Vitales: temperatura (tomada por el personal de enfermería), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial tomado por el personal que ofrece la consulta.

210. El profesional médico debe medir la presión arterial sólo en lactantes que presenten condiciones especiales: prematuridad con necesidad de cuidados intensivos neonatales, cardiopatía congénita, nefropatías, otros.

211. Se debe evaluar el estado nutricional utilizando los patrones de crecimiento: peso/edad y longitud/edad según el sexo, clasificarlo de acuerdo con la interpretación de los indicadores del crecimiento establecido en el cuadernillo de las gráficas y anotarlo en el expediente y en el registro diario de atención. Si es control subsecuente, determinar la tendencia del crecimiento, de acuerdo con las gráficas y debe registrarse en la Libreta del Niño, Niña y el Adolescente.

212. Si el niño presenta alguna alteración del crecimiento, debe citarse para control en un

mes y se atenderá de acuerdo con la Guía de Atención Integral de la Niñez desde el Nacimiento hasta los 9 años.

213. El niño que presenta alteración del crecimiento debe ser referido al médico y éste emitir las referencias que considere oportunas (por ejemplo, nutricionista) al menos una vez durante este periodo.

214. Todas las atenciones e intervenciones al niño menor de 2 meses de edad se deben registrar en el expediente utilizando los formularios establecidos, registrar la atención en la hoja de registro diario de atención (RDA) y en la libreta del niño y del adolescente.

215. Si después de realizada la evaluación de la alimentación y el estado nutricional durante dos controles mensuales, persiste el crecimiento inadecuado, debe referirse a consulta con Pediatra y/o Nutricionista.

216. Se debe evaluar el neurodesarrollo aplicando la evaluación del desarrollo infantil vigente.

217. El Trabajador(a) Social debe realizar una (1) evaluación social de la madre del niño a los 2 meses, según instrumento diseñado para tal fin.

218. Durante la atención se debe buscar signos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar y referir y notificar a la instancia correspondiente.

219. Revisar el estado de las vacunas y aplicar los biológicos necesarios según el esquema de vacunación vigente y la necesidad del paciente. Anotarlo en el expediente y en la Libreta del Niño, Niña y el Adolescente y en la tarjeta de archivo de vacunación.

220. El personal de salud debe ofrecer orientación, educación y priorizar las situaciones

encontradas para ofrecer consejería según la necesidad de la familia o responsables del cuidado del niño. 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 y más. Verificar la posición y agarre. Asesorar sobre la 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). Orientación para el cuidado del desarrollo infantil y crianza.
- g). Estimulación temprana y oportuna.
- h). Importancia de la salud de la madre, la organización del tiempo, las relaciones dentro de la familia y las expresiones afectivas.

221. Para evaluar el estado nutricional del niño prematuro se debe utilizar la gráfica de 0 a 5 años P/E; L/E de la OMS, previo cálculo de la edad corregida. (Ver anexo 6) 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 para que asista. Se respetarán los esquemas de alimentación prescritos por el especialista del Hospital de referencia.

222. Se debe acordar con las madres, padres o cuidadores la visita de la siguiente cita de control, conforme al esquema de control de salud, establecida en las guías de atención.

223. Se debe evaluar la audición de los niños con factores de riesgo para descartar hipoacusia hasta los 3 años.

ATENCIÓN AMBULATORIA DEL NIÑO ENTRE LOS 3 A 11 MESES DE EDAD

224. Todo niño de entre 3 y 11 meses de edad debe recibir 5 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.

225. Los controles de crecimiento y desarrollo se deben realizar al cumplir 3, 4, 6, 8 y 10 meses de edad.

226. La atención integral de los niños se hará según las Guías de AIEPI y los protocolos de atención, según el grupo de edad.

227. Las actividades en la atención del niño de 3 a 11 meses serán:

- a). Captación en el Programa de salud infantil si es su primer contacto con la instalación de salud. Esta captación debe ser realizada por el médico y/ o enfermera.
- b). Se llenarán los formularios correspondientes.
- c). Toma de medidas antropométricas: peso, longitud tomados por el técnico de enfermería.
- d). El perímetro cefálico, tomado por personal médico y la enfermera que ofrece la consulta de crecimiento y desarrollo.
- e). Toma de Signos Vitales: temperatura, tomada por el técnico de enfermería. La frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial por el profesional que ofrece la consulta.
- f). Toma de presión arterial en recién nacidos que presenten condiciones especiales: prematuridad con necesidad de cuidados intensivos neonatales, cardiopatía congénita, nefropatías y otros por el personal médico.
- g). Buscar la presencia de signos de peligro y

morbilidad utilizando la Guía de AIEPI, si no presenta ningún signo de peligro, debe continuar con el proceso de atención del control de salud del niño.

h). Realizar el examen físico completo.

i). Evaluación del estado nutricional utilizando las gráficas de peso/edad, longitud/edad y peso para la estatura según el sexo y anotarlo en el expediente y en la hoja de Registro Diario de Actividades. Se registrará en el expediente el tipo de alimentación que recibe.

j). Evaluación del desarrollo según las guías vigentes.

228. Todos los niños deben recibir estimulación temprana del desarrollo, según la guía de estimulación temprana del desarrollo.

229. Se revisará la libreta del niño y del adolescente y aplicarán las inmunizaciones necesarias según el Esquema Nacional de Vacunación vigente.

230. Todos los niños a partir de los 4 meses recibirán suplementación de hierro según el esquema vigente en la Guía de Atención del Niño desde el nacimiento hasta los 9 años.

231. A partir de los 4 meses recibirán atención periódica con Odontología y coincidirá con el esquema de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año (4, 8, 10 meses).

232. Los niños en este periodo deben recibir evaluación por Nutrición a los 6 meses. En las instalaciones donde no hay nutricionista esta asesoría debe ser dada por el médico o la enfermera.

233. A partir de los 6 meses, el personal debe brindar consejería sobre alimentación complementaria y continuación de la lactancia materna.

234. Entre los 6 a 11 meses el niño debe recibir 100,000 UI de Vitamina A, según criterios de la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. (MINSA, 2017).

235. Si el niño en este periodo presenta estado de malnutrición (déficit o exceso) debe ser referido a la nutricionista y debe ser evaluado al menos 2 veces en este periodo. Mientras esta evaluación se realiza las intervenciones iniciales deben estar a cargo del equipo local que brinda la atención.

236. Al niño se le debe realizar los exámenes de laboratorios siguientes:

a). 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 uroanálisis. Se explicará al familiar que estos exámenes se efectuarán con 15 días de antelación a la cita de control de los 6 meses

b). Cita del décimo mes se debe llenar las solicitudes de los siguientes exámenes: Hemograma completo y uroanálisis que deberá traer a la consulta al cumplir el año. El examen para grupo ABO, Rh y electroforesis de Hb se indicarán si no se ha hecho antes.

La falta de los resultados de estos exámenes no será obstáculo para efectuar el control de salud.

236. Se debe evaluar la audición de los niños con factores de riesgo para descartar hipoacusia hasta los 3 años.

237. Todo familiar que acuda a la consulta recibirá orientación, abordando los siguientes ejes temáticos según la necesidad de la familia y/o responsables de la atención y cuidado del niño, utilizando las técnicas educativas con énfasis en las demostrativas o cara a cara.

- a). Cuidados esenciales del lactante.
- b). Inmunizaciones.
- c). Estimulación temprana y oportuna del desarrollo.
- d). Cuidados del ambiente.
- e). Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación hasta los dos años.
- f). Técnicas de recolección, almacenamiento y administración de leche materna.
- 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 del maltrato infantil, abuso sexual y otros tipos de violencia.
- j). Importancia de las relaciones de familia, de las expresiones de afecto que contribuyan a la buena crianza.
- k). Salud bucal, higiene bucal mediante el uso de la técnica de cepillado y pasta dental fluoradas, y malos hábitos que producen problemas y consulta odontológica periódica.
- l). Apoyo de la familia para el cuidado del niño en el hogar para la prevención del manejo de las urgencias y accidentes caseros.

238. El personal de salud realizará consejería a todos los padres y cuidadores de niños identificados con problemas de alimentación, crianza, desarrollo infantil temprano, y otros problemas o

temas que ameriten, haciendo uso de las metodologías de educación apropiadas.

239. El Trabajador (a) Social debe atender y dar seguimiento a la madre, padre y/o tutor del niño de entre 3 a 11 meses y 29 días de edad, que acudan por demanda espontánea, que sean referidos y que presenten deficiencias en el área del desarrollo socioafectivo o cualquier otra patología de riesgo social.

240. El Trabajador(a) Social debe realizar una (1) evaluación social de la madre del niño a los 4 meses, según instrumento diseñado para tal fin.

241. 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.

ATENCIÓN AMBULATORIA DEL NIÑO/A DE 1 A 4 AÑOS

242. Todo niño de entre 1 y 4 años debe recibir 9 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.

243. Los controles de crecimiento y desarrollo se deben realizar a los 12, 15, 18 y 24 meses de edad, 2 ½, 3, 3 ½, 4 y 4 ½ años.

244. Las actividades en la atención del niño de 1 a 4 años serán:

- a). Captación en el Programa de salud infantil si es su primer contacto con la instalación de salud.
- b). Esta captación debe ser realizada por el

médico pediatra preferiblemente, médico general y/o enfermera. Se llenarán los formularios correspondientes.

c). Toma de medidas antropométricas: peso, longitud/Talla (tomados por el personal de enfermería).

d). El perímetro cefálico hasta los 3 años, tomado por personal médico y la enfermera que ofrece la consulta de crecimiento y desarrollo.

e). Toma de Signos Vitales: temperatura, tomada por el personal de enfermería. La frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial por el profesional que ofrece la consulta.

f). Buscar la presencia de signos de peligro y morbilidad utilizando la Guía de AIEPI, si no presenta ningún signo de peligro, debe continuar con el proceso de atención del control de salud del niño.

g). Realizar el examen físico completo.

h). Evaluación del estado nutricional utilizando las gráficas de peso/edad, talla/edad y peso para la estatura 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.

i). Si el niño en este periodo presenta estado de malnutrición debe ser referido a la nutricionista.

j). Evaluación del desarrollo según las guías establecidas vigentes.

k). Se realizará la prueba de colesterol y triglicéridos a todo paciente de dos o más años con antecedentes familiares positivos:

1. Familiar de primer o segundo grado de consanguinidad con enfermedad cardiovascular prematura (antes de los 55 años).

2. Familiar de primer grado de consanguinidad con hipercolesterolemia.

3. Niños cuya historia familiar no puede ser obtenida.

4. Si la prueba es negativa, se repetirá cada 5 años.

5. Si es positiva se dará el manejo según guías de atención.

246. A partir de los 3 años se hará la toma de presión arterial periódica a todos los niños que acudan a los controles de salud.

247. Antes de los 3 años se hará la toma de presión arterial a los niños que presenten algún factor de riesgo (prematuros que hayan requerido cuidados intensivos, cardiopatías congénitas, nefropatías, hipertensión).

248. 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.

249. Todos los niños deben recibir sesiones de evaluación e intervención temprana del desarrollo a 12, 18, 24, 30 y 36 meses de edad según el perfil del desarrollo.

250. A los tres años cumplidos todos los niños que presenten alteraciones del desarrollo o que ya tengan diagnóstico específico, basados en el DSM -5 se deben referir a una institución de mayor complejidad de resolución para que continúe su seguimiento y tratamiento.

251. Si el paciente recibe un diagnóstico definitivo antes de esta edad, debe ser referido, al momento del diagnóstico, a la instalación donde pueda recibir un plan de rehabilitación adecuado a sus necesidades.

252. Con base al diagnóstico establecido es necesario definir el plan de trabajo y ajustarlo al flujograma de intervención, para ello es importante que el médico defina si la condición actual del paciente se debe a un rezago, un retraso o a una regresión del neurodesarrollo

tomando en consideración los siguientes conceptos:

a). Rezago: Corresponde al compromiso de al menos uno de los dominios del desarrollo con un (1) mes de diferencia de la adquisición del hito para la edad corregida en el caso de prematuros menores de dos (2) años.

b). Retraso: Corresponde al compromiso de al menos 2 de los dominios del desarrollo con dos (2) meses de diferencia de la adquisición del hito para la edad corregida en los prematuros menores de dos (2) años.

c). Regresión: Es la pérdida de uno (1) o más de los hitos del desarrollo, en cualquier momento, independientemente de la edad del paciente.

253. Se revisará en cada consulta el estado de vacunación y aplicarán las inmunizaciones necesarias según el Esquema Nacional de Vacunación vigente.

254. Todos los niños de 1 a 4 años deben recibir suplementación de hierro según la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. (MINSA, 2017).

255. El niño de 1 a 4 años debe recibir tratamiento antiparasitario cada 6 meses, según la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. (MINSA, 2017).

256. 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.

257. La consulta periódica con Odontología a partir del año coincidirá con el esquema del control de crecimiento y desarrollo del niño.

La atención incluye:

- a). Examen odontológico.
- b). Determinación de factores de riesgo bucales
- c). Diagnóstico.
- d). Tratamiento según las guías de atención odontológica.
- e). Consejería.
- f). Elaboración y/o monitoreo del plan de atención.

258. Los niños detectados con problemas nutricionales (desnutrición o sobrepeso) serán referidos a la consulta de nutrición, donde se les brindará orientación, consejería y seguimiento nutricional.

259. Evaluación del estado nutricional utilizando las gráficas de peso/edad, talla/edad, IMC/edad. Se entregará complemento alimentario, según criterios. Guías de Atención Integral del Niño desde el Nacimiento hasta los 9 años. MINSA.

260. Se debe administrar Vitamina A 200,000 UI cada 6 meses según la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. (MINSA, 2017).

261. La madre, padre y/o tutor del niño y la niña de entre (1) año a (4 años) 11 meses y 29 días de edad, que acudan por demanda espontánea o que sean referidos y que presenten deficiencias en el área del desarrollo socioafectivo, debe ser atendido por el Trabajador(a) Social.

262. El trabajador Social realizará los registros de su atención en el expediente y en el instrumento diseñado para tal fin.

263. 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 de manera adecuada y oportuna según la edad del niño.
- 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 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.

264. El personal de salud debe realizar consejería nutricional a todos los padres y/o responsables de los niños con problemas de alimentación identificados, haciendo uso de las metodologías de educación apropiada.

265. En las citas correspondientes a cada cumpleaños (2, 3 y 4 años) se realizará exámenes de hemograma completo y Urinálisis. La falta de los resultados de estos exámenes, no deberá ser obstáculo para efectuar el control de salud.

266. Realizar una nueva evaluación a los 4 años de la condición del oído y la audición.

ATENCIÓN AMBULATORIA DEL NIÑO/A ENTRE LOS 5 A 9 AÑOS

267. Las instalaciones públicas de salud deben ofrecer servicios de salud integral a todos los niños de 5 a 9 años, en su área de responsabilidad.

268. Los niños de 5 a 9 años deben tener un control de salud al año.

269. La atención del menor de 5 a 9 años incluye las siguientes actividades:

- a). Historia Clínica completa, actualizándose cada año.
- b). Revisión de la libreta del niño y del adolescente para verificar el estado vacunal y vacunar si es necesario según el esquema de inmunizaciones vigente.
- c). Examen Físico completo incluyendo la escala de Tanner.
- d). Antropometría: toma y registro de peso y talla.
- e). Realizar evaluación de la alimentación y estado nutricional, según P/E, T/E y IMC/E.
- f). Toma de presión arterial, por el médico y la enfermera que ofrece la atención.
- g). Evaluación del desarrollo infantil.
- h). Examen de audición y condición del oído.
- i). Evaluación de la agudeza visual, utilizando la cartilla de Snell.
- j). Evaluación Psicosocial.
- k). Exámenes de laboratorio: BHC, heces por parásitos, uroanálisis, perfil lipídico si presenta factores de riesgo.
- l). Evaluación por odontología que incluye aplicación de barniz de flúor.

270. Todo niño de 5 a 9 años debe recibir Suplemento de Hierro según de la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. (MINSA, 2017).

271. Los niños en este grupo de edad deben recibir desparasitante según la Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes vigente. (MINSA, 2017).

272. Orientación y educación sobre alimentación, prevención de accidentes, actividad física, descanso y sueño, estimulación del desarrollo, habilidades para la vida.

273. Se ofrecerá consejería específica individualizada, a la madre, padre o cuidador de los niños según necesidad y se registrará en el expediente del paciente, el RDA, utilizando los códigos establecidos.

274. Evaluación por Odontología según la norma del Programa Nacional de Salud Bucal y la periodicidad de la evaluación odontológica coincidirá con el esquema de control de crecimiento y desarrollo.

- a). Examen odontológico.
- b). Determinación de factores de riesgo bucales.
- c). Diagnóstico.
- d). Tratamiento según las guías de atención odontológica.
- e). A partir de esta edad se debe aplicar barniz de flúor.
- f). Consejería.
- g). Elaboración y/o monitoreo del plan de atención.

275. Referencia al programa de Salud Mental y otras especialidades de acuerdo con la necesidad.

276. El Trabajador(a) Social deben atender y dar seguimiento a la madre, padre y/o tutor(a), y a los niños de las edades comprendidas entre cinco (5) y nueve (9) años, que presenten problemas en el área socio afectiva y/o en otras patologías sociales.

ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 9 AÑOS EN LOS PUESTOS DE SALUD

1. Atención del niño(a) de 0 a 7 días de edad por el asistente/ayudante de salud en la comunidad.

277. 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 niño(a), del hospital a la comunidad.

278. 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 con 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.

279. 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.

280. Dará consejería sobre los cuidados básicos del recién nacido, haciendo uso de los cuadros de procedimientos de AIEPI.

281. Dará orientaciones para realizar el registro del nacimiento si no lo han hecho.

282. Dará orientación oportuna sobre estimulación temprana apropiada para la edad.

283. Debe referir al Recién Nacido al establecimiento de salud para su atención en el servicio de crecimiento y desarrollo, para el tamizaje neonatal, aplicación de la Vitamina “K”, profilaxis oftálmica y vacunación con BCG y Hepatitis B en los casos de partos comunitarios.

284. Promover la captación del recién nacido en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en los primeros 7 días de vida.

285. El Ayudante de salud debe realizar una segunda visita de seguimiento al Recién Nacido a las 72 horas.

2. Atención del niño(a) de 8 días a 2 meses de edad por el ayudante/asistente de salud en la comunidad.

286. El Ayudante de salud debe visitar al niño a los quince (15) días, al mes y al cumplir los 2 meses de edad.

287. En cada visita debe observar la presencia de signos de peligro y de morbilidad completando la evaluación según el cuadro de procedimientos de la estrategia AIEPI comunitaria.

288. Si de acuerdo con la clasificación de AIEPI, el niño 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.

289. Si el niño no necesita ser referido, el Ayudante de Salud, debe completar la evaluación siguiendo el protocolo del cuadro de procedimientos de AIEPI comunitario.

290. Debe realizar la toma de peso y determinar la tendencia del crecimiento según la gráfica de crecimiento peso/edad.

291. Si el niño 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 para que asista.

292. Debe respetarse el esquema de alimentación prescrito en el hospital.

293. 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.

294. Revisar si el estado de vacunación en la libreta del niño y el adolescente están de acuerdo con las normas del Programa Nacional de Vacunas. Si aún no se le ha aplicado BCG, debe referir al establecimiento de salud para su aplicación.

295. Debe fomentar, promover y evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva y a libre demanda. Hacer recomendaciones sobre la posición y el agarre durante el amamantamiento; así como de la extracción y conservación de la leche materna.

296. Se debe ofrecer a los padres y/o cuidadores orientación en prevención de accidentes en el hogar.

ATENCIÓN DEL NIÑO DESDE EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

297. En todas las instalaciones públicas de salud, el personal se debe organizar para la aplicación de estrategias de comunicación, movilización y organización comunitaria a fin de promover el empoderamiento de comportamientos saludables en beneficio de los niños menores de 9 años. Para tal fin, se 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). Desarrollar procesos de organización comunitaria en salud durante la primera infancia.
- c). 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.
- d). Reafirmar prácticas saludables existentes en la comunidad.
- e). Identificar deficiencias y las mejores prácticas que se pueden aplicar basadas en evidencias de experiencias exitosas.
- f). Promover el desarrollo de un plan de acción de la comunidad.
- g). Apoyar a las organizaciones y redes comunitarias para la movilización de recursos y la disseminación e implementación del plan de acción y mejores prácticas basadas en evidencia para la atención comunitaria del recién nacido.

298. Entre las prácticas a promover, según las necesidades de la población y por grupos de edad, están:

1. En el grupo de Recién nacido y el menor de 2 meses de edad.

- a). Inscripción del nacimiento en el registro civil.
- b). Importancia de la vacunación oportuna de acuerdo con el esquema.
- c). Lactancia materna exclusiva.
- d). Higiene y cuidados del cordón.
- e). Identificación de señales de peligro en la puérpera, el recién nacido y su referencia oportuna.
- f). La asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
- g). Higiene en salud bucal.
- h). Estimulación temprana del desarrollo.
- i). Importancia de acudir a los controles de salud.
- j). Otros temas de interés sanitario según necesidades.

2. En el grupo de 2 meses a 5 años

- a). Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- b). Alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar con la lactancia materna, hasta los 2 años o más.
- c). Importancia de la vacunación oportuna de acuerdo con el esquema.
- d). El vínculo familiar y desarrollo infantil.
- e). Estimulación temprana del desarrollo.
- f). Prevención de accidentes.
- g). Ambientes saludables.
- h). Ambientes bioseguros.
- i). Controles del crecimiento y desarrollo.
- j). Promoción de la salud odontológica.
- k). Prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato al menor, abuso sexual.
- l). Otros temas de interés sanitario según necesidades.

3. En el grupo de niños de 5 a 9 años

- a). Importancia de la vacunación oportuna de acuerdo con el esquema.
- b). Prevención de accidentes.
- c). Estimulación del desarrollo.
- d). Ambientes saludables en el hogar.
- e). Nutrición, alimentación saludable y actividad física.
- f). Ambientes saludables en la escuela y la comunidad.
- g). El vínculo familiar y desarrollo infantil.
- h). Controles del crecimiento y desarrollo.
- i). Promoción de la salud odontológica.
- j). Prevención de la violencia intrafamiliar y maltrato al menor.
- k). Eliminación de las peores formas del trabajo infantil y la explotación sexual infantil.
- l). Otros temas de interés sanitario según necesidades.

CAPÍTULO V

ATENCIÓN A NIÑOS EN SITUACIONES ESPECIALES

299. Los infantes en situaciones especiales tienen derecho a disfrutar todos los servicios sanitarios y a recibir atención médica preventiva y terapéutica. Estas situaciones especiales incluyen:

- a). Los niños en situaciones de desastre (pandemia, desastres naturales, guerra, movilidad humana, otros.)
- b). Los niños en riesgo o en situación de trabajo infantil u otras formas de maltrato y en conflictos con la ley.
- c). Los niños institucionalizados en albergues u hogares de acogida.

300. Toda esta población pediátrica que está en situación de vulnerabilidad debe recibir: programa completo de vacunación, evaluación nutricional, evaluación de crecimiento y desarrollo según edad, atención odontológica, atención por personal de salud mental, atención de la morbilidad, rehabilitación, seguimiento por Trabajo Social.

A. ATENCIÓN DEL NIÑO DE 0 A 9 AÑOS EN CASO DE DESASTRE

301. Cuando ocurre una emergencia humanitaria, sea esta un desastre natural (huracanes, inundaciones, incendios forestales, terremotos) situación sanitaria, guerra, o aún una crisis económica aguda, pueden afectar a las familias en el cuidado de manera segura y apropiada de sus bebés y niños pequeños. Estos eventos

pueden presentarse en cualquier momento, es por ello por lo que se debe preparar a las familias para hacerle frente de una manera organizada y con un plan de acción que se inicia en casa.

302. El equipo de salud debe diseñar un plan de acción en casos de emergencias y desastres para la atención del niño de 0 a 9 años a nivel regional y local de acuerdo con las posibles situaciones naturales que se puedan presentar.

303. Promover la asistencia alimentaria y nutricional de niños, niñas, en situaciones de emergencias y desastres, de acuerdo con los principios rectores dentro del marco de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Dentro de la gestión de asistencia, el acceso de agua potable es una prioridad.

304. Para la evaluación nutricional del niño de 0 a 9 años en estas situaciones de emergencia se puede utilizar las siguientes medidas:

- a). **Peso para la talla o longitud:** para estudios nutricionales en situaciones de emergencias, porque determina el estado nutricional actual.
- b). **Perímetro braquial:** Se utiliza como tamizaje para seleccionar niños en riesgo nutricional, que deben tener atención especial en programas de alimentación selectiva. (uso de la cinta MUAC).

B. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LOS NIÑOS EN RIESGO O EN SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL U OTRAS FORMAS DE MALTRATO

305. Todas las instalaciones de salud a través del Programa de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia deben realizar acciones, actividades e intervenciones que permitan la restitución de los Derechos de todos los niños y adolescentes que se encuentren en riesgo o en situación de trabajo infantil u otras formas de maltrato. Ver el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencias Solidarias en el Sistema Nacional de Salud. (MINSA, 2019) Panamá.

306. La atención del niño/adolescente con sospecha o en condición de trabajo infantil debe seguir el procedimiento según indica la Guía para la Atención Integral de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Trabajo Infantil. (MINSA, 2017) Panamá.

307. Ante la sospecha o en condición de trabajo infantil u otras formas de maltrato se procederá según la ruta de atención de acuerdo con el flujograma establecido.

308. La atención del niño/adolescente víctima de explotación sexual comercial debe seguir el procedimiento según indica la Guía para la Atención Integral en Salud de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Explotación Sexual Comercial. (MINSA, 2009).

C. NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS EN ALBERGUES U HOGARES DE ACOGIDA Y NIÑOS MIGRANTES

309. Todos los niños y adolescentes que residen en diferentes albergues (por ejemplo: en situación de maltrato, en situaciones de conflicto con la ley o en el caso de ser migrante), como personas sujetas de derechos, deben recibir los servicios de salud con calidad y calidez. Por tal motivo, los directivos y el personal que trabaja en los albergues, como ente responsable de la custodia, deberán ajustarse a lograr que los niños, niñas y adolescentes reciban todo lo planteado en esta norma.

310. Para recibir los servicios de salud deben seguir los siguientes pasos:

a). Los niños y Adolescentes que requieren controles de salud.

1. Los controles de niño sano (C y D) deben coordinarse previamente con las fechas de cumpleaños de los niños, siguiendo los cronogramas de citas establecidos en el Programa de Niñez y Adolescencia.
2. Es importante que el (la) director(a) de la institución (albergue) se comunique con el director médico de la instalación de salud de su área.
3. El Director del albergue debe comunicarse con el Director del Centro de Salud y darle el listado de los niños con sus edades. El Director Médico dará instrucciones a REGES para asegurar el cupo de los niños.
4. El personal de los albergues que lleva a los menores debe conocer la información del niño que está llevando, de ser posible, llevar el expediente que reposa en el albergue.
5. El "Paso Expedito" no se puede garantizar, pero sí se le debe garantizar el cupo.
6. En el concepto de gratuidad, debe prevalecer y ser cónsono con las leyes y decretos vigentes.
7. Cuando los pacientes no tienen identificación,

se les asigna un número correlativo (número prestado). Este número correlativo lo asigna REGES y es el que será utilizado para identificar al niño siempre que solicite atención.

8. El paciente debe presentar el carné (proporcionado por la SENNIAF) así como el personal que lo acompañe a la cita.

9. Todos los niños deben tener su Libreta del Niño, Niña y el Adolescente de no ser así se le debe entregar en la instalación donde se ofrece la atención.

b). Los niños que requieran atención por morbilidad o urgencias

1. De preferencia, el Director del albergue debe notificar al Director Médico, o al administrador en turno que están llevando un paciente para atención médica por morbilidad o por urgencia.

2. El Director del albergue debe llevarlo al centro de atención de salud más cercano.

3. El personal de los albergues que lleva a los menores debe conocer la información del niño que está llevando, de ser posible, llevar el expediente que reposa en el albergue para mayor comprensión de la situación del niño. Sin embargo la confidencialidad del diagnóstico es competencia de la institución de salud.

4. El niño llega al Centro de Salud con su acompañante (debidamente identificado) y se acerca a la ventanilla de registro (REGES).

5. Se le debe dar cupo con médico general o especialista, de tener las agendas llenas, se les debe habilitar un cupo extra.

6. Finalizada la atención, se entrega una copia de la receta para que repose en el albergue y facilite la administración del medicamento u otras indicaciones médicas. La dirección médica de la instalación que ofrece la atención debe garantizar la reproducción de estas recetas.

7. La atención en todos los centros es de 7:00 a 3:00 pm, salvo en los centros con horario extendido.

8. La atención de los niños de 5 a 9 años debe ser gratuita, según Ley 177 del 13 de noviembre

de 2020.

311. Todos los menores que estén institucionalizados en albergues, casas de acogida, incluso en situaciones de riesgo o situaciones de conflicto con la ley, deben tener un registro de actividades de salud en la que conste las medidas preventivas, de referencia en salud médica, vacunación, atención salud bucal, nutrición, salud mental, análisis por trabajo social, terapia ocupacional, salud ambiental.

312. El personal de salud debe supervisar las condiciones de salubridad e higiene de los alberges y la condición de salud de los niños al menos dos veces al año. [\(Ver anexo 2.19\)](#)

Bibliografía

- 1, Alarid HJ. (2005) 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.
- 2.Asamblea Legislativa (1994) Ley 3 de 1994: Código de la Familia. Gaceta Oficial: 22591. Panamá.
- 3.Asamblea Legislativa Gaceta Oficial N 22,919, del 27 de noviembre del 1995: Ley No 50 del 23 de noviembre del 1995 por la cual se protege y fomenta la lactancia materna
- 4.Asamblea Legislativa de Panamá la Ley número 135 del 23 de marzo del 2020 Gaceta Oficial Digital, lunes 23 de marzo de 2020 Año CXVIX que reforma la Ley 50 DE 1995, que protege y fomenta la lactancia materna, y modifica algunos artículos del Código de Trabajo.
- 5.Asamblea Legislativa. Ley 50 de 1995, que protege y fomenta la lactancia materna. Gaceta Oficial: 22919. Panamá, 1995.
- 6.Asamblea Legislativa Gaceta Oficial 10467 de 6 de diciembre de 1947 Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 por la cual se aprueba el Código Sanitario.
- 7.Asamblea Legislativa Gaceta Oficial N 27 156 del 2 de noviembre del 2012: Decreto Ejecutivo No 1457 del 30 de octubre del 2012 que reglamenta la Ley No 50 del 23 de noviembre de 1995.
- 8.Asamblea Legislativa, Gaceta Oficial número 29135-C Ley 171 del 15 de octubre de 2020.
- 9.Asamblea Legislativa, Gaceta Oficial número 29477-C. Ley 285 del 15 de febrero de 2022.
- 10.Betzabé Butrón (2018) Marco Operacional de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes. Conferencia. OPS/OMS, noviembre 2018.
- 11.Banco Interamericano de Desarrollo.
<https://www.iadb.org/es/social-protection/desarrollo-infantil/descripciongeneral#:~:text=PERO%20%C2%BFQU%C3%89%20ES%20EL%20DESARROLLO,y%20socioemocional%20de%20los%20ni%C3%B1os>
- 12.Darmstadt, Bhutta ZA, Cousens S, AdamT, Walker N, de Bernis L. Neonatal Survival 2: Evidence-based, 0cost-effective interventions: ¿how many newborn babies can we save? The Lancet Neonatal Survival Steering Team. Lancet 2005; 365: 977–88.
- 13.Da Costa G, Ah Chu M, Dobras B, Gómez J, Equipo Nacional de Cuidados Paliativos: Guía de Manejo de los Problemas más comunes del Cuidado Paliativo Pediátrico. Gaceta Oficial N°28547 del 18 de junio 2018, Resolución 738 del Ministerio de Salud de Panamá.
- 14.De la Guardia D, Velásquez Vásquez A, Humbert F, y colaboradores: Informe de Pobreza Multidimensional de Panamá 2017. Ministerio de Economía y Finanzas. Ministerio de Desarrollo Social.
- 15.INEC. (2020) Servicios de Salud Obtenido de [https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1092&ID_CATEGORIA=5&ID_SUBCATEGORIA=37\(27 de diciembre de 2021\).](https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1092&ID_CATEGORIA=5&ID_SUBCATEGORIA=37(27 de diciembre de 2021).)

16. 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.

16. 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.

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

18. MINSA. (26 de diciembre de 2021). Norma técnica y administrativa del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña de 0 a 9 años.

19. MINSA. (28 de diciembre de 2021). Indicadores en Salud. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/indicadores-de-salud>.

20. Ministerio de Salud. Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009. Panamá: Ministerio de Salud, 2006

21. Ministerio De Salud (2019) Dirección General De Salud Pública Departamento De Salud Y Atención Integral A La Población Programa De Niñez Y Adolescencia. Marco Regulatorio Nacional Inventario De Normas Y Documentos Técnicos Regulatorios.

22. MINSA (2021) M. d. (27 de diciembre de 2021). Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-de-salud-integral-de-ninez-y-adolescencia>.

23. MINSA (2022) Guía para la atención de los niños y adolescentes de los albergues en las instalaciones de salud, Según las normas de la sección de niñez y adolescencia, Publicación del MINSA, en proceso, diciembre 2021.

24. Ministerio de Salud. Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009. Panamá: Ministerio de Salud, 2006.

25. Ministerio de Salud (2018) Plan Maestro de Salud Durante la Primaria Infancia, Niñez y Adolescencia de Panamá. 2018 -2025 Ministerio de Salud.

26. MINSA. (28 de diciembre de 2021). Guía Sanitaria de Bioseguridad para instalaciones sanitarias de la red primaria de Salud Pública Post Covid-19. Obtenido de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/guia_red_primaria_29-05-2020.pdf

27. MINSA. (28 de diciembre de 2021). Medidas de prevención y control de infecciones ante la sospecha o confirmación de casos por el nuevo coronavirus. Obtenido de http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/medidas_de_prevenccion_y_control_de_infecciones_ante_la_sospecha_o_confirmacion_de_casos_por_el_nuevo_coronavirus.pdf

28. Ministerio de Salud (2021) Detección temprana del cáncer en niños y adolescentes en la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ministerio de Salud de Panamá, Caja de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud: agosto. 2021

29. MINSA. (28 de diciembre de 2021). Guía para la atención integral en salud de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de trabajo

infantil. Obtenido de https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/3360.pdf

30. Ministerio de Salud (2019) Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencias Solidarias en el Sistema Nacional de Salud. Panamá.

31. MINSA (2015) Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal en Panamá 2015-2020. www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/prmmm_panama_diagramado.pdf

32. MONINUT (2017) Informe. Obtenido de MONINUT: <https://nutricionistaspanama.com/wp-content/uploads/publicaciones/INFORME MNINUT.pdf> 2017.

33. Ministerio de Desarrollo Social /I Plan de la Seguridad Alimentario y Nutricional (SENAPAM). (27 de diciembre de 2021). Obtenido de plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional Alimentaria y nutricional: <https://www.mides.gob.pa/wp-content/uploads/2017/03/Plan-S>

34. Naciones Unidas/CEPAL (2016) Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina. Santiago S.16-00505.

35. 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.

36. OPS/OMS (2018) Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes. 2018-2030. Washington, D.C., EUA.

37. OPS/OMS (2018) Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes. 2018-2030. Washington, D.C., EUA.

38. OPS/OMS (2010) 50° Consejo Directivo. Resolución CD50-R8. La Salud y los Derechos Humanos. Washington, D.C., EUA.

39. OMS/UNICEF (2016) Cuidado para el Desarrollo Infantil Temprano. Manual del Participante UNICEF: Cuidado para el desarrollo infantil, adaptado para la región de América Latina y el Caribe. ISBN: 978-92-75-31974-1. Volúmenes I, II, III y IV. En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de las Américas.

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

41. Prosperi, Jorge Luis (2019): Derecho de los niños panameños a la salud. Pediatra, Panamá 2019: 98(3)24-28.

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

43. R., A. A. (27 de diciembre de 2021). Obtenido de <http://www.unachi.ac.pa/noticia/Resultados-de-la-Encuesta-Nacional-ENASSER-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva>.

44. Rizzolli Antonio, Córdoba Lourdes Schnaas Y Arrieta, Silvia Liendo Vallejos Beatriz Romo Pardo, Guillermo Vargas López Mariel Pizarro Castellanos. Guillermo Buenrostro Márquez y

Marta Lía Pirola: (2013) Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI". Secretaría de Salud Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Gustavo E. Campa No. 54, Col. Guadalupe Inn, Del. Álvaro Obregón México, D.F. ISBN 978-607-460-417-7.

45.SENNI AF (2018) Análisis de Situación de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Panamá SITAN-2018-web.pdf (senniaf.gob.pa)

46.Secretaría de Salud de México. (28 de diciembre de 2021). Manual para la aplicación de la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil EDI. Obtenido de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/EDI/anualparalaPrueba-deEvaluaciondelDesarrolloInfantil-EDI.pdf>.

47.Secretaría de Salud (2020) Manual para la Aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). Segunda Edición, México. Páginas 9-10.

48.Stanziola D, Ayarza A, González G. (2005) Manual de Procesos Administrativos del Programa Materno Infantil. Caja de Seguro Social. Panamá.

49.UNICEF. (dic de 2021). Situación de niños niñas y adolescentes en Panamá. Obtenido de <https://www.unicef.org/panama/situacion-de-los-ninos-y-adolescentes-en-panama>

50.UNICEF. (27 de diciembre de 2021). Derecho a la vida crecimiento y desarrollo. Obtenido de www.unicef.org/panama/media/1596/file/Capitulo%201%20derecho%20a%20la%20vida.pdf

51.UNICEF(2009):Instrumentos Internacionales sobre Derechos de la Infancia y

la Mujer ratificados por la República de Panamá, páginas 1-260.

52.UNICEF (2021) Situación de los niños las niñas y adolescentes en Panamá Publicación página web [www.UNICEF.org/panama/Situación de los niños, niñas y adolescentes en Panamá](http://www.UNICEF.org/panama/Situación_de_los_niños,_niñas_y_adolescentes_en_Panamá) |UNICEF Panamá.

53.UNICEF (2021) Desastres y Emergencias Naturales. Obtenido el 28 de diciembre del 2021. <https://www.unicef.org/chile/media/3081/file/lacro-desastres.pdf>.

54.UNICEF (2018) Convención sobre los derechos del niño. Versión adaptada para adolescentes. Panamá, agosto del 2018.

CITAS

1. Darmstadt, 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. Betzabé Butrón (2018) Marco Operacional de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes. Conferencia. OPS/OMS, noviembre 2018.
3. Banco Interamericano de Desarrollo. [https://www.iadb.org/es/social-protection/desarrollo-infantil/descripciongeneral#:~:text=PERO% 20C2%BFQU%C3% 89% 20 E S % 20 EL % 20 DESARROLLO,y % 20so cio emocional % 20 de % 20 los % 20 ni%C3%B1os](https://www.iadb.org/es/social-protection/desarrollo-infantil/descripciongeneral#:~:text=PERO%20C2%BFQU%20C3%89%20ES%20EL%20DESARROLLO,y%20so cio emocional%20de%20los%20ni%C3%B1os)
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición, Washington DC, 2006.
10. McCain M, Mustard JF, Shanker S. Early Years Study 2: Putting Science into Action. Council for Early Child Development. Ontario, 2006.
11. MINSA. (28 de diciembre de 2021). Indicadores en Salud. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/indicadores-de-salud>.
12. INEC. (27 de diciembre de 2021). Servicios de Salud 2020. Obtenido de https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1092&ID_CATEGORIA=5&ID_SUBCATEGORIA=37
13. Ministerio de Salud. Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009. Panamá: Ministerio de Salud, 2006
14. Ministerio De Salud (2019) Dirección General De Salud Pública Departamento De Salud Y Atención Integral A La Población Programa De Niñez Y Adolescencia Marco Regulatorio Nacional Inventario De Normas Y Documentos Técnicos Regulatorios.

15. UNICEF. (dic de 2021). Situación de niños niñas y adolescentes en Panamá. Obtenido de <https://www.unicef.org/panama/situacion-de-los-ninos-y-adolescentes-en-panama>

16. Análisis de Situación de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Panamá SITAN-2018-web.pdf (senniaf.gob.pa).

17. MINSA, CSS, UNFPA: (2015) Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal en Panamá 2015-2020 www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/prmmm_panama_diagramado.pdf

18. Ministerio de Salud. Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Panamá - 2006 - 2009. Panamá: Ministerio de Salud, 2006.

19. R., A. A. (27 de diciembre de 2021). Obtenido de <http://www.unachi.ac.pa/noticia/Resultados-de-la-Encuesta-Nacional-ENASSER-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva>.

20. Situación de los niños las niñas y adolescentes en Panamá Publicación página web [www.unicef.org/panama/Situación de los niños, niñas y adolescentes en Panamá](http://www.unicef.org/panama/Situación%20de%20los%20niños%20y%20adolescentes%20en%20Panamá) | UNICEF Panamá.

21. OPS/OMS (2018) Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes. 2018-2030. Washington, D.C., EUA.

22. OPS/OMS (2010) 50° Consejo Directivo. Resolución CD50-R8. La Salud y los Derechos Humanos. Washington, D.C., EUA.

23. Asamblea Legislativa Gaceta Oficial N 22,919, del 27 de noviembre del 1995: Ley No 50 del 23 de noviembre del 1995 por la cual se

protege y fomenta la lactancia materna.

24. Asamblea Legislativa Gaceta Oficial N 27 156 del 2 de noviembre del 2012: Decreto Ejecutivo No 1457 del 30 de octubre del 2012 que reglamenta la Ley No 50 del 23 de noviembre de 1995.

25. Ministerio de Salud (2018) Plan Maestro de Salud Durante la Primaria Infancia, Niñez y Adolescencia de Panamá. 2018 -2025 Ministerio de Salud.

26. Ministerio de Salud (1996) Normas de Salud Integral para la Población y el Ambiente.

27. OPS/OMS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.

28. Faiver, Eisengart y Colonna, 2000.

29. Tourette-Turgis, (1996) citado en CONASIDA Chile 2002.

30. (Rodrigo, Ortale, Sanjurjo, Vojkovic y Piova ni, 2006, p. 204).

31. BID. <https://www.iadb.org/es/social-protection/desarrollo-infantil/descripcion-general#:~:text=PERO%20%C2%BFQU%C3%89%20ES%20EL%20DESARROLLO,y%20socioemocional%20de%20los%20ni%C3%B1os>.

M. Madruga Garrido. (2017) (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 Nuevo York por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Gaceta Oficial 25832, Panamá).

32. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS/OMS, Washington DC, 2006).

33. (Gaceta Oficial Ley N.º 171 Del 15 de octubre del 2020 sobre Protección Integral a la Primera Infancia y al Desarrollo Infantil temprano).

34. Ministerio de Salud (1996) Normas de Salud Integral para la Población y el Ambiente.

35. UNICEF: Cuidado para el desarrollo infantil, adaptado para la región de América Latina y el Caribe. ISBN: 978-92-75-31974-1. Volúmenes I, II, III y IV. En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de las Américas.

36. MINSA (1997) Normas Integrales de Salud para la población y el Ambiente. Página 10. Panamá.

37. OMS/UNICEF (2016) Cuidado para el Desarrollo Infantil Temprano. Manual del Participante.

ANEXO 2

Instrumentos administrativos complementarios de las Normas Técnicas Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el Nacimiento hasta los 9 años

Tabla N°1. Cronograma de actividades de la consulta de crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 9 años.

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		
	Médico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
	Enfermera	*	A	A	A	*	*	*	*	*	*	*	A	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
1	Preparación y llenado del Expediente clínico	*	*																								
2	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
3	Revisión de la Libreta del niño y el adolescente. Vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
4	Examen Físico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
5	Peso, Talla/Longitud	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
6	Perímetro Cefálico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*										
7	Tamizaje Neonatal (M, V, C, A)	*	*	*																							
8	Presión Arterial	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
9	Evaluación Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
10	IMC				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
11	Evaluación del Desarrollo: motor fino y grueso, social, cognitivo, lenguaje.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
12	Evaluación de M-Chat												*	*													
13	E. de Audición	*			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	*	R	*	*	*	*	R		
14	Inspección ocular más Reflejo rojo de Fondo de Ojo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*												
15	Inspección Ocular más Eval. De la agudeza visual															*		*		*	*	*	*	*			
16	Lab. BHC más Urinálisis							P	*		P	*		P	*					P	*						
17	Sol. Hb / Electroforesis										P	*															
18	Perfil Lipídico														R	R	R	R	R	R	R	R	R	R			
19	Determinar riesgo y/o enf. grave	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
20	Eval. Socio emocional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
21	Vacunación	*		*		*		*	*		*		*					*		*							
22	Hierro			*				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
23	Vitamina A							*					*		*	*	*	*	*	*	*						
24	Desparasitación										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
25	Consejería y Seguimiento LM	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*													
26	Consejería y Seguimiento de crianza y DIT	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
27	Referencia	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R			

* Para ser realizado en las citas de control en oportunidades de contacto con el paciente.

A. Será atendido por Enfermera en ausencia o cuando no hay cupo con el 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

ANEXO N° 2.2

Tabla N°2. Cronograma de consulta de salud por el profesional de apoyo para la vigilancia de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 9 años

Profesional		Edad																							
		Hasta 28 D		Meses												Años									
				3	15	1	2	3	4	6	8	10	12	15	18	24	½	3	½	4	½	5	6	7	8
1	Nutricionista			R	R	R	R	*	*	R	*	R	*	*	R	*	R	*	R	*	*	*	*	*	
2	Estimulación Temprana			*		*	*	*	*	*	*	R	R	R	R	R	R	R	R	R					
3	Trabajo social			R	*	R	*	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
4	Salud bucal						*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
5	Psicólogo o profesional certificado	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
6	Fonoaudiólogo	*	*	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		*		*	*	*	*		

* Para ser realizado en las citas de control u oportunidades de contacto con el paciente

R: Realizar en población de riesgo

ANEXO N° 2.3

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
e salud integral del niño y la niña desde el nacimiento

[illegible]

ANTECEDENTES FAMILIARES: En caso de positivo detallar parentesco indicando el número correspondiente.							
1	Diabetes	☐	Si	☐	No		
2	Tbc. Pulmonar	☐	Si	☐	No		
3	Anomalías Congénitas	☐	Si	☐	No		
4	Rasgo Falcémico	☐	Si	☐	No		
5	Alergia y/o Asma	☐	Si	☐	No		
6	Malnutrición						
	Obesidad	☐	Si	☐	No		
	Desnutrición	☐	Si	☐	No		
7	Otro	☐	Si	☐	No		
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO DE ESTE NIÑO.							
ORDEN DEL EMBARAZO		EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO		USO DE DROGAS			
		☐ Normal ☐ Anormal (Explicar) ☐ Desconocido		☐ No ☐ Si (Exp)			
CONTROL DEL EMBARAZO		Mes de inicio		No. De Controles	Frecuencia de Control		
☐ No ☐ Si (Donde)							
PARTO ATENDIDO POR:		NACIDO EN:					
☐ Médico ☐ Auxiliar de Enf. ☐ Otro (Especificar) ☐ Enfermera ☐ Partera empírica		☐ Institución ☐ Fuera de la Institución (Esp.)					
PRESENTACION		RECIBIO DROGAS		FORMA DE TERMINACIÓN			
☐ Cefálico ☐ Sacro ☐ Transverso		☐ No ☐ Sí (Esp)		☐ Espontáneo ☐ Cesárea ☐ Fórceps ☐ Otra (Esp.)			
PESO AL NACER (Kg.)		TALLA (cm)		PERIMETRO CEFÁLICO (cm)	EDAD GESTIONAL (Semanas)		
ALIMENTACION DESDE EL NACIMIENTO:							
PECHO		Horario	ARTIFICIAL	Tipo	ALIMENTACION COMPLETA		
☐ No ☐ Sí			☐ No ☐ Sí		☐ No ☐ Que Come:		
Edad de Inicio		Edad de Destete	Edad de Inicio				
CRECIMIENTO Y DESARROLLO: Anotar el mes en que la madre notó el signo.							
Se sonríe	Fija la Mirada	Sostiene la Cabeza	Se Sienta	Se Para	Camina	Aparición 1er. Diente	Habla
ENFERMEDADES Y HOSPITALIZACIONES							
EDAD	ENFERMEDAD U OPERACIÓN			DURACIÓN		LUGAR DE ATENCION	
ALERGIAS: En caso positivo señalar, indicando el número correspondiente.							
Alimentaria		☐	Si	☐	No		
Medicamentosa		☐	Si	☐	No		
Otra		☐	Si	☐	No		
FECHA		NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE (Letras de Imprenta)			FIRMA		

ANEXO N°2.4

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
Programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento a los 9 años

INSTALACIÓN:

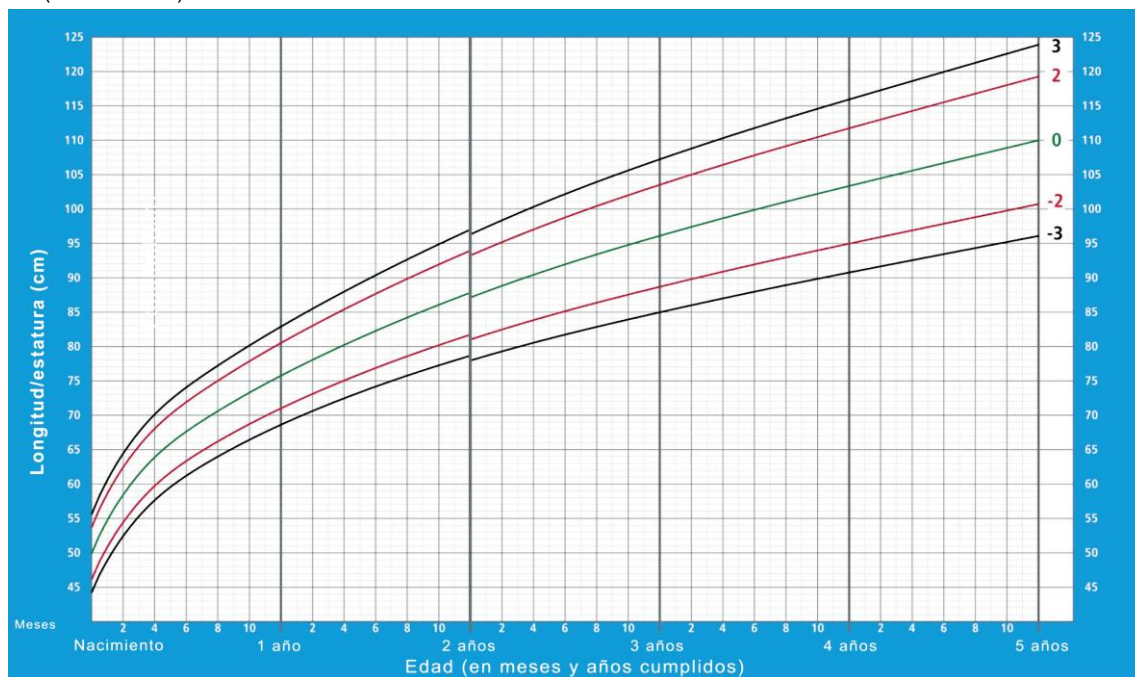
APELLIDOS: PATERNO MATERNO NOMBRES				SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer		N de H.C SS ó Cé				
LLENAR TODOS LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDE A LA ATENCION PRESTADA										
FECHA		EDAD	PESO (Kg.)	LONGITUD TALLA (cm)	PERIMETRO CEFÁLICO (cm)	TEMP (°C)	☐ CRECIMIENTO ☐ DESARROLLO	VACUNACIÓN		
DÍA	MES	AÑO					☐ Normal ☐ Alterado	☐ Normal ☐ Alterado		
								☐ Adecuada a la Edad ☐ Sí ☐ No		
TIPO DE CONSULTA		HISTORIA DE VIOLENCIA DOMESTICA				ALIMENTACIÓN				
CONTROL #		☐ Morbilidad ☐ Sí ☐ No	☐ Referido ☐ Sí ☐ No	☐ Maltrato ☐ Sí ☐ No	☐ Sosp. Abuso Infantil ☐ Sí ☐ No	☐ Trabajo Infantil ☐ Sí ☐ No	☐ Sospecha ESC ☐ Sí ☐ No	☐ Pecho exclusivo ☐ Sí ☐ No	☐ Ablactación ☐ Sí ☐ No	☐ Adecuada a edad ☐ Sí ☐ No
Normal	Enfermo									
OBSERVACIONES:										
DIAGNÓSTICO:						FIRMA				
INDICACIONES:										
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO		FECHA	CAMBIO DE DOMICILIO		MUERTE	OTRA				

APELLIDOS: PATERNO MATERNO NOMBRES				SEXO: ☐ M ☐ F		N de H. C SS ó Céd				
				Hombre mujer						
LLENAR TODOS LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDE A LA ATENCION PRESTADA										
FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	LONGITUD TALLA (cm)	PERIMETRO CEFÁLICO (cm)	TEMP (°C)	CRECIMIENTO	DESARROLLO	VACUNACIÓN
DÍA	MES	AÑO						☐ Normal	☐ Normal	Adecuada a la Edad
								☐ Alterado	☐ Alterado	Sí No
TIPO DE CONSULTA			HISTORIA DE VIOLENCIA DOMESTICA				ALIMENTACIÓN			
CONTROL #		Morbilidad	Referido	Maltrato	Sosp. Abuso Infantil	Trabajo Infantil	Sospecha ESC	Pecho exclusivo	Ablactación	Adecuada a edad
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		No	No	No	No	No	No	No	No	No
Normal	Enfermo									
OBSERVACIONES:										
DIAGNÓSTICO:								FIRMA		
INDICACIONES:										
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO				FECHA	CAMBIO DE DOMICILIO		MUERTE	OTRA		

HCP 18 A

Longitud/estatura para la edad Niños

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años

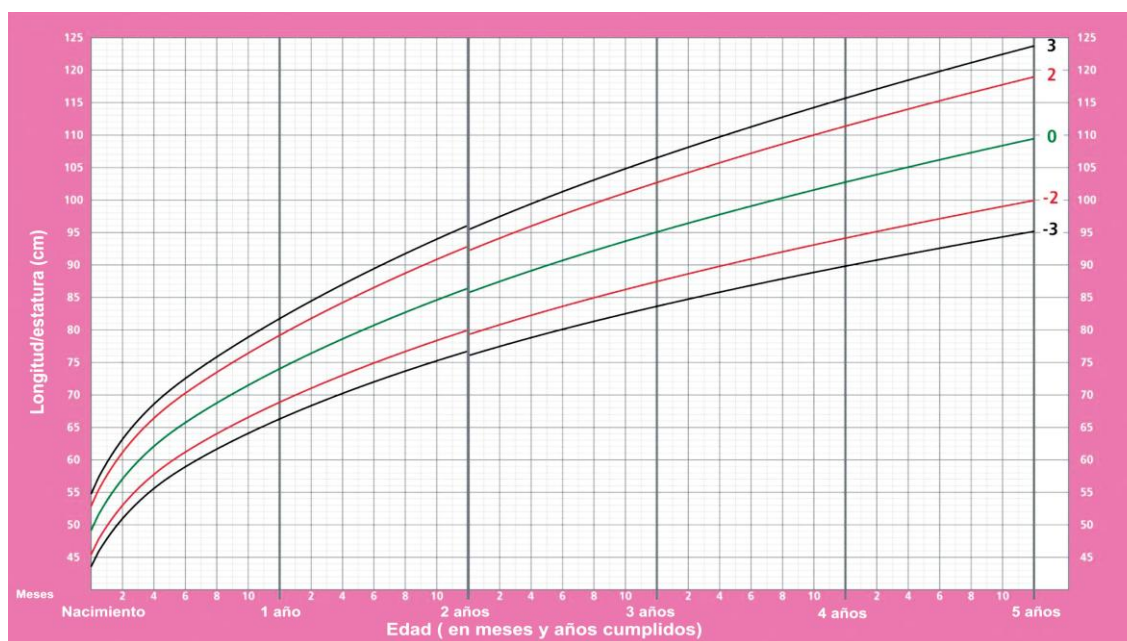


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 18-B

Longitud/estatura para la edad Niñas

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años

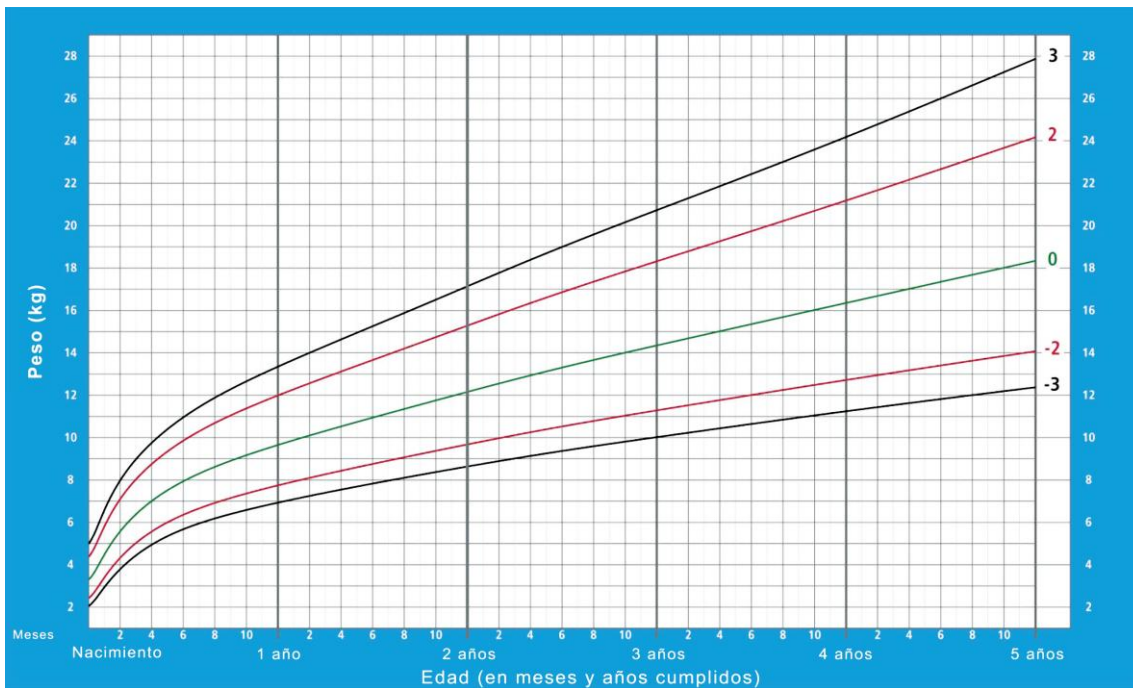


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19 A

Peso para la edad Niños

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años

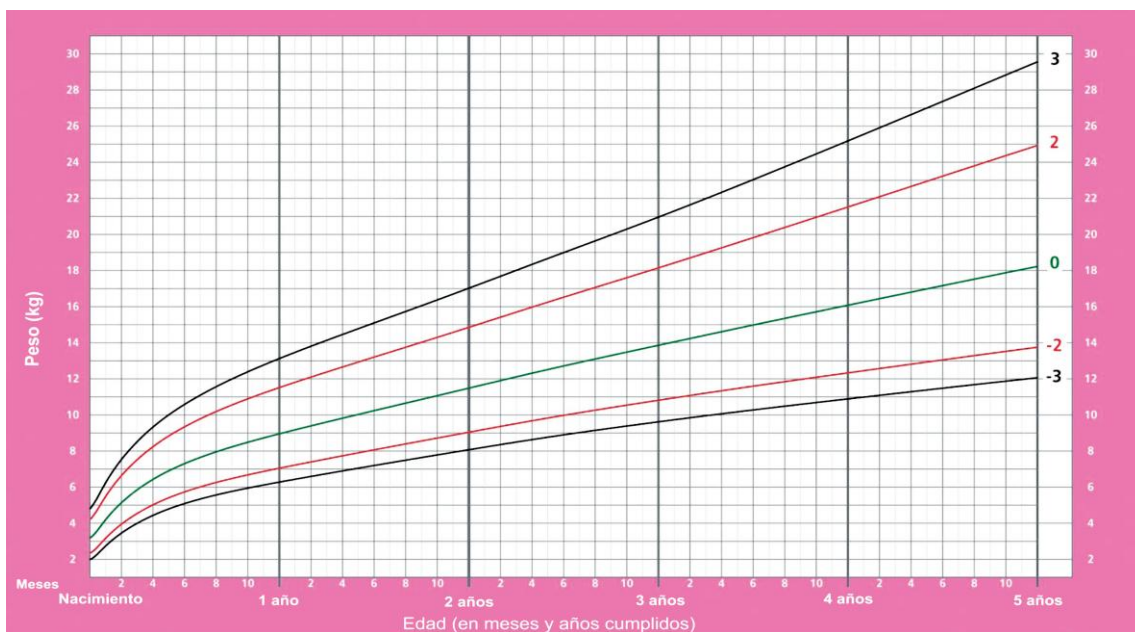


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19 B

Peso para la edad Niñas

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años



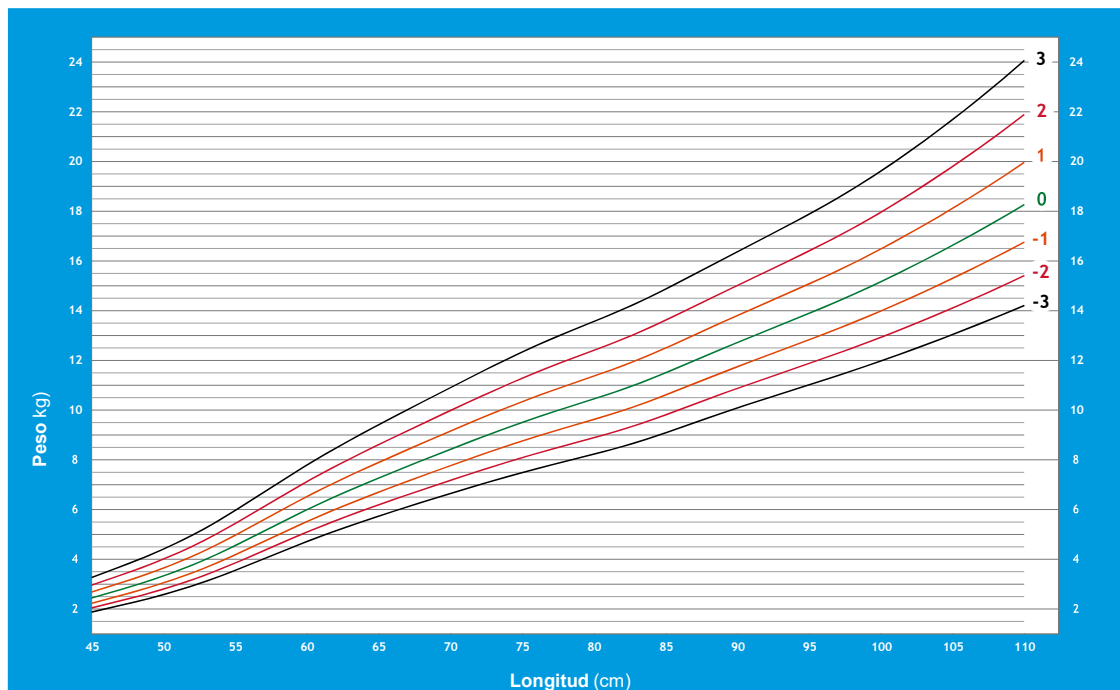
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 20 A

Peso para la estatura Niños

(Puntuación Z) Nacimiento a 2 años

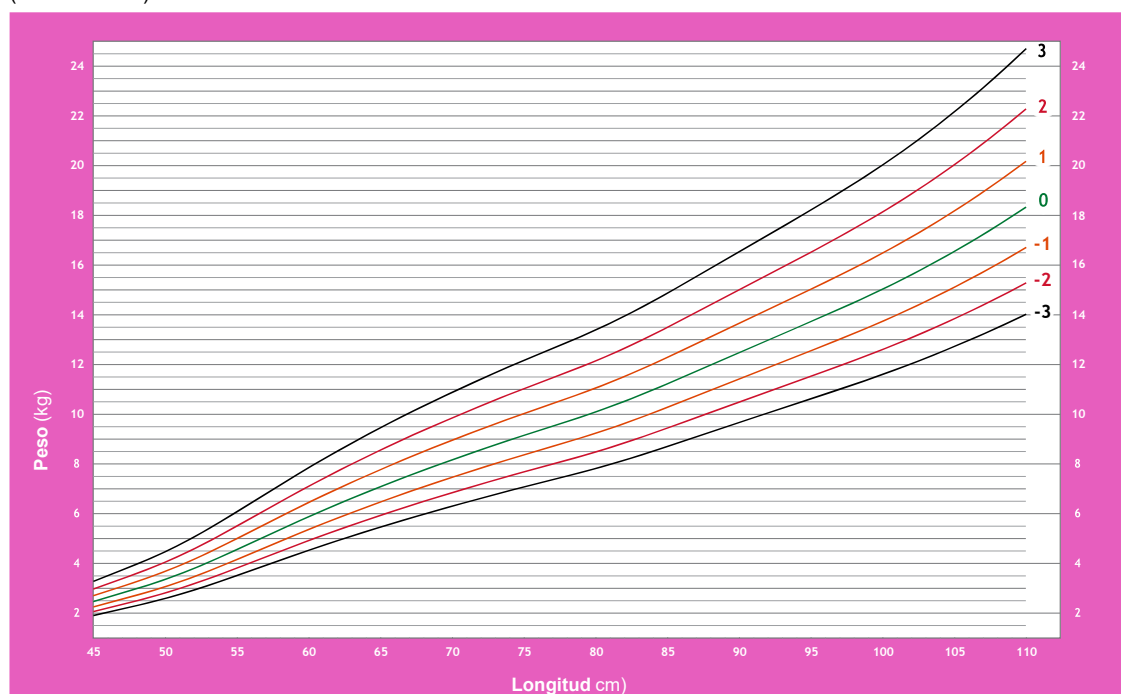


WHO Child Growth Standards

HCP 20 B

Peso para la estatura Niñas

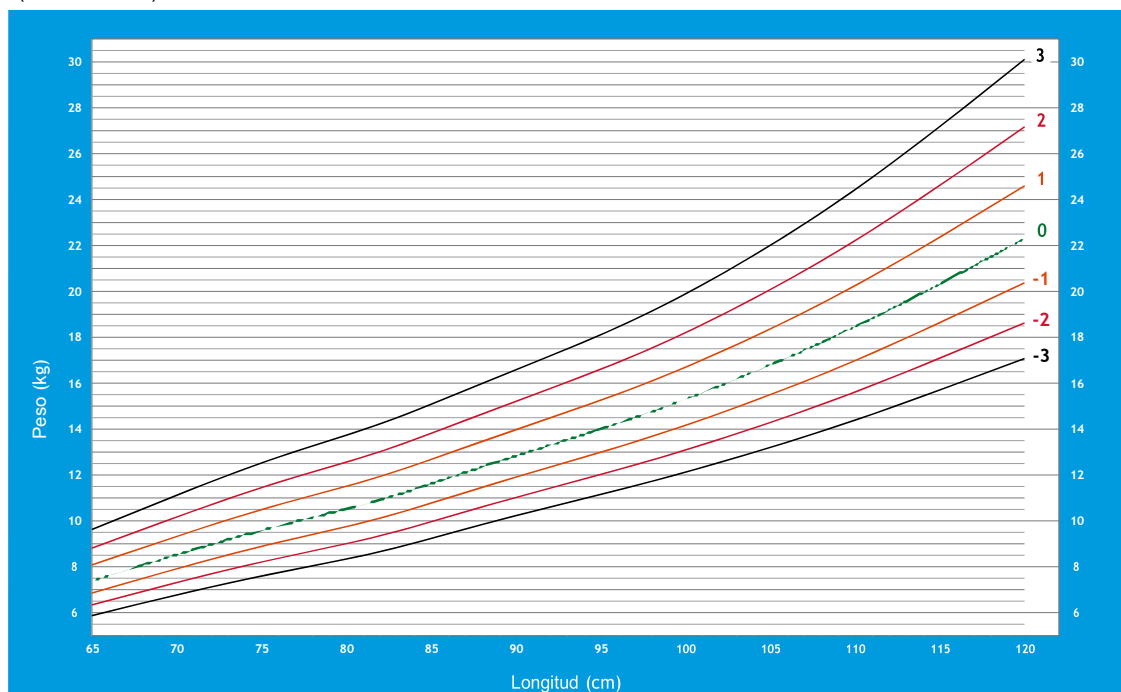
(Puntuación Z) Nacimiento a 2 años



HCP 21 A

Peso para la estatura Niños

(Puntuación Z) 2 a 5 años

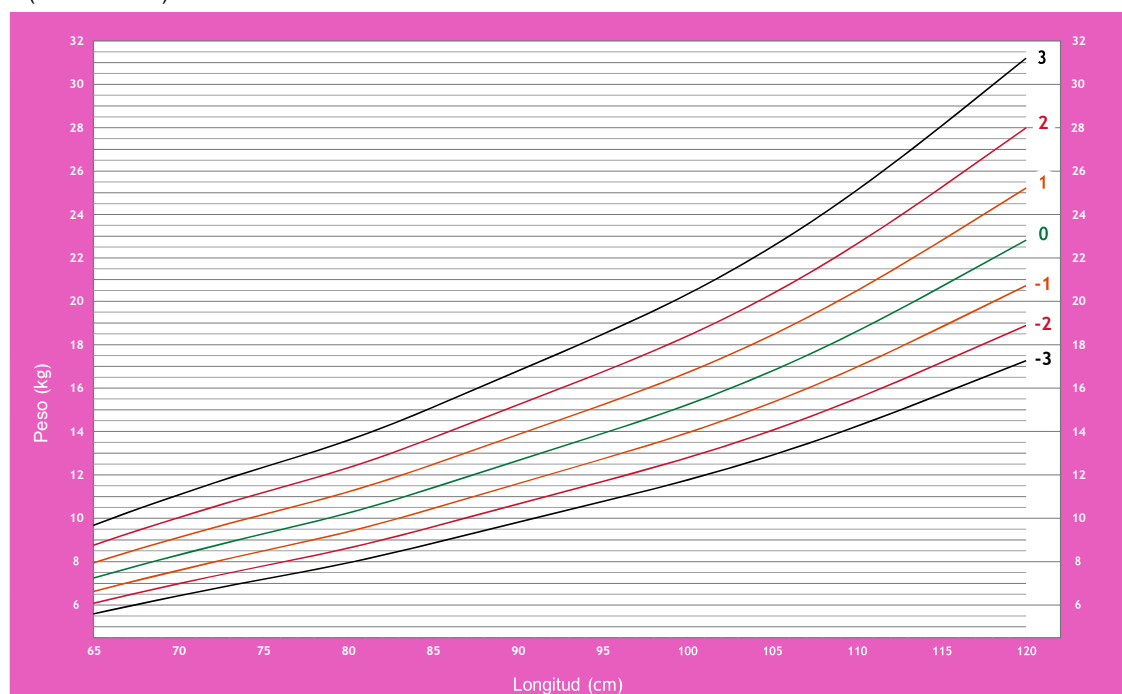


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 21 B

Peso para la estatura Niñas

(Puntuación Z) 2 a 5 años

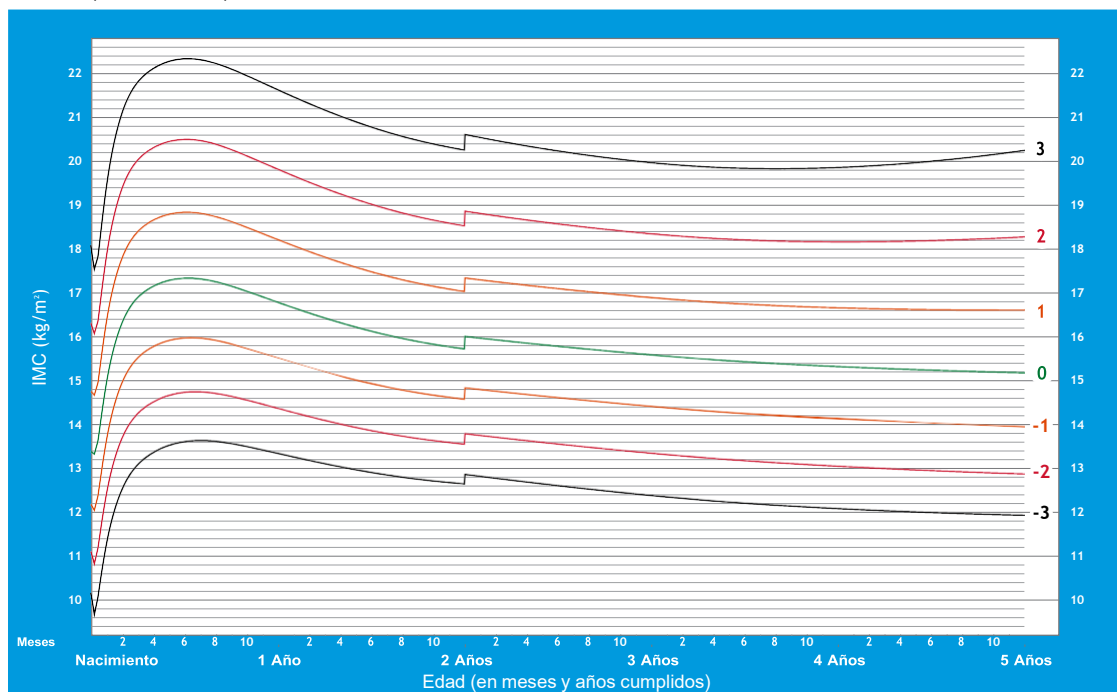


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22 A

IMC para la edad Niños

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años

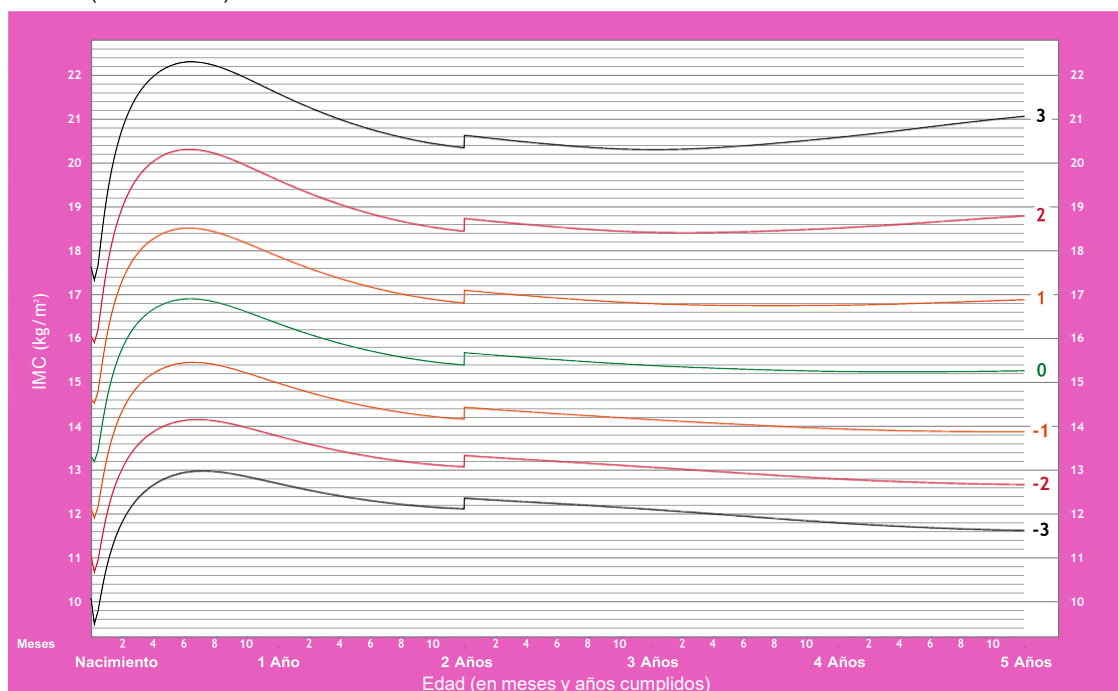


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22 B

IMC para la edad Niñas

(Puntuación Z) Nacimiento a 5 años



HCP 23 A

Patrones de crecimiento infantil de la OMS



HCP 23 B

Perímetro cefálico para la edad Niños
Puntuación Z (Nacimiento a 3 años)

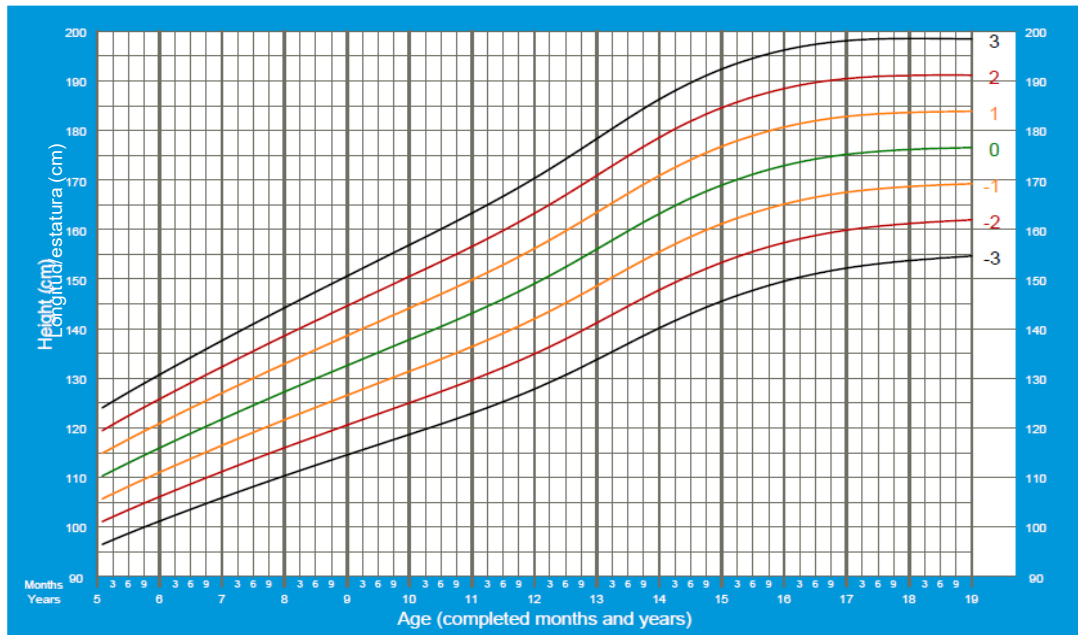
Organización Mundial de la Salud



HCP 24 A

Longitud/estatura para la edad Niños

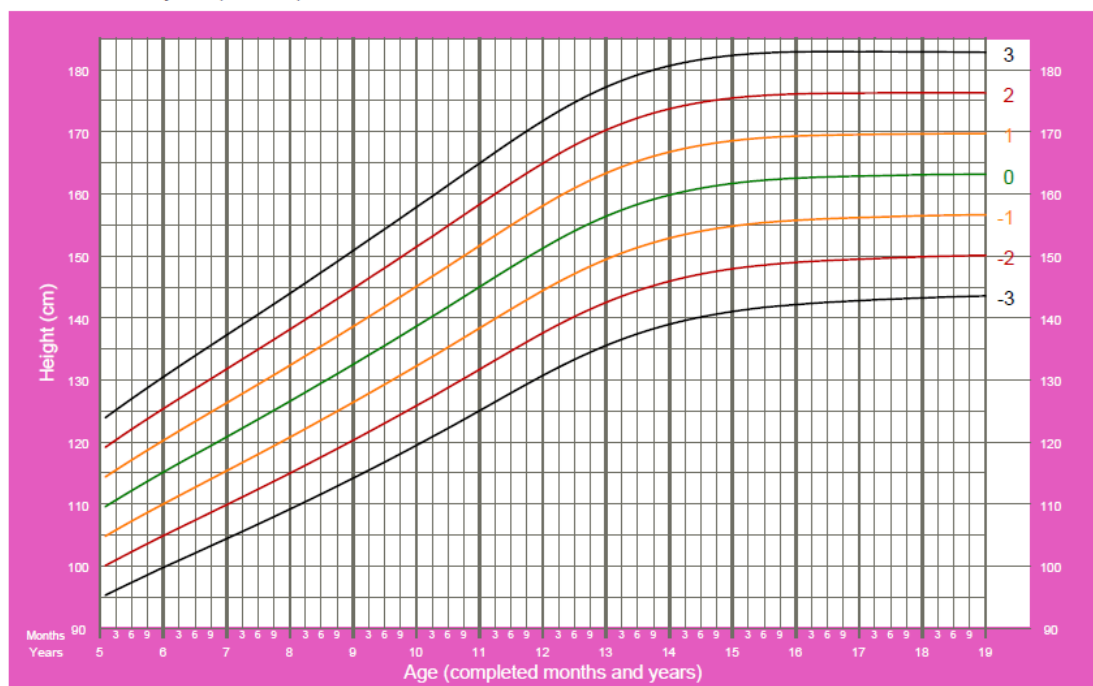
(Puntuación Z) 5 a 19 años



HCP 24 B

Longitud/estatura para la edad Niños

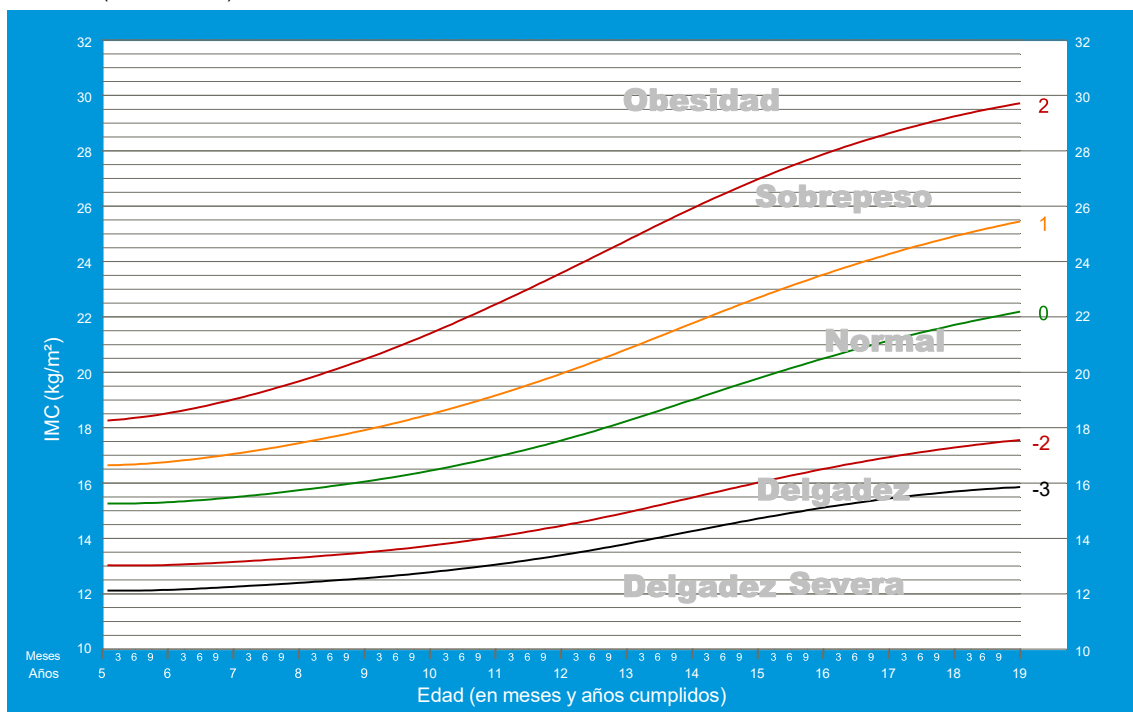
(Puntuación Z) 5 a 19 años



HCP 25 A

IMC para la edad Niños

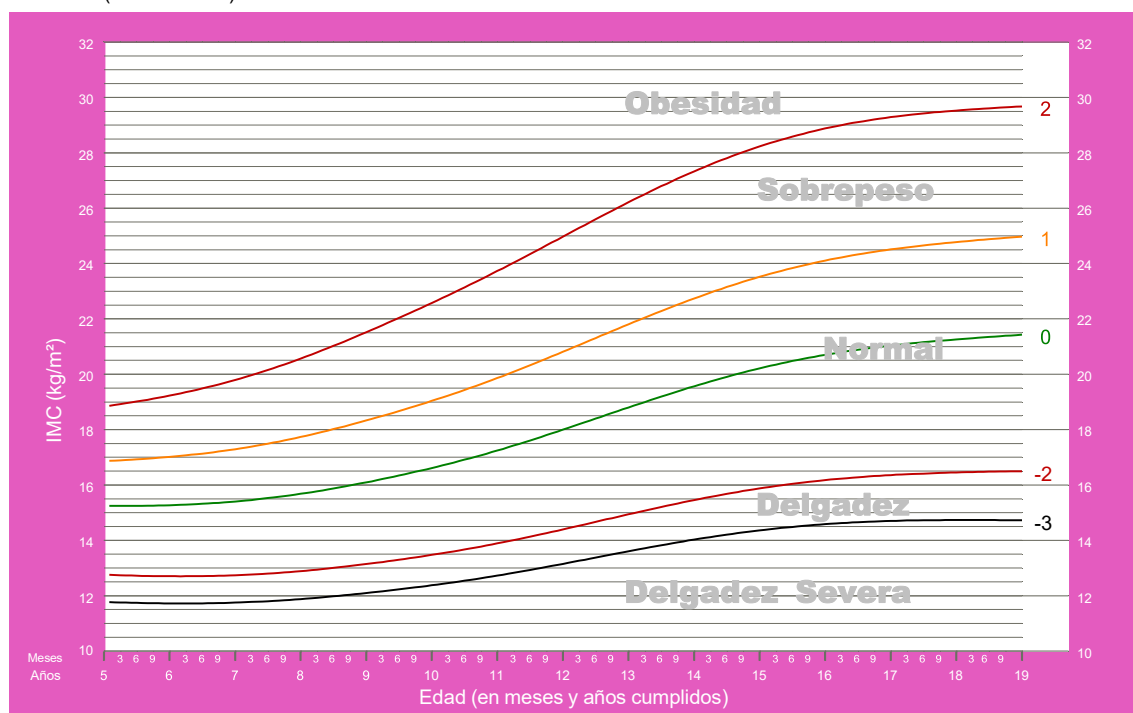
(Puntuación Z) 5 a 19 años



HCP 25 B

IMC para la edad Niños

(Puntuación Z) 5 a 19 años



ANEXO N° 2.6

CÁLCULO DE LA EDAD CRONOLÓGICA

Para calcular la edad cronológica se realiza una resta entre la fecha de evaluación y la fecha de nacimiento del niño:

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

Por ejemplo, en un niño nacido el 5 de febrero de 2011 y evaluado el 23 de septiembre del 2012.

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	09	23
Fecha de nacimiento	2011	02	05
Edad cronológica	01	07	18

El niño tiene un año, siete meses y 18 días.

En algunos casos para realizar la operación es necesario restar y pedir prestados días al mes y meses al año. Si el día de la fecha de la evaluación es menor al día de la fecha de nacimiento, se le piden 30 días al mes. Si el mes de la fecha de evaluación es menor al mes de la fecha de nacimiento, se le piden 12 meses al año.

Ejemplo 1: los días le piden prestado 30 días al mes (un mes es igual a 30 días).

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	03 -1= 02	05+30=35
Fecha de nacimiento	-2010	- 01	-21
Edad cronológica	02	01	14

El niño tiene dos años, un mes y 4 días, y le corresponde la aplicación de la prueba del grupo ONCE (de 25 meses a 30 meses 29 días).

Ejemplo 2: (los meses le piden prestado a 12 meses al año)

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012 -1=2011	03 +12= 15	20
Fecha de nacimiento	- 2011	- 07	- 14
Edad cronológica	0	08	06

El niño tiene ocho meses y seis días y se le debe aplicar la prueba del grupo SEIS (de los siete meses a un día de cumplir los diez meses). Esto es el caso de que haya sido de término (mayor de 37 semanas de gestación) En caso contrario, ANTES DE APLICAR LA PRUEBA DEBE CALCULARSE LA EDAD CORREGIDA.

PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR LA EDAD CORREGIDA

Cuando el niño es menor de dos años y nació antes de las 37 semanas es necesario CORREGIR LA EDAD, calculando el número de semanas que le faltaron para cumplir las 40 semanas y restándolas a la edad cronológica siguiendo los siguientes pasos.

1. Restar a 40 el número de semanas de gestación.
2. Multiplicar el resultado por siete (número de días de una semana).
3. Restar el número de días a la edad cronológica.

Si el paciente del ejemplo 2 a quien se calculó una edad cronológica de ocho meses seis días, nació a las 34 semanas de gestación, se hace de la siguiente forma: $40 - 34 = 6$ semanas. Para convertir las semanas resultantes a días, se multiplican por 7: $6 \times 7 = 42$ días. Para corregir la edad, se deben restar los 42 días a la edad cronológica:

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2012	03	20
Fecha de nacimiento	2011	07	14
Edad cronológica	0	$08 - 2 = 6$	$06 + 60 = 66$
34 semanas de gestación ($40 - 34 = 6$)			$6 \times 7 = 42$
EDAD CORREGIDA	0	6	24

Así, aunque el paciente tenga ocho meses y seis días de nacido, realmente tiene seis meses 24 días, por lo que la prueba que realmente le corresponde es la del grupo CINCO (de los cinco meses a un día antes de cumplir los siete meses). El aplicarle la prueba del grupo siguiente habría calificado automáticamente al paciente como amarillo, aunque tuviera un desarrollo normal lo que es inadecuado. Por esto es fundamental corregir la edad, y así poder evaluar realmente el desarrollo que corresponda.

Secretaría de Salud (2020) Manual para la Aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). Segunda Edición, México. Páginas 9-10.

ANEXO N°2.7
**REPUBLICA DE PANAMA
CONCIDI (MINS/ IPHE/ MINEDUC/ DINFA/ H. DEL. N)**
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD ACTUAL	AREAS FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIAL AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	FECHA	OBSERVACIONES
	11 -12 MESES	-Da pasos solo. # -Se baja solo de la cama.	-Mete y saca u objeto de la caja. #	-Desenvuelve una bolsa envuelta en papel. #	-Dice algunas palabras cortas: mamá, tete. #	-Acepta y entrega la bola. #	-Come todo lo que le gusta sentarse en la mesa. #	FIRMA:	
	10 -11 MESES	-Camina sostenido de una mano. #	-Golpea un cubo contra otro. #	-Retiene un cubo en cada mano al darle el tercero. #	-Al escuchar la palabra adiós, hace adiós con la mano. #	-Se enojan cuando tratan de quitarle un objeto. #	-Duerme 7 ó más horas en la noche sin interrupción. #	FIRMA:	
	9 -10 MESES	-Se para agarrado. # -Camina agarrado de las dos manos.	-Recoge objeto pequeño con índice y pulgar (pinza). #	-Hala el pañal para alcanzar el objeto. #	-Responde a ordenes simples acompañado de gestos. #	-Repite una actividad al celebrarle una actuación. #	-Intenta usar cuchara. #	FIRMA:	
	8 -9 MESES	-Gatea. # -Reflejo de para caída presente.	-Toma un dulce con el pulgar y el índice. #	-Quita pañal y busca el objeto escondido debajo de él. #	-Suspende una actividad cuando se le diga "NO". # -Imita sonidos y gestos.	-Intercambia caricias con los padres. #	-Demuestra preferencia o rechazo por algunos alimentos. #	FIRMA:	
	7 -8 MESES	-Se para brevemente sostenido de la mano y salta activamente. -Inicia el gateo sobre manos, rodillas y pies. -Se sienta solo.	-Agarra con los dos dedos. #	-Busca un objeto escondido frente a él. #	-Inflexión en el habla (modula la entonación en el habla). #	-Cambia de actitud cuando llegan extraños. #	-Come del plato con sus dedos. #	FIRMA:	
	6 -7 MESES	-Se sienta sin apoyo por breves minutos. -Inicia el reflejo paracaídas. #	-Toma una bolita con el pulgar y otros dedos. -Pasa objeto de una mano a otra. #	-Recupera el objeto que se le cae de la mano. -Sacude el objeto al recuperarlo.	-Combina sílabas ma-má, te-te #	-Disfruta jugando al escondido. Distingue rostro familiar. #	-Sostiene el pan, la galleta y se los lleva a la boca. # -Empieza a masticar los alimentos.	FIRMA:	
	5 -6 MESES	-Da vuelta de boca abajo a boca arriba. -Si se le sienta se mantiene sentado con apoyo en posición tripode. -Arrastre. #	-Coje el objeto que se le pone al frente. #	-Sigue momentáneamente con la mirada los objetos que caen. -Sonríe con su imagen frente al espejo.	-Emite sonidos mientras juega solo. #	-Acaricia la cara de la madre y extiende los brazos ante los familiares. #	-Acepta semisólidos. # -Se alimenta con leche materna.	FIRMA:	
	4 -5 MESES	-Sentado con apoyo mantiene la cabeza firme. -Inicia el volteo. #	-Acerca ambas manos al intentar agarrar un objeto en la línea medida. #	-Observa un objeto al llevarse a la boca. #	-Emite sonidos repetidamente G.K.M.P. #	-Se ríe a carcajadas juega con otra persona. #	-Se alimenta con leche. # -Leche materna exclusivamente	FIRMA:	
	3 -4 MESES	-Cabeza erecta y fija se mantiene sentado. -Tendencia a rodar. # -Boca abajo eleva los brazos extendidos.	-Mantiene las manos abiertas. #	-Sigue con la mirada un objeto que se mueve a su alrededor. #	-Vocaliza ("a", "e", "u"). #	-Mira sus manos, juega con ellas y las lleva a la boca. # -Sonrisa social.	-Se alimenta con leche materna exclusivamente. #	FIRMA:	
	2 -3 MESES	-Levanta la cabeza apoyándose sobre los brazos. # -Al sentarlo mantiene la cabeza erecta por segundos.	-Aprieta los objetos y luego los deja caer. #	-Mira el objeto que tiene en la mano. #	-Responde con balbuceo en situaciones placenteras. #	-Sonrisa espontánea. #	-Se alimenta con leche materna exclusivamente. #	FIRMA:	
	1 -2 MESES	-R. Moro -R. al intentar sentarlo mantiene la cabeza erecta. # -Pataleo reciproco.	-Aprieta individualmente un objeto que se le pone en la mano. #	-Sigue un objeto más allá de la línea media. #	-Emite sonidos. #	-Presencia de sonrisa. #	-Se alimenta con leche materna exclusivamente. #	FIRMA:	
		-R. Moro -R. Tónico Asimétrico del cuello. # -Al intentar sentarlo caída de la cabeza hacia atrás.	-Presión palma. #	-Fija la mirada en un objeto brillante. #	-Succión. -Llanto. # -Cambio de actividad ante el sonido.	-Se calma al hablarle y al alzarlo. #	-Se alimenta con leche materna exclusivamente. #	FIRMA:	

REPUBLICA DE PANAMA

CONCIDI (MINS/ IPHE/ MINEDUC/ DINFA/ H. DEL. N)

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS

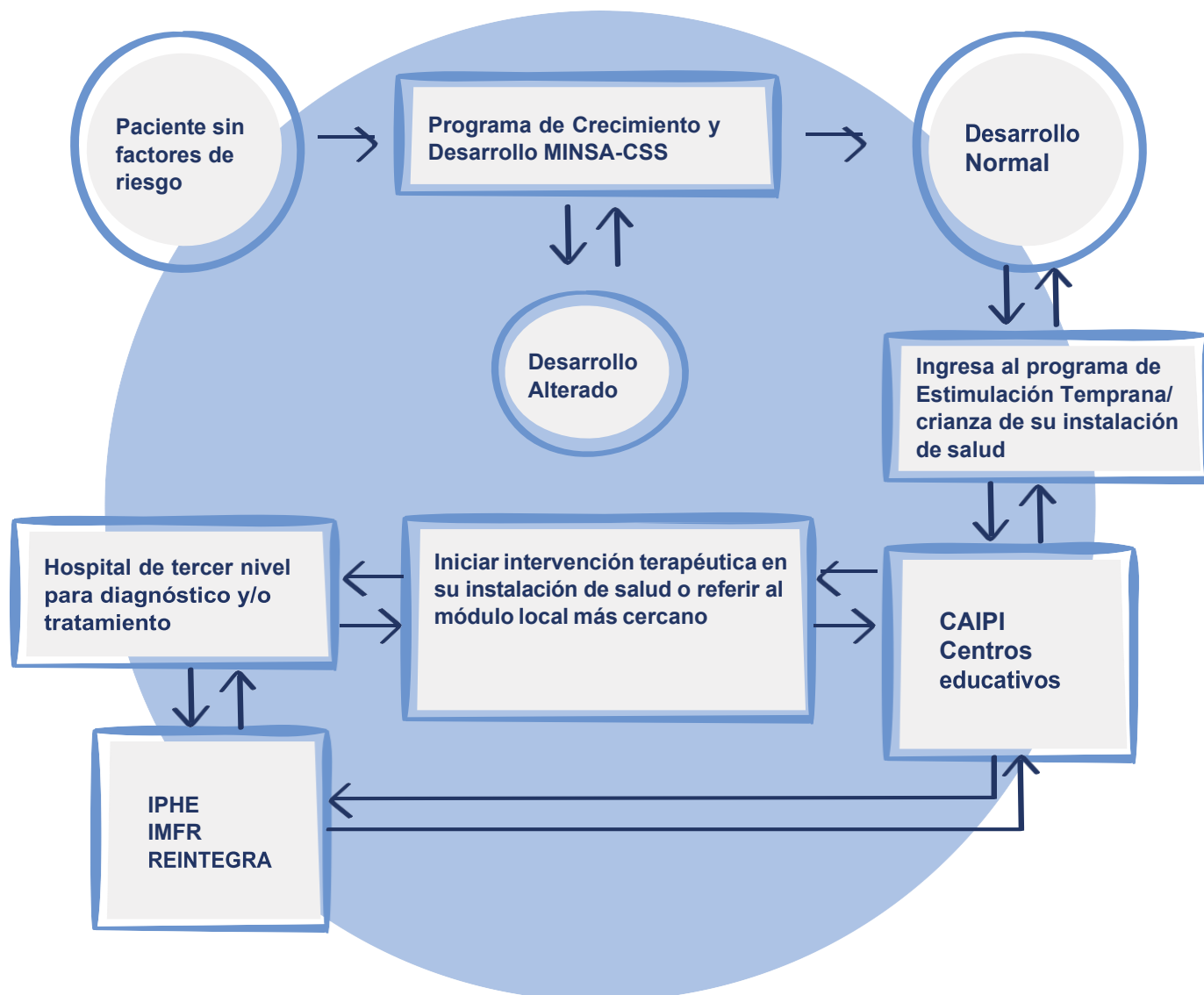
NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD ACTUAL	AREAS FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIAL AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION	FECHA OBSERVACIONES
5 - 6 AÑOS		-Salta abriendo y cerrando las piernas	-Apaña con una mano una bolsita de arroz. # -Es capaz de copiar figuras como rombo, cuadrado o triángulo.	-Dibuja una figura humana (4 a 6 partes) # -Reconoce los colores primarios. -Se interesa por la causa y efecto de los fenómenos naturales. -Reconoce mano izquierda y derecha.	-Uso de verbos en pasado, presente y futuro. # -relato de un cuento sencillo con secuencia. -Pronuncia correctamente los fonemas (consonantes)	-Selecciona amigos y juegos. # -Participa en grupo y espera su turno.	-Es independiente en las actividades de su vida diaria. # -Control de esfínter en la noche.	FIRMA: _____
4 - 5 AÑOS		-Salta hacia atrás por imitación. -Trepas. -Camina sobre una línea manteniendo el equilibrio.	-Toca con el pulgar los dedos de las manos. # -Recorta con tijera. -Copia una cruz.	-Dibuja figura humana. # -Agrupa objetos de acuerdo con el tamaño y forma.	-Emplea verbos en pasado. # -Canta y repite ritmos sencillos.	-Gusta de juegos competitivos. # -Dramatiza y expresa imaginación en el juego.	-Se viste y se desviste solo.	FIRMA: _____
3 - 4 AÑOS		-Salta en un pie, dos o más veces. -Marcha coordinadamente. # -Maneja triciclo usando los pedales.	-Imita una cruz. # -Agarra el lápiz correctamente.	-Imita puente con 3 cubos. # -Dice si un objeto es blando o duro. -Dibuja figura humana con tres partes.	-Concepto de mucho, poco, arriba, abajo. # -Construye oraciones de 5 a 7 palabras.	-Dice su nombre completo. # -Dice su sexo, comparte el juego.	-Cepilla sus dientes. # -Come solo correctamente, se peina solo.	FIRMA: _____
2-1/2 -3 AÑOS		-Sube la escalera alternando los pies. -Se mantiene en equilibrio en un solo pie. # -Se mantiene de pie con los talones juntos.	-Copia una línea y un círculo. -Se desabotona una camisa. -Enrosca y desenrosca una tapa.	-Coloca un cubo encima y debajo de un objeto. # -Encaja 3 figuras geométricas.	-Usa pronombres plurales. -Dice para que sirve el objeto que se le muestra.	-Dice su nombre. # -Comienza a interactúa en el juego.	-Se lava y seca la cara y las manos. # -Avisa cuando quiere orinar y defecar.	FIRMA: _____
2-1/2 AÑOS		-Baja la escalera con apoyo. -Se para en un solo pie, sin ayuda. # -Corre bien	-Alinea 2 o 3 cubos como un tren. # -Ensarta cuentas grandes.	-Hace una torre de 8 cubos. -Arma un rompecabezas de 3 piezas. # -Identificar 4 partes del cuerpo.	-Sigue 2 órdenes consecutivos. # -Uso del yo, ni tú.	-Le agradan los coros, cantos y bailes. -Reconoce su nombre cuando lo escucha. -Ayuda a guardar objetos en una caja.	-Colabora cuando lo bañan. # -Avisa cuando quiere ir al baño.	FIRMA: _____
1 AÑO 9 MESES 2 AÑOS		-Camina bien en ambas direcciones. -Corre.	-Pasa la página una por una. -Imita trazos verticales y circulares -Abre y cierra un frasco.	-Discrimina entre dos objetos. -Intenta armar rompecabezas de 2 piezas.	-Forma oraciones de 3 palabras. -Nombrar y señala 5 objetos. -Obedece 2 órdenes distintas.	-Juega a lado de otros niños. -Imita tareas caseras. -Pregunta por personas conocidas.	-Muestra preferencia por algunos alimentos. -Control del esfínter urinario.	FIRMA: _____
1 AÑO 6 MESES 1 AÑO 9 MESES		-Patea una pelota. Camina rápido y corre. -Sube y baja escaleras sin alternar los pies y con ayuda.	-Usa bien una taza. -Inserta cuadro en rompecabeza de una pieza.	-Hace torres de 6 cubos. -Imita un tren empujando los cubos. -Señala por lo menos dos partes del cuerpo.	-Obedece 2 órdenes. -Frase de dos palabras. -Dice de 10 a 15 palabras	-Pide comida y bebida. -Juega con un muñeco lo abraza acaricia.	-Inicia control de esfínter urinario.	FIRMA: _____
1 AÑO 3 MESES 1 AÑO 6 MESES		-Es capaz de subir y bajar de una silla. -Camina solo con seguridad.	-Recoge y coloca la pasita en un frasco. -Imita Trazos.	-Imita torre de 2 a 4 cubos. -Extrae pasitas de un frasco. -Señala una parte de su cuerpo.	-Indica su deseo nombrando un objeto. -Obedece una orden.	-Se disgusta cuando no se le da lo que quiere. -Tira la pelota cuando se la pides. -Ayuda a desvestirse.	-Avisa cuando esta orinando.	FIRMA: _____
1 AÑO 1 AÑO 3 MESES		-Camina solo. (balanceándose) -Camina se agacha y se para.	-Hace garabatos tomando el lápiz con toda la mano. -Pasa varias páginas de un libro a la vez.	-Trabaja activamente con un objeto. -Recupera objetos escondidos. -Cierra una caja en imitación.	-Señala objetos familiares cuando se le pide. -Dice 2 o 5 palabras.	-Juega solo.	-Trata de usar cucharas. -Capaz de tomar de una taza.	FIRMA: _____

ANEXO N° 2.8

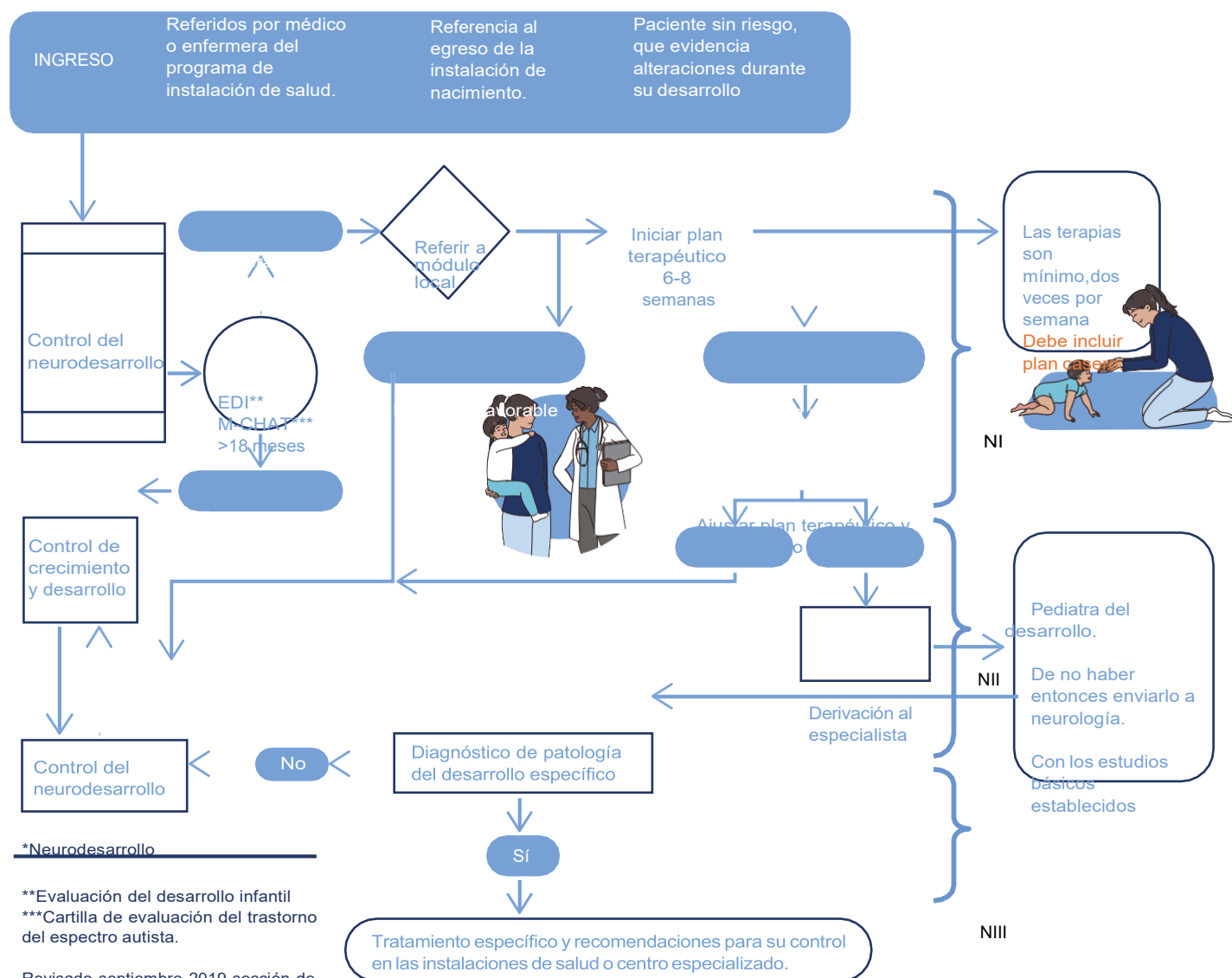
FLUJOGRAMA PARA EL SEGUIMIENTO DEL NIÑO SIN RIESGO



ANEXO N° 2.9

Flujograma para el seguimiento del niño con trastornos del neurodesarrollo

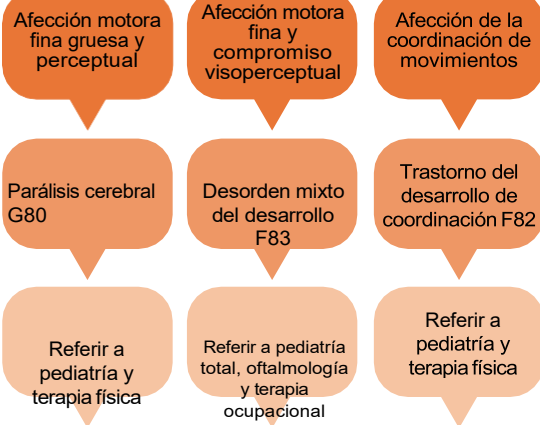
Parte 1



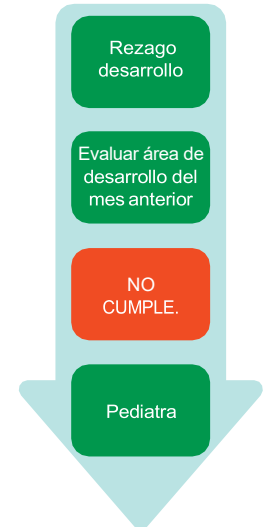
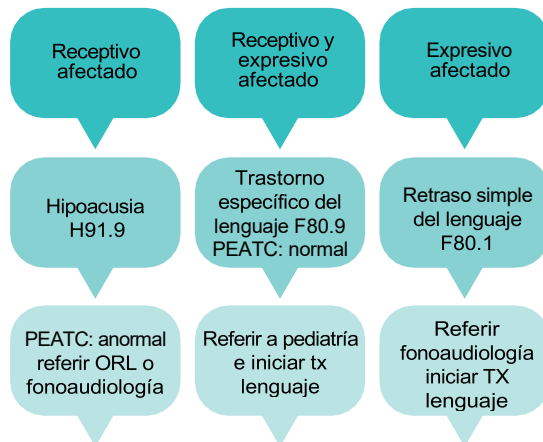
Parte 2



ALTERACIÓN EN ÁREA MOTORA



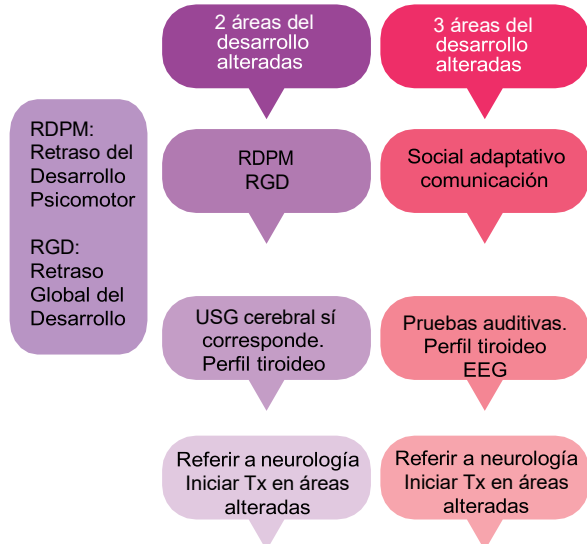
ALTERACIÓN EN ÁREA LENGUAJE



ALTERACIÓN EN ÁREA COGNITIVA



ALTERACIONES EN MÁS DE DOS ÁREAS



Edad de ingreso al programa desde recién nacidos hasta los 3 años y que tengan alguno de los antecedentes descritos en la lista anterior según Stanford Children's Health

ANEXO N° 2.10

EVALUACIÓN DE DESARROLLO
INFANTIL (EDI) MODIFICADO

PRUEBA DE TAMIZAJE CORTO

Se realizará la evaluación del niño dependiendo del grupo de edad al que corresponda, reali-

Aplicación

zando un redondeo hasta la totalidad de meses cumplidos (ejem: 2 meses 28 días, se evaluará en el grupo de 2 meses). Es importante aclarar que los prematuros evaluados, se les debe realizar una corrección de edad hasta las 40 semanas y dicha edad corregida se utilizará hasta que el menor cumpla 2 años cronológica.

Si el paciente no logra los hitos para el mes evaluado, se le debe evaluar los hitos para el grupo etario anterior, ejemplo: niño de 2 meses presenta un parámetro negativo en el área motora, se debe evaluar los parámetros del grupo previo que es el de 1 mes; si lo realiza se dice que tiene un rezago, si no lo realiza, se debe continuar retrocediendo en la evaluación hasta encontrar el mes en que obtenga el puntaje completo y sería entonces un retraso del desarrollo.

A los pacientes que presenten rezago o sospecha de retraso se les debe referir a las consultas de neurodesarrollo de los hospitales centrales para su captación, la aplicación de pruebas diagnósticas del desarrollo según la edad y el manejo multidisciplinario con neurología pediátrica y todas las especialidades que sean necesarias para lograr el mejor resultado del paciente.

Siempre debe realizarse una evaluación integral considerando los siguientes factores:

Expresión clínica de un probable retraso o desviación del patrón normal de desarrollo.

Señales de Alarma:

Aunque estos signos no son propiamente indicativos de alguna lesión si nos indican de la necesidad de una mayor evaluación clínica y seguimiento.

Estas señales de alarma van a ser diferentes dependiendo del grupo etario que estemos estudiando y serán evaluadas en cada etapa del desarrollo del niño.

Perímetro cefálico:

1. - En los Niños a término se debe utilizar las tablas de OMS y en los prematuros (< 37 semanas) las tablas de Fenton.
2. - Para realizar dicha medición el niño debe tener la cabeza libre de cualquier sustancia y estar en una posición sostenida (cuasi sentada). No debe ser medido por la persona que le sostiene.
3. - De preferencia se debe usar una cinta flexible, con grosor no mayor de 1 cm y se debe medir el diámetro comprendido entre el punto máximo del occipucio y la glabella (ENTRECEJO).
4. - La cinta debe situarse en plano horizontal y el cero debe coincidir con la parte frontal DE LA CABEZA (ENTRECEJO) y a partir de allí se realiza la medición. La medición se aproxima

al 0.1cm más cercano y se procede a evaluar y comparar con las tablas establecidas. NO REDONDEAR

5. - Microcefalia: 2 DE por debajo de la media

6. - Macrocefalia: 2 DE por encima de la media

Expresión facial:

Es importante evaluar la movilidad de los cuatro segmentos o cuadrantes faciales, para descartar parálisis facial y su correspondiente identificación de la lesión según el área afectada.

Dominios del desarrollo:

Conjunto de habilidades relacionadas con el desarrollo madurativo y las funciones de las diferentes áreas cerebrales, con el fin de hacer la detección temprana de alteraciones del neurodesarrollo o bien identificar la progresión o retroceso en una habilidad que debió ser adquirida a durante los periodos críticos del desarrollo del paciente. Para fines prácticos se evalúa:

- 1. Área motora gruesa**
- 2. Área motora Fina**
- 3. Socialización**
- 4. Lenguaje**
- 5. Área cognitiva**

Esta prueba será realizada desde 1 mes de vida hasta los 3 años en el contexto del Programa de Desarrollo Infantil Temprano, pero puede extenderse hasta los 5 años e incluso ser aplicable hasta los 10 años en el contexto del programa escolar para la detección de desviaciones del desarrollo en este grupo etario.

En lo que corresponde al desarrollo infantil se evaluarán diversos parámetros dependiendo de los siguientes grupos:

a). Del periodo de 1 a 12 meses: se evaluará mensualmente

b). Desde los 13 meses a los 29 meses: se evaluará de forma trimestral

c). Entre los 30 a 47 meses se evaluarán semestralmente

d). Entre los 48 a 60 meses: anualmente

Los diagnósticos en los que serán clasificados los pacientes luego de realizar dicha prueba serán:

1. Desarrollo normal con los siguientes criterios:

Todos los factores de riesgo biológico, señales de alarma, áreas del desarrollo y exploración neurológica normales.

2. Rezago del desarrollo:

Corresponde al compromiso de, al menos, uno de los dominios del desarrollo con un (1) mes de diferencia de la adquisición del hito para la edad (edad corregida en el caso de prematuros menores de dos (2) años.

3. Retraso del desarrollo:

Corresponde al compromiso de al menos 2 de los dominios del desarrollo con dos (2) meses de diferencia de la adquisición del hito para la edad (edad corregida en los prematuros menores de dos (2) años.

4. Regresión del desarrollo:

Es la pérdida de uno (1) o más de los hitos del desarrollo, en cualquier momento, independientemente de la edad del paciente.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

EDI MODIFICADO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Cédula _____ Fecha de nacimiento _____ Edad cronológica _____ Sexo _____

Dirección residencial

Provincia _____ Distrito _____ Corregimiento _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Persona responsable _____

EVALUACIÓN 1 MES Fecha _____ Edad corregida _____	EN RIESGO		NORMAL	
Presenta el niño problemas para alimentarse, con el proceso de succión-deglución	SÍ		NO	
Cuando cambia a su bebé este pateo y mueve los brazos simétricamente	NO		SÍ	
Se calma al escuchar la voz de la madre	NO		SÍ	
Balbucea o llora cuando quiere comer o está incómodo	NO		SÍ	
Cuando llora se calma al cargarlo o hablarle	NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
El tono muscular es normal	NO		SÍ	
Está presente el Moro, la prensión palmar y plantar (Deben estar los 3 reflejos)	NO		SÍ	
Movimientos asimétricos de su cuerpo	SÍ		NO	
Presenta asimetría en los movimientos oculares y/o en la expresión facial	SÍ		NO	
Hay alteraciones del perímetro cefálico	SÍ		NO	
En prono puede voltear la cabeza hacia ambos lados. Intentar 2 veces de cada lado	NO		SÍ	
Manos empuñadas la mayor parte del tiempo	NO		SÍ	
Puede mantener un sonajero en la mano al menos 3 segundos	NO		SÍ	
Sigue el rostro con la mirada	NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 2 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
Denota ser un niño irritable la mayoría del tiempo aun cuando sus necesidades básicas hayan sido resueltas				SÍ		NO	
Muestra dificultades para alimentarse con el proceso de succión - deglución				SÍ		NO	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
Mantiene las manos empuñadas con el pulgar adentro la mayor parte del tiempo				SÍ		NO	
Permanece la mayor parte del tiempo aletargado y es muy difícil mantenerlo despierto				SÍ		NO	
El reflejo de Moro está ausente o asimétrico				SÍ		NO	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____							

EVALUACIÓN 3 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
Sostenido por el tronco mantiene la cabeza alineada momentáneamente				NO		SÍ	
Sigue con la vista a las personas y objetos				NO		SÍ	
Sonríe a los gestos, principalmente de la madre				NO		SÍ	
En prono logra sostener la cabeza al menos 3 segundos				NO		SÍ	
Logra mirar sus manos por segundos cuando las está moviendo				NO		SÍ	
Tiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo				NO		SÍ	
Al hablarle responde con sonidos o gestos				NO		SÍ	
Vocaliza				NO		SÍ	
Sonríe fácilmente				NO		SÍ	
Mueve su cabeza tratando de localizar la voz al hablarle				NO		SÍ	
Presenta alteraciones del tono muscular				SÍ		NO	
El Moro está ausente o asimétrico				SÍ		NO	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____							

EVALUACIÓN 4 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO	NORMAL
Piensa usted que cuando su bebé ve la teta lo asocia con alimentación				NO	SÍ
Interactúa con otras personas y llora cuando se alejan				NO	SÍ
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Nota asimetrías en el movimiento de las manos				SÍ	NO
En supino, muestra interés por los objetos y trata de tomarlos				NO	SÍ
El reflejo de Galant exacerbado				SÍ	NO
En posición sentado con apoyo mantiene la cabeza en línea recta				NO	SÍ
En supino se voltea hacia los lados				NO	SÍ
Intenta llevar los brazos a la línea media para alcanzar un objeto				NO	SÍ
Mantiene en la mano un objeto al menos 10 segundos				NO	SÍ
Balbucea o grita para llamar la atención				NO	SÍ
Emite sonidos: pa-gu-be-la-le				NO	SÍ
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					
EVALUACIÓN 5 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO	NORMAL
Reconoce a los extraños y se inquieta si quieren cargarlo				NO	SÍ
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Observa y juega con sus manos				NO	SÍ
Emite sonidos guturales (vocaliza)				NO	SÍ
En supino mantiene un objeto en las manos por 10 segundos				NO	SÍ
En supino ayuda al invitarlo a sentarse				NO	SÍ
Se voltea en ambas direcciones				NO	SÍ
Al sostenerlo de pie sobre una superficie plana sostiene temporalmente su peso e intenta saltar				NO	SÍ
Sentado sobre la madre intenta alcanzar un objeto cercano, aunque no lo logre				NO	SÍ
Voltea la cabeza en dirección de la voz al llamarlo				NO	SÍ
Responde a los sonidos emitidos por el examinador repitiéndolos o emitiendo nuevos				NO	SÍ
Inicia a jugar el escondido				NO	SÍ
Presenta asimetrías al movimiento de las manos				SÍ	NO
Persiste el Galant				SÍ	NO
Se mantiene sentado y se apoya con sus manos (trípode)				NO	SÍ
Se arrastra hacia adelante coordinado				NO	SÍ
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					

EVALUACIÓN 6 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
Reconoce a los extraños y se inquieta si quieren cargarlo				NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
Observa y juega con sus manos				NO		SÍ	
Emite sonidos guturales (vocaliza)				NO		SÍ	
En supino mantiene un objeto en las manos por 10 segundos				NO		SÍ	
En supino ayuda al invitarlo a sentarse				NO		SÍ	
Se voltea en ambas direcciones				NO		SÍ	
Al sostenerlo de pie sobre una superficie plana sostiene temporalmente su peso e intenta saltar				NO		SÍ	
Transfiere un objeto de una mano a otra				NO		SÍ	
Sentado sobre la madre intenta alcanzar un objeto cercano, aunque no lo logre				NO		SÍ	
Voltea la cabeza en dirección de la voz al llamarlo				NO		SÍ	
Responde a los sonidos emitidos por el examinador repitiéndolos o emitiendo nuevos				NO		SÍ	
Sabe jugar el escondido				NO		SÍ	
Presenta asimetrías al movimiento de las manos				SÍ		NO	
Persiste el Galant				SÍ		NO	
Presenta defensas laterales simétricas				NO		SÍ	
Puede mantenerse sentado sin apoyo				NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____							
EVALUACIÓN 7 MESES		Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
Gesticula para pedir				NO		SÍ	
Se emociona con familiares e interactúa con ellos				NO		SÍ	
Ayuda a sostener su taza al tomar agua				NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA							
Usa sus dedos como rastrillo para alcanzar objetos				NO		SÍ	
Golpea objetos contra la mesa u otros objetos				NO		SÍ	
Silabea: Ta-ta; Ba-ba; Da-da				NO		SÍ	
Se mantiene sentado solo				NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____							

EVALUACIÓN 8-9 MESES	Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
Gesticula para pedir			NO		SÍ	
Se emociona con familiares e interactúa con ellos			NO		SÍ	
Ayuda a sostener su taza al tomar agua			NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA						
Usa sus dedos como rastrillo para alcanzar objetos			NO		SÍ	
Golpea objetos contra la mesa u otros objetos			NO		SÍ	
Silabea: Ta-ta; Ba-ba; Da-da			NO		SÍ	
Presenta reflejo de paracaídas			NO		SÍ	
Gatea			NO		SÍ	
Puede sentarse sin ayuda			NO		SÍ	
Puede ponerse de pie con ayuda			NO		SÍ	
Inicia pinza de 3 dedos con ambas manos			NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____						

EVALUACIÓN 10-11 MESES	Fecha	Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA						
Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno			NO		SÍ	
Se mantiene entretenido con sus juguetes			NO		SÍ	
Tiene gateo coordinado			NO		SÍ	
Se desplaza de pie con ayuda (agarrado de una silla o mueble, en la cuna)			NO		SÍ	
Puede mantener un objeto pequeño en el centro de la mano			NO		SÍ	
Aplauda			NO		SÍ	
Responde al "NO" para luego continuar lo que hacía			NO		SÍ	
Se lleva la comida solo a boca con sus dedos			NO		SÍ	
Inicia pinza de dos dedos			NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____						

EVALUACIÓN 12 MESES Fecha Edad corregida		EN RIESGO		NORMAL	
Dice entre 3-5 palabras con sentido (verificarlo en la consulta)		NO	☐	SÍ	☐
Ayuda para vestirse		NO	☐	SÍ	☐
Usa gestos (señala) o palabras (balbuceos) para comunicarse		NO	☐	SÍ	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno		NO	☐	SÍ	☐
Se mantiene entretenido con sus juguetes		NO	☐	SÍ	☐
Se desplaza de pie con ayuda (agarrado de una silla o mueble, en la cuna)		NO	☐	SÍ	☐
Aplauda		NO	☐	SÍ	☐
Responde consistentemente a su nombre		NO	☐	SÍ	☐
Responde al "NO" para luego continuar lo que hacía		NO	☐	SÍ	☐
Se lleva la comida solo a boca con sus dedos		NO	☐	SÍ	☐
Hace pinza de dos dedos		NO	☐	SÍ	☐
Intenta marcha independiente		NO	☐	SÍ	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					
EVALUACIÓN 13-15 MESES Fecha Edad corregida		EN RIESGO		NORMAL	
Le gusta que sus padres lo abracen		NO	☐	SÍ	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Camina solo		NO	☐	SÍ	☐
Puede pasar de sentado a posición de pie sin ayuda		NO	☐	SÍ	☐
Se pone en cuclillas sin dificultad regresando a la posición de pie		NO	☐	SÍ	☐
Le gusta tirar objetos al suelo		NO	☐	SÍ	☐
Se comunica a través de palabras		NO	☐	SÍ	☐
Puede sacar y meter objetos en una caja		NO	☐	SÍ	☐
Sin apoyar la mano en la mesa puede tomar un objeto pequeño haciendo pinza de 2 dedos		NO	☐	SÍ	☐
Puede señalar una o dos partes de su cuerpo		NO	☐	SÍ	☐
Dice de 7 a 10 palabras con sentido		NO	☐	SÍ	☐
Cuando quiere algo lo pide con gestos y sonidos		NO	☐	SÍ	☐
Hace torre de 3-5 cubos		NO	☐	SÍ	☐
Come solo		NO	☐	SÍ	☐
Obedece una orden sencilla		NO	☐	SÍ	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					

EVALUACIÓN 16-18 MESES Fecha Edad corregida	EN RIESGO		NORMAL	
Hace pataletas	SÍ	☐	NO	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Sabe el nombre de familiares, objetos y animales comunes	NO	☐	SÍ	☐
Es capaz de sentarse sin ayuda en una silla pequeña	NO	☐	SÍ	☐
Sabe patear una pelota	NO	☐	SÍ	☐
Puede correr	NO	☐	SÍ	☐
Puede hacer torre de 8 cubos	NO	☐	SÍ	☐
Puede meter piezas chicas en un frasco de boca pequeña	NO	☐	SÍ	☐
Logra usar un lápiz para pintar (rayar) con los dedos extendidos	NO	☐	SÍ	☐
Sabe más de 18 palabras	NO	☐	SÍ	☐
Señala 5 o más partes de su cuerpo	NO	☐	SÍ	☐
Sabe el nombre de algunas personas, animales u objetos	NO	☐	SÍ	☐
Usa la cuchara para comer	NO	☐	SÍ	☐
Coopera para vestirse y/o desvestirse	NO	☐	SÍ	☐
Imita las tareas del hogar	NO	☐	SÍ	☐
Dice algunas palabras claras	NO	☐	SÍ	☐
Marcha independiente	NO	☐	SÍ	☐
Muestra conductas repetitivas o estereotipadas	SÍ	☐	NO	☐
Regresión o pérdida de hitos alcanzados	SÍ	☐	NO	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 19-24 MESES Fecha _____ Edad corregida _____	EN RIESGO		NORMAL	
Tiene dificultad para seguir órdenes sencillas	SÍ		NO	
Tiene problemas para socializar fuera del entorno familiar	SÍ		NO	
Sube y baja los muebles	NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Muestra indiferencia por el entorno	SÍ		NO	
Puede correr coordinadamente	NO		SÍ	
Patea sin perder el equilibrio	NO		SÍ	
Puede abrir una tapa	NO		SÍ	
Logra desenvolver un caramelo	NO		SÍ	
Logra comer con una cuchara sin derramar	NO		SÍ	
Dice frases de 2 palabras	NO		SÍ	
Puede obedecer 2 órdenes sencillas	NO		SÍ	
Avisa cuando ha mojado el pañal	NO		SÍ	
Pide ayuda verbalmente cuando quiere algo	NO		SÍ	
Patrón inestable de marcha	SÍ		NO	
Regresión de los hitos del desarrollo	SÍ		NO	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 25-30 MESES Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
Tolera la frustración	NO		SÍ	
Coopera al guardar los juguetes	NO		SÍ	
Tiene juego simbólico	NO		SÍ	
Se lava solo las manos y la cara	NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Despega ambos pies del suelo al saltar	NO		SÍ	
Puede subir y bajar escalones con ayuda	NO		SÍ	
Puede pararse sobre un solo pie momentáneamente	NO		SÍ	
Abre un frasco solo	NO		SÍ	
Lanza una bola con la mano	NO		SÍ	
Alinea imitando al examinador (hace el tren con cubitos)	NO		SÍ	
Dice su nombre	NO		SÍ	
Usa pronombres personales y posesivos	NO		SÍ	
Hace oraciones de tres palabras	NO		SÍ	
Muestra indiferencia con su entorno	SÍ		NO	
Pérdida de hitos alcanzados según la madre	SÍ		NO	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 31-36 MESES Fecha _____	EN RIESGO		NORMAL	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Se le dificulta manipular objetos pequeños	SÍ		NO	
Comprende órdenes sencillas (más de 3)	NO		SÍ	
Hace contacto visual cuando se le habla	NO		SÍ	
Le cuesta la separación de su madre o familiar	SÍ		NO	
Tiene interés por sus juguetes y los usa apropiadamente	NO		SÍ	
Se agacha y se levanta fácilmente	NO		SÍ	
Puede a petición caminar en la punta de los pies	NO		SÍ	
Puede caminar hacia atrás	NO		SÍ	
Logra abotonarse	NO		SÍ	
Puede levantar del suelo un objeto pequeño haciendo la pinza bien	NO		SÍ	
Imita los trazos verticales y horizontales	NO		SÍ	
Sabe decir su edad	NO		SÍ	
El examinador logra comprender más del 75% de lo que dice	NO		SÍ	
Juega con otros niños e interactúa con ellos	NO		SÍ	
Comprende la diferencia entre mío y tuyo	NO		SÍ	
Babea constantemente o habla de una manera poco entendible	SÍ		NO	
Solo dice palabras aisladas. No usa frases	SÍ		NO	
Se cae con facilidad y no logra subir y bajar escaleras	SÍ		NO	
Regresión en los hitos adquiridos	SÍ		NO	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

FASE 2

EVALUACIÓN 37-48 MESES Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas	SÍ	☐	NO	☐
Es muy apegado(a) a los padres y lloran cuando se alejan, más que los otros niños de su edad	SÍ	☐	NO	☐
Cuando está con otros niños (as) ¿los ignora y prefiere jugar solo (a)?	SÍ	☐	NO	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Puede agarrar un lápiz o crayón con los dedos índice y pulgar con apoyo adecuado	NO	☐	SÍ	☐
Imita trazos horizontales y verticales	NO	☐	SÍ	☐
Puede copiar un círculo en una hoja de papel	NO	☐	SÍ	☐
Puede abrochar un botón de una prenda de vestir	NO	☐	SÍ	☐
Puede decir oraciones de más de 3 palabras en el contexto de la pregunta	NO	☐	SÍ	☐
Cuando está con desconocidos le entienden la mayoría de las palabras que dice	NO	☐	SÍ	☐
Cuando habla, utiliza el plural de las palabras	NO	☐	SÍ	☐
Entiende la diferencia entre mío y tuyo	NO	☐	SÍ	☐
Sabe decir su edad de manera verbal y no verbal	NO	☐	SÍ	☐
Puede su niño (a) agacharse hacia adelante sin caerse	NO	☐	SÍ	☐
Puede caminar sobre las puntas de sus pies	NO	☐	SÍ	☐
Puede caminar hacia atrás de manera coordinada	NO	☐	SÍ	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 49-60 MESES Fecha 	EN RIESGO		NORMAL	
Cuando sus padres se separan de él (ella), llora, protesta y es difícil calmarlo	SÍ		NO	
Se le dificulta desvestirse solo (a)	SÍ		NO	
Se le dificulta usar los plurales y el tiempo pasado	SÍ		NO	
Le cuesta prestar atención en alguna actividad por más de 5 minutos	SÍ		NO	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas	SÍ		NO	
Le gusta jugar al papá o mamá, o imita a alguien de la familia	NO		SÍ	
Se puede bañar solo (a)	NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA				
Puede el niño (a) saltar hacia adelante cayendo con los pies juntos	NO		SÍ	
Puede el niño (a) saltar con un solo pie hacia adelante tres veces cayendo sobre el mismo pie	NO		SÍ	
Puede dibujar un cuadrado	NO		SÍ	
Sabe escribir dos o más letras	NO		SÍ	
Puede dibujar a una persona (por lo menos 4 partes del cuerpo)	NO		SÍ	
Sabe usar el tiempo futuro	NO		SÍ	
Puede contar cuentos	NO		SÍ	
Puede decir el nombre dos de sus amigos (as)	NO		SÍ	
Dice el nombre de 4 colores y los reconoce	NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____				

EVALUACIÓN 6 AÑOS Fecha _____		EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades adquiridas		SÍ		NO	
Logra seguir indicaciones		NO		SÍ	
Se baña y se viste solo		NO		SÍ	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Puede agarrar un lápiz o crayón con los dedos índice y pulgar con apoyo adecuado		NO		SÍ	
Puede dibujar un triángulo		NO		SÍ	
Sabe escribir su nombre		NO		SÍ	
Cuenta los hechos con orden lógico-temporal		NO		SÍ	
Puede saltar hacia atrás con los pies juntos		NO		SÍ	
Puede saltar con un solo pie hacia adelante siete veces cayendo con el mismo pie		NO		SÍ	
Pueden leer libros o material apropiados para su edad		NO		SÍ	
Espera su turno con facilidad cuando interactúa con sus compañeros, maestros o cuidadores primarios		NO		SÍ	
Aprende costumbres y normas sociales: saludar, dar la mano, etc		NO		SÍ	
Puede completar oraciones con la palabra que significa lo opuesto. Por ejemplo: "el conejo es rápido, la tortuga es..."		NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					
EVALUACIÓN 7 AÑOS Fecha _____		EN RIESGO		NORMAL	
Se le dificulta desvestirse solo (a)		SÍ		NO	
Se le dificulta usar los plurales y el tiempo pasado		SÍ		NO	
Le cuesta prestar atención en alguna actividad por más de 10 minutos		SÍ		NO	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas		SÍ		NO	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Comprende los sentimientos y emociones de otras personas		NO		SÍ	
Tiene preferencias por amigos del mismo sexo		NO		SÍ	
Reconoce el valor de sus acciones y la de los otros		NO		SÍ	
Realiza actividades de forma independiente		NO		SÍ	
Comprende el juego con reglas		NO		SÍ	
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					

EVALUACIÓN 8 AÑOS Fecha		EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas		SÍ	☐	NO	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Define palabras		NO	☐	SÍ	☐
Resta pidiendo prestado		NO	☐	SÍ	☐
Pueden contar de forma regresiva		NO	☐	SÍ	☐
Entienden las fracciones		NO	☐	SÍ	☐
Recorta figuras con complejidad		NO	☐	SÍ	☐
Comprenden conceptos de espacio		NO	☐	SÍ	☐
Comprende lo leído		NO	☐	SÍ	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					
EVALUACIÓN 9 AÑOS Fecha		EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas		SÍ	☐	NO	☐
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
La escritura suele ser bien organizada		NO	☐	SÍ	☐
Toma dictado de párrafos		NO	☐	SÍ	☐
Multiplica por 2 o más cifras		NO	☐	SÍ	☐
Puede hablar de varios temas, cultura, deportes, pasatiempos y otros.		NO	☐	SÍ	☐
Analiza un texto		NO	☐	SÍ	☐
EVALUADO POR _____ REGISTRO _____ SELLO _____					

ANEXO N° 2.11

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL AUTISMO EN NIÑOS PEQUEÑOS (M-CHAT/ES)

La Lista de Verificación para el Autismo en niños entre 18 y 60 meses. El cuestionario consta de 23 ítems, subdivididos, internamente, en las categorías de normales o críticos. Se considera que un niño falla en el cuestionario si falla en 2 o más ítems críticos, o si falla 3 o más ítems cualesquiera. Requiere Intervención y Seguimiento.

Seleccione la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija están normalmente. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace Por favor, conteste a todas las preguntas.

CRITERIOS	Esperado	No Esperado
1. ¿Le gusta que le balanceen o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?	Sí	No
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas? (Crítico)	Sí	No
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?	Sí	No
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella a taparse los ojos y luego descubrirlos, jugar a esconderse y aparecer de repente?	Sí	No
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo, haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	Sí	No
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	Sí	No
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención? (Crítico)	Sí	No
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo, cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	Sí	No
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos? (Crítico)	Sí	No
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	Sí	No
11. ¿Se parece demasiado sensible a los ruidos poco intensos? (reacciona tapándose los oídos, etc.)	No	Sí
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	Sí	No
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (¿por ejemplo, si usted hace una mueca, él o ella, también lo hace?) (Crítico)	Sí	No
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre? (Crítico)	Sí	No

CRITERIOS	Esperado	No Esperado
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación. ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete? (Crítico)	Sí	No
16. ¿Ha aprendido ya a andar?	Sí	No
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	Sí	No
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?	No	Sí
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	Sí	No
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	No	Sí
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	Sí	No
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	No	Sí
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	Sí	No

NOTA: Instrumento Adaptado del M-CHAT/ES vigente, actualmente, en el Sistema Electrónico Informático-en SEIS)

ANEXO N° 2.12

**MINISTERIO
DE SALUD****SOLICITUD DE CUPO ESPECIAL PARA PACIENTES
CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO.**

Nombre del paciente:

Cédula:

Edad:

Fecha de la solicitud:

Dar cita:

ANEXO N° 2.13

CÓDIGOS DE REGISTROS DE ACTIVIDADES

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS

Código	Actividades	Registro de texto para especificar
Códigos de registros de actividades de atención		
96051	Evaluación de Desarrollo Infantil Temprano	
96050	Consejería para el DIT/Crianza, a la familia individual o sea en la consulta	Debe registrar en el RDA, que es en consulta individualizada
96050	Consejería para el DIT/ crianza en sesión grupal. Cuando el seguimiento se hace de manera, "taller"	Debe registrar que es en sesión grupal
10126	Consejería en Lactancia Materna	
Códigos de registros de las alteraciones en el neurodesarrollo		
Alteración en el área cognitiva		
F 06.7	Atención y memoria	
F 81	Percepción y conceptos	Registra en texto la alteración
F81	Razonamiento	Registra en texto la alteración
Alteración del lenguaje		
H91.9	Hipoacusia	
F80.9	Trastornos específicos del lenguaje	
F80.1	Retraso simple del lenguaje	
Alteración en el área motora		
G80	Parálisis cerebral	
F83	Desorden mixto del desarrollo	
F82	Trastornos del desarrollo de coordinación	

ANEXO N° 2 . 14

MINISTERIO
DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 9 AÑOS

REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Cédula de la madre: _____

Nombre del recién nacido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Tipo de parto: _____

Dirección completa de residencia habitual: _____

Diagnóstico de hospitalización: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Alimentación: _____ Peso: _____

Diagnóstico o problemas de lactancia materna: _____

SIGNOS DE POSIBLES DIFICULTADES

Madre: _____ Recién nacido: _____

Nombre y firma de quien refiere: _____

Fecha: _____

[illegible]

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	
Prueba de tamizaje de auditivo realizadas		Alteraciones del desarrollo casos nuevos	
Deficiencias auditivas detectadas		Referidos para Tx y seguimiento de ND	
Defunciones en < 5 años		Desnutrición casos nuevos	
Defunciones neonatales		Desnutridos recuperados	
Defunciones posts neonatales (1 a 11 meses)		Obesidad casos nuevos	
Defunciones de 1 a 4 años		Obesos recuperados	
Defunciones de 5 a 9 años			
Principales causas de mortalidad		Principales causas de la morbilidad	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
Actividades de IEC		Consejerías Lactancia Materna	
Visitas domiciliarias		Consejería en Alimentación y Nutrición	
Participación comunitaria		Consejería en Desarrollo Infantil Temprano	

PROGRAMA DE NIÑEZ, ESCOLAR Y ADOLESCENTE

SEGUIMIENTO DE CASO

[illegible]

VISITA DOMICILIARIA

MOTIVO:

Captación de RN 0 a 7 días		Problemas de malnutrición	
Inasistencia a los controles de salud		Ca Infantil	
Esquema de vacunación incompleta		Niños de madre seropositiva (VIH- TORCHES)	
Alteraciones del neurodesarrollo		Casos de reportes epidemiológicos	
Seguimiento de casos por enfermedad		Caso social (Trabajo infantil, Violencia y otros)	
Discapacidad		Madre y Familia Canguro	
Seguimiento a Tx. de TAES		Otros casos	

[illegible]

ANEXO N° 2.17

REGISTRO DIARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS

DÍA		MES		AÑO			

Nombre del funcionario _____ INSTITUCIÓN _____

N° de Céd: _____ Horas Utilizadas: _____

Lugar de poblado: (Distrito, Corregimiento, Comunidad): _____

Número de orden	Zona	1.Aseg. 2.No Aseg.	ETNIA	SEXO	Nombre del Visitado	N° de Historia Clínica	PROGRAMA			OBSERVACIONES
				INFANTIL			MATERNAL	ADULTO		
				1.Masc. 2.Fem.			1. 0-29 días 2. 1-11 meses 3. 1-4 años 4. 5-14 años 5. 15-19 años 6. Paciente C.A	7. Prenatal 8. Puerperio 9. Plan. Fam. 10. Ginecología 11. Paciente C.A 12. Caso Epidem.	13. 20-59 años 14. 60 y + 15. Paciente C.A 16. Caso Epidem.	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										

Número de orden	Zona	1. Aseg. 2. No Aseg.	ETNIA	SEXO		Nombre del Visitado	N° de Historia Clínica	PROGRAMA			OBSERVACIONES
				1. Masc. 2. Fem.	INFANTIL			MATERNAL	ADULTO		
								1. 0-29 días 2. 1-11 meses 3. 1-4 años 4. 5-14 años 5. 15-19 años 6. Paciente C.A	7. Prenatal 8. Puerperio 9. Plan. Fam. 10. Ginecología 11. Paciente C.A 12. Caso Epidem.	13. 20-59 años 14. 60 y + 15. Paciente C.A 16. Caso Epidem.	
16											
17											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

ETNIA: 1. No Indígena 2. Kuna 3. Emberá 4. Wounaan 5. Ngäbe 6. Bugle 7. Naso o Teribe 8. Bokota 9. Bri Bri

Programación de la visita a:

Casas

Población Beneficiada

Programada

Visitada

Casas

Población Beneficiada

No Programada

Visitada

INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO

IDONEIDAD	NOMBRE	TIPO DE PROFESIÓN

ANEXO N° 2.18

GUÍA DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES EN EL NIVEL LOCAL DATOS GENERALES.

OBJETIVOS DE LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE:

1. Verificar el cumplimiento de las normas de atención al niño desde 0 a 9 años.
2. Determinar los logros de las metas programadas de las actividades del Programa de Niñez.

FECHA:	
REGION:	
INSTALACIÓN DE SALUD:	
VISITA (NÚMERO):	

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES EN LA SUPERVISIÓN

DIRECTOR MÉDICO:	
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	
PERSONAL DE REGES:	
MÉDICOS:	
ENFERMERAS:	
NUTRICIONISTAS:	
TRABAJO SOCIAL:	
SUPERVISOR/ES:	

MUESTREO DE AUDITORIA DE EXPEDIENTES

GRUPO DE EDAD	# DE EXPEDIENTES AUDITADOS
0 a 7 días	
De 8 días 11 meses	
De 1 a 4 años	
5 a 9 años	

1. PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

1.1 PLANIFICACIÓN. *Para seguimiento en múltiples visitas durante el año.*

INDICADOR		NÚMERO Y FECHA DE LA VISITA				
		1	2	3	4	5
1	¿Existe un Plan Operativo que desarrolla los componentes del Programa de Niñez y Escolar? (Mostrar)					
2	¿El Plan Operativo se confeccionó basado en un diagnóstico situacional de salud?					
3	¿El Plan operativo integra los formatos de Programación y evaluación establecido?					
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 y al nivel nacional? (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 contemplan las adecuaciones físicas y el equipo para realizar la atención en salud según los establecen los Programas?					
9	¿La región de salud contempla dentro de la programación presupuestaria la adquisición de equipos, insumos y materiales para la atención del niño incluyendo la libreta del niño y del adolescente?					
10	¿Existe un plan de docencia? (mostrar plan y lista de asistencia)					
11	¿Ha realizado visita de monitoreo o supervisión al nivel operativo?					
12	¿Ha realizado visita de supervisión a los albergues y CAIPI?					
13	Hay un Número de horas y el recurso humano dedicadas a las actividades comunitarias del programa.					
14	¿Cuentan con la CONFOLACMA a nivel regional o institucional?					
15	¿Cuentan con la Comisión de Salud Escolar a nivel regional?					
16	¿Cuentan con las normas y protocolos de atención a la Niñez?					
	SUB TOTALES					

OBSERVACIONES:

PUNTUACIÓN: 1. No satisface la condición. 2. Satisface parcialmente la condición. 3. Se cumple a cabalidad la condición.

Total: 48 puntos

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

Para seguimiento en múltiples visitas durante el año.

INDICADOR		NÚMERO Y FECHA DE LA VISITA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Proceso										
17	% de captación de recién nacidos de 0 a 7 días										
18	% de captación de menores de 1 año										
19	% de captación de 1 a 4 años										
20	% de controles de niños de 5 a 9 años										
21	% logro de crecimiento y desarrollo										
22	% de actividades de promoción realizadas										
23	% de niños con tamizaje neonatal metabólico										
24	% de niño con tamizaje auditivo										
	Impacto										
25	% de niños con alteraciones de ND										
26	% de niños con problemas de aprendizaje										
27	Tasa de Mortalidad infantil (< 1 año)										
28	Tasa de mortalidad del niño de 1 a 4 años										
29	Tasa de mortalidad del niño de 5 a 9 años										

OBSERVACIONES: _____

PUNTUACIÓN: 1. Logros se mantienen en menos de la mitad de lo esperado. 2. Logros entre un 50 y 75 % de lo esperado. 3. Logros se mantienen sobre el 75% de lo esperado.

Total: 39

2. MONITOREO DE LA ATENCIÓN

(Entrevista con un Médico y una Enfermera de la consulta, involucrados en la atención del crecimiento y desarrollo. Se evalúa por medio de preguntas abiertas)

2.1. CAPACIDAD OPERATIVA DEL RECURSO HUMANO QUE PROVEE LA ATENCIÓN

INDICADOR/RECURSO HUMANO QUE OFRECE LA ATENCIÓN		FECHA /PONDERACIÓN		
		Desconoce	Conocimientos parciales	Respuestas claras y concretas según la norma
Médico				
30	¿Cuáles son las actividades del control de C y D por grupo de edad que realiza?			
31	¿Cuáles son los formularios del Programa que utiliza para la atención?			
32	¿Qué registra usted en la libreta del niño y la niña?			
33	¿Sobre qué orienta a los pacientes y sus familiares?			
34	¿Participa en las actividades de evaluación del Programa en su unidad?			
35	¿Cuenta con los insumos necesarios para la atención del niño y la realización de las actividades del programa?			
36	¿Cuáles capacitaciones relacionadas con la atención de la niñez ha recibido?			
37	¿Cuántas veces ha participado de sesiones de DIT/ Crianza?			
Enfermera				
38	¿Cuáles son las actividades del control de C y D por grupo de edad que realiza?			
39	¿Cuáles son los formularios del Programa que utiliza para la atención?			
40	¿Qué registra usted en la libreta del niño y la niña?			
41	¿Orienta a los pacientes y sus familiares?			
42	¿Participa en las actividades de evaluación del Programa en su unidad?			
43	¿Cuenta con los insumos necesarios para la atención del niño y la realización de las actividades del programa?			
44	¿Cuáles capacitaciones relacionadas con la atención de la niñez ha recibido?			
45	¿Cuántas veces ha participado de sesiones de DIT/ Crianza?			
SUB TOTALES				

PUNTUACIÓN: 1. Desconoce el contenido de las normas 2. Conocimientos parciales 3. Respuestas claras y concretas según norma. **Total:** 48 puntos.

2.2 HOJA DE REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES (en Registros Médicos)

Revisión de 10 hojas de registro diario seleccionadas al azar de las consultas de la última semana. Se pedirán al azar los expedientes de 10 de los pacientes que fueron atendidos en crecimiento y desarrollo y morbilidad de acuerdo con las normas. Para ser utilizado en una visita.

Número de Expediente, cédula o SS												Totales
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
La información en las casillas es correcta:												
46	CASILLA 2											
47	CASILLAS 4, 5 y 6											
48	CASILLA 7											
49	CASILLA 8											
50	CASILLA 9											
51	CASILLA 11											
52	CASILLA 12											
53	CASILLA 13											
54	CASILLA 21											
55	CASILLA 23											
56	Registro de actividades (Códigos LM Y DIT/Crianza)											
57	CASILLA DE DIAGNÓSTICOS											
	PUNTUACIÓN											

PUNTUACIÓN: 0. No sé lleno. 1. No es correcta. 2. Es correcto.

Puntos 36 **Total:** 360 el valor de los 10 expedientes.

2.3. AUDITORIA DE EXPEDIENTES AUDITORIA DE EXPEDIENTES, MENORES DE 1 AÑO

	Número de Expediente, cédula o SS											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
58	Consta que el paciente asiste a los controles de C y D establecidos según norma.											
59	La Historia clínica está completa.											
60	Se registra peso, longitud y perímetro cefálico en cada control de C y D.											
61	Se registra el examen físico.											
62	Evaluación de Estado Nutricional - Se coloca el punto y se realiza el graficado - Se interpreta la tendencia, según la norma.											
63	Se registra Evaluación del Desarrollo - Motor - Cognitiva - Psico social - Conductual - Lenguaje											
64	Evalúa la alimentación - Registra el tipo de alimentación - Edad en que abandona lactancia materna											
65	Se registra orientación/o consejería del desarrollo y pautas de crianza											
66	Se revisa y actualiza el estado de Vacunal											
67	Control a Odontología a partir del 4to. mes de edad											
68	Se dan recomendaciones a los familiares											
69	Consta la realización del tamizaje neonatal - Metabólico - Auditivo - Cardíaco - Oftalmológico											
70	Se prescribe Fe preventivo como establece la norma											
71	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 3: Para un total de 42 puntos. 0.No lo hizo
1.No satisface la condición. 2.Satisface parcialmente la condición. 3.Se cumple a cabalidad la condición.

Total: 420 punto. (Total de los 10 expedientes con el valor esperado 3)

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

	Número de Expediente, cédula o SS											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
72	Consta que el paciente asiste a los controles de C y D establecidos según norma											
73	La historia clínica está completa											
74	Se registra evaluación del estado de Vacunas											
75	Se registra Peso y talla en cada control de C y D											
76	Se registra examen físico completo											
77	Se registra evaluación del desarrollo - Motor - Cognitiva - Psico social - Conductual											
78	Se realiza evaluación nutricional - Se coloca el punto y grafica - Se interpreta la tendencia según la norma - Orientación y/o consejería nutricional											
79	Se registra orientación/o consejería del desarrollo y pautas de crianza											
80	Se registra prueba auditiva y la inspección ocular.											
81	Control a Odontología											
82	Exámenes de Laboratorio según norma											
83	Se prescribe Fe preventivo como establece la norma.											
84	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 3 para un total de 39 puntos 0. No lo hizo
1.No satisface la condición. 2.Satisface parcialmente la condición. 3.Se cumple a cabalidad la condición
Total: 390 puntos de criterios esperados. (Total de los 10 expedientes con el valor esperado 3)

AUDITORIA DE EXPEDIENTES, ESCOLARES DE 5 A 9 AÑOS.

	Número de Expediente, cédula o SS											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
85	Consta que el paciente acude a los controles de C y D establecidos según norma											
86	Historia clínica está completa											
87	Se registra Evaluación del estado de Vacunas											
88	Se registra examen físico											
89	Se registra Peso y talla en cada control de C y D											
90	Se realiza evaluación nutricional - Se coloca el punto y grafica - Se interpreta la tendencia según la norma											
91	Se registra evaluación del desarrollo - Motor - Cognitiva - Conductual - Psico social - Lenguaje											
92	Se registra la orientación y/o consejería en alimentación y/o DIT											
93	Se registra prueba auditiva y revisión de oído											
94	Se registra la agudeza visual											
95	Control a Odontología											
96	Exámenes de Laboratorio según norma											
97	Se prescribe Fe preventivo como establece la Norma											
98	Se prescribe los antiparasitarios											
99	Se dan recomendaciones a los familiares											
	PUNTAJE											

PUNTUACIÓN: Cada uno de los 10 expedientes se revisa individualmente y se asigna un puntaje de 0 a 3 por cada criterio: para un total de 45 puntos.

1. No lo hizo 2. No satisface la condición. 3. Satisface parcialmente la condición. 4. Se cumple a cabalidad la condición

Total: 450 puntos (Total de los 10 expedientes con el valor esperado 3)

3. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Instructivo: 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.

Colocar un gancho en la respuesta de acuerdo con enunciado. Total= 25 puntos. (Basado en el punto 4, 5 y 6)

Datos del encuestado:

EDAD		SEXO	M	F
------	--	------	---	---

1. Con qué 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. Sobre el Médico o Enfermera que lo atendió:

	SI	NO	NO SE
Le informó sobre su condición de salud			
Le explicó sobre los tratamientos que debe recibir			
Le ofreció recomendaciones para el cuidado de su salud			
El profesional de la salud lo trató con respeto y amabilidad			
Tiene alguna queja sobre la atención <u>recibida</u> . <u>Si</u> es afirmativa, podría indicar cuál:			
SI=3. NO= 1. NO SE=0.			

5. El tiempo de espera para ser atendido fue:

A	Corto (30 minutos a 1 hora)	
B	Largo (1 a 3 horas)	
C	Demasiado tiempo (más de 3 horas)	
D	No fui atendido por el facultativo	
A=5. B=3. C=2. D=0.		

6. Usted considera que la atención que recibió fue:

A	Excelente	
B	Buena	
C	Regular	
D	Mala	
E	Muy mala	
A=5. B=3. C=2. D=1. E=0.		

Total=

4. INFORME DE SUPERVISIÓN

FECHA DE SUPERVISIÓN:	
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:	
REGIÓN:	
INSTALACIÓN DE SALUD:	
INFORME (NÚMERO):	

ÁREAS EVALUADAS	PUNTAJE OBTENIDO	
	PUNTOS	%
1. PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN		
1.1. Planificación		
1.2. Avance de metas		
2. MONITOREO DEL ÁREA DE ATENCIÓN		
2.1. Capacidad operativa del recurso humano que provee la atención		
2.2. Hoja de registro diario		
2.3. Auditoria de expedientes		
3. SATISFACCIÓN DE USUARIOS		
OBSERVACIONES:		
SUPERVISOR:	FECHA:	

INSTRUCTIVO DE SUPERVISIÓN

1. El/la jefe de la Sección de Niñez y Adolescencia notificará al director de la Unidad Ejecutora por conducto del director/a general de Salud, la fecha de supervisión con al menos una (1) semana antes de la supervisión. Se debe realizar al menos 2 supervisión por instalación al año.
2. El Supervisor se presentará con el director Médico y explicará el objetivo y metodología durante la supervisión.
3. Completa la información de la primera página de la Guía de Supervisión.

Componentes	Área Evaluada	Puntos Posibles	Porcentaje del Total
	TOTAL	322	100%
1	PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN		
	1.1. Planificación	48	13.0%
	1.2. Avance de metas	39	18.3%
2	MONITOREO DEL ÁREA DE ATENCIÓN		
	2.1. Capacidad del recurso humano	48	13.0%
	2.2. Hoja de registro diario	36	11.1%
	2.3. Auditoria de expedientes	126	39.1%
3	SATISFACCIÓN DE USUARIOS	25	7.6%
4	INFORME	-	-

1. Programación y evaluación:

1.1. Planificación: El supervisor solicitará al Coordinador o gerente de Niñez y Escolar la Programación estadística del Programa de Niñez y Escolar, el plan anual de actividades trazados para el logro de las metas programadas.

1.2. Avance de meta: El Supervisor solicitará el formato con la evaluación de las actividades programadas, el informe analítico de la situación de los Programas de Niñez, Escolar. Para eso debe llenar las páginas 1 y 2. Estas páginas son para utilizarse durante un año.

2. Monitoreo del Área de atención:

2.1. Capacidad del Recurso Humano: El supervisor se entrevistará con un médico y una enfermera que provee atención de crecimiento y Desarrollo, por separados y le hará las preguntas relacionadas a la atención del niño de 0 a 9 años, utilizando la página 3.

2.2. Hoja de registro diario: El supervisor solicitará a REGES las hojas de registro diario de atención y completará la página 4. Esta página es para utilizarse durante un año.

2.3. Auditoría de expedientes: El Supervisor solicitará a REGES, 10 expedientes al azar por cada grupo de edad y completará las páginas 5, 6 y 7.

3. Satisfacción de usuarios:

El supervisor aplicará la encuesta a una muestra predeterminada de usuarios que ya han sido atendidos.

4. Informe:

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.

Puntaje	Calificación	Recomendaciones
>85%	Excelente	Realizar 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 la 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. Se elaborará y ejecutará un plan estratégico y 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.

ANEXO N° 2.19

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 9 AÑOS

MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS EN LOS ALBERGUES

LISTA DE VERIFICACIÓN

Provincia: _____ Empresa/ Institución: _____

Ubicación: _____ Fecha: _____

Supervisor/es: _____

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
1	ASPECTOS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL			
	Cuenta con permiso sanitario. (Según la normativa de EIS) *			
	Cuenta con sistema de agua segura para consumo humano			
	Cuenta con disposición de basura			
	Cuenta con disposición de excretas			
	Alejado de áreas peligrosas y contaminantes			
	Ventilación, temperatura e iluminación			
	Buena ventilación natural o artificial			
	Cuenta con buena disposición de aguas residuales			
	Lavamanos			
	Se encuentra el área de albergue y sus alrededores limpio y libre de roedores			
	Se fumiga periódicamente			
	Área de cocina			
	Refrigerador (Congelador y refrigeración)			
	Recipiente de basura con tapas			
	Los trabajadores de la cocina y dietética cuentan con carné de manipuladores de alimentos			
	Área de recreación			
	Cuenta con área recreativa segura de acuerdo con la edad			
	Seguridad			
	Señalizada adecuadamente las rutas de evacuación por emergencias			
	Cuenta con rampas y adecuaciones para personas con discapacidad			
	Protocolos de prevención de accidentes			

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
2	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES			
	Los niños y adolescentes tienen acceso a los servicios de salud			
	Reciben los controles de salud (C y D) según el esquema nacional			
	Reciben las vacunas completas según esquema nacional • Utilizan la libreta del niño y la niña			
	Se le realiza la evaluación nutricional • Peso • Talla • IMC			
	Reciben su Vitamina A			
	Reciben la desparasitación de acuerdo con la norma			
	Reciben los micronutrientes y suplementos vitamínicos según la norma			
	Reciben alimentación complementaria según la norma			
	Cuentan con políticas o normas para el control de infecciones			
	Cuentan con enfermería o botiquín equipado con medicamentos de primeros auxilios rotulados y vigentes			
	Cuentan los niños con necesidades especiales un plan de cuidado individual			
	Los juguetes y utensilios de uso de los infantes son lavados diariamente			
	Los baños, sanitarios, bacinillas y los cambiadores de pañales son limpiados diariamente con antiséptico			
	La alimentación del niño y el adolescente cumple con los requerimientos nutricionales de acuerdo con la edad según las normas de MINSA			
	Cuentan con un plan de capacitación para la promoción de la salud y el cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo infantil			
	Cuenta con un plan de capacitación en salud para adolescente			
	Salud mental			
	Cuentan con evaluaciones psicológicas y/o de Psiquiatría			
	Las familias reciben capacitaciones y consejerías en: Comunicación, prevención del maltrato, disciplina, relaciones familiares, manejo del duelo, etapas del desarrollo, abuso sexual y autoprotección, recuperación emocional y otros			

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
	Se les ofrece plan de intervención individualizada según necesidades			
3	ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD			
	Llevar a los niños y adolescentes a atención médica según necesidad			
	En caso de requerir atención de urgencia o especializada el niño y el adolescente es trasladado a la instalación de salud			
	Los medicamentos son administrados según prescripción médica			
	Cada niño y adolescente cuenta con una carpeta para llevar un historial de salud			
	Cuentan con acceso a especialista (Pediatras, psiquiatras, neurólogos y otros) en aquellos casos que lo requieran			
	Conocen la red de servicios, oferta de salud, horarios de atención y mecanismos de referencia			
4	PERSONAL DE SALUD (HORARIO, DÍA DE ATENCIÓN)			
	Cuenta el Albergue con algunos de los siguientes servicios de:			
	Médicos generales			
	Médicos especialistas			
	Enfermeras			
	Técnicos de Enfermería			
	Psicólogos			
	Nutricionistas			
	Trabajo Social			
	Estimulador Temprano			
	Terapia Ocupacional			
	Odontólogos			
	Otros			
	Este personal de salud es nombrado por:			
	• Albergue • Estado			
5	PERSONAL QUE CUIDA A LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES			
	Capacitado en Desarrollo Infantil Temprano (DIT)			
	Capacitado en Cuidados cariñosos para el DIT (crianza)			
	Alimentación y nutrición de acuerdo con la edad			

6	POBLACIÓN ACTUAL EN EL ALBERGUE SEGÚN EDAD, SEXO Y ASISTENCIA ESCOLAR			
Edades	Total	Sexo		Asisten a la Escuela
		Masculino	Femenino	
Total				
0 a 28 días				
29 a 11 meses				
1 a 5 años				
6 a 9 años				
10 a 14 años				
15 a 19 años				

7. CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA INGRESADA EN EL ALBERGUE SEGÚN SEXO.			
Características	Total	Sexo	
		Masculino	Femenino
Total			
Estado nutricional Peso para la edad a). Sospecha de problema de crecimiento b). Peso bajo c). Peso bajo severo d). Normal IMC para edad • Obesidad • Sobre peso • Posible riesgo de sobrepeso • Emaciado • Emaciación severa • Normal			
Problemas del neurodesarrollo			
Problemas del desarrollo puberal			
Problemas del aprendizaje			
Niños con discapacidad			
En condición de encamado			
Enfermedades crónicas			

OBSERVACIONES FINALES: _____

Firma de los supervisores:

Responsable de la empresa/institución:

Teléfono: _____

INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN

Provincia: Registrar el nombre de la provincia donde está ubicada la empresa o la institución.

Empresa/ Institución: Registrar el nombre de la empresa o de la institución que se supervisa.

Ubicación: Registrar la dirección y el área exacta donde se ubica el albergue.

Fecha: Se anota el día, el mes y el año.

Supervisor/a: Se anota el nombre o los nombres de los que realizan la supervisión.

Columnas de SÍ/NO: Al verificar cada área y criterio colocar una cruz (X) en la casilla de SÍ, si cumple con el criterio establecido, si no cumple colocar una cruz (X) en la casilla de NO.

Observaciones: Anotar alguna observación si es necesario de cada criterio.

Observaciones finales: Anotar cualquiera observación al final de la inspección, si es necesaria.

Firma de los supervisores: Registrar la firma de los supervisores que hacen la inspección.

Responsable de la Empresa/ institución: Registrar el nombre y la firma del responsable de los Albergues.

Teléfonos: Anotar el teléfono de la sección a cargo.

En el punto 6 y 7 debe llenarse con números relativos de casos.

El estado nutricional se determinará mediante la interpretación de los indicadores del crecimiento de la OMS. (Norma de atención integral del nacimiento hasta los 9 años.)

Debe enviarse una copia del llenado de la hoja de verificación al Programa de niñez y adolescencia del nivel nacional.

Las supervisiones de salud a los albergues deben realizarse al menos dos (2) veces al año, bimestralmente.

ANEXO N° 2.20

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 9 AÑOS

A. MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (CAIPI)

Provincia: _____ Empresa/ Institución: _____

Ubicación: _____ Fecha: _____

Supervisor/es: _____

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
1	ÁREA DE SALUD Y NUTRICIÓN			
	Estándar 1			
	La alimentación del niño cumple con los requerimientos nutricionales de acuerdo con la edad según las normas de MINSA			
	Cuentan con un ciclo de menú (que especifique el aporte de micronutrientes (Hierro, zinc, Vit. A, Vit C)			
	Se realiza análisis químico de los aportes macro y micronutrientes			
	Seguimiento de la aceptación de los alimentos por los niños			
	Estándar 2			
	Volante o mural informativo sobre el contenido de la lonchera			
	Reglamento del CAIPI para evitar la compra y envío de comida chatarra			
	Desarrollan plan de capacitación a los docentes y padres de familia para incentivar el consumo de 5 frutas y verduras diarias			
	Estándar 3			
	El niño cuenta con el esquema de vacunación actualizado y con la libreta del niño y la niña debidamente llenada			
	Se coordina la realización de jornadas de vacunación en caso de que los niños no cuenten con las vacunas actualizadas			
	Se realiza las desparasitaciones de acuerdo con la norma del MINSA			
	Los niños cuentan con los controles de salud visual			
	Los niños cuentan con los controles de salud oral			
	Cuentan los niños con los controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo con la edad			
	Reciben los micronutrientes y suplementos vitamínicos			
	Estándar 4			
	Se le realiza la evaluación nutricional según la norma del MINSA • Peso • Talla • IMC			
	Se refieren a los niños con problemas nutricionales a las instalaciones de salud de acuerdo a su ubicación geográfica			

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
	Estándar 5			
	Promueve y orienta a los padres y cuidadores sobre la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia (Diarrea, IRA y otros)			
	Promueve el lavado de manos y la higiene en general en los niños			
	Se lleva un registro de niños con enfermedades e infecciones prevalentes			
	Se refiere a los niños para atención médica			
	Se realiza desinfección de las áreas, juguetes y utensilios			
	Conocen la red de servicios, oferta de salud, horarios de atención y mecanismos de referencia			
	Cuentan con enfermería o botiquín equipado con medicamentos de primeros auxilios rotulados y vigentes			
	Los niños con necesidades especiales cuentan con un plan de cuidado individual			
	Las familias reciben capacitaciones y consejerías en: Comunicación, cuidado del desarrollo infantil temprano, prevención del maltrato, disciplina, relaciones familiares, manejo del duelo, etapas del desarrollo, abuso sexual y autoprotección, recuperación emocional y otros			
	Estándar 6			
	Se lleva un control de los niños que reciben tratamiento médico (se registra la fecha, hora, cantidad y el medicamento indicado administrado)			
	Existe un protocolo para la administración de medicamento por el docente			
	Los medicamentos administrados a los niños cuentan con la indicación médica			
	Los medicamentos administrados a los niños cuentan con la autorización por escrito del padre de familia			
	Estándar 7			
	Se promueve la práctica de la lactancia materna en los niños menores de 2 años			
	Cuentan con material de información y educación en relación con la lactancia materna			
	Cuentan con espacios o salas de lactancia materna para las madres trabajadoras, según la norma del Ministerio de Salud (MINSA)			
	La leche materna extraída para los niños del CAIPI, cumple con los requisitos de bioseguridad, según la norma del Ministerio de Salud (MINSA)			
	Se orienta a los padres sobre la estimulación temprana			
	Se refiere a los niños a la institución de salud para consejería en lactancia materna y estimulación temprana			
	Se dispone de refrigeradora para mantener la cadena de frío de la leche materna			

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
2	ESPACIOS Y AMBIENTES			
	Las instalaciones cuentan con las siguientes condiciones:			
	Estándar 1			
	Ubicado cerca de centro de salud, hospitales, clínicas para un servicio rápido en caso de urgencia			
	Estándar 2			
	Cuenta con permiso sanitario (según la normativa de EIS “ <i>Establecimiento de Interés Sanitario</i> ”) *			
	Estándar 6			
	Cuenta con señalización adecuada de la ruta de evacuación para emergencias			
	Cuenta con estructuras físicas adecuadas para niños con discapacidad			
	Cuenta con protocolos de prevención de accidentes			
	Estándar 7			
	Cuenta con sistema de agua segura para consumo humano			
	Cuenta con disposición de excretas			
	Cuenta con lavamanos			
	Estándar 8			
	Plan de saneamiento conforme a la norma vigente, para la realización de procesos de:			
	• Limpieza, fumigación y desinfección periódica			
	• Manejo de aguas y desechos residuales			
	• Manejo de residuos sólidos y buena disposición de basura			
	• Control de plagas y vectores			
	• Alejado de áreas peligrosas y contaminantes			
	• Lavado diario de juguetes y utensilios de uso de los infantes			
	• Limpieza diaria de los baños, sanitarios, bacinillas y cambiadores de pañales con antiséptico			
	Estándar 9			
	Ventilación, temperatura e iluminación			
	Buena ventilación natural o artificial			
	Temperatura agradable y templada			
	Cuenta con área recreativa segura de acuerdo con la edad			
3	ÁREA DE SERVICIO Y ALIMENTACIÓN			
	Estándar 2			
	Los trabajadores de la cocina y dietética cuentan con carné de manipuladores de alimentos			
	Siguen los procesos y procedimientos de buenas prácticas de manufactura garantizando la inocuidad de los alimentos			
	Implementan los procesos de limpieza y desinfección de las áreas, equipos y utensilios antes, durante y después de la preparación de los alimentos			
	Cuentan con un plan de limpieza, fumigación y control de vectores			
	Personal de cocina con uniforme completo			

N°	Criterios	Sí	No	Observaciones
4	EL RECURSO HUMANO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO QUE ATIENDE Y CUIDA A LOS NIÑOS			
	Cuentan con un plan de capacitación para la promoción de la salud y el cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo infantil			
	Capacitado en Desarrollo Infantil Temprano (DIT) Capacitado en Cuidados cariñosos para el DIT (crianza) Alimentación y nutrición de acuerdo con la edad			

5 POBLACIÓN ACTUAL EN CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (CAIPI) SEXO Y MODALIDAD				
Edades	Total	Sexo		Modalidad
		Masculino	Femenino	
Total				
0 a 28 días				
29 a 11 meses				
1 a 5 años				

6. CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE NIÑEZ INGRESADA EN CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (CAIPI), SEGÚN SEXO			
Características	Total	Sexo	
		Masculino	Femenino
Total			
Estado nutricional Peso para la edad			
a). Sospecha de problema de crecimiento			
b). Peso bajo			
c). Peso bajo severo			
d). Normal			
Índice de masa IMC corporal para la edad			
• Normal			
• Emaciado moderado			
• Emaciado severo			
• Posible riesgo de sobrepeso			
• Sobrepeso			
• Obesidad			
Problemas del neurodesarrollo			
Problemas del aprendizaje			
Niños con discapacidad			
Otros problemas de salud			

OBSERVACIONES FINALES: _____

Firma de los supervisores:

Responsable de la empresa/institución: _____

Teléfono: _____

INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN

La lista de verificación ha sido elaborada siguiendo los estándares de calidad establecido por el Ministerio de Desarrollo Social para los CAIPI.

Provincia: Registrar el nombre de la provincia donde está ubicada la empresa o la institución.

Empresa/ Institución: Registrar el nombre de la empresa o de la institución que se supervisa.

Ubicación: Registrar la dirección y el área exacta donde se ubica el CAIPI.

Fecha: Se anota el día, el mes y el año.

Supervisor/a: Se anota el nombre o los nombres de los que realizan la supervisión.

Columnas de SÍ/NO: Al verificar cada área y criterio colocar una cruz (X) en la casilla de SÍ, si cumple con el criterio establecido, si no cumple colocar una cruz (X) en la casilla de NO.

Observaciones: Anotar alguna observación si es necesario de cada criterio.

Observaciones finales: Anotar cualquiera observación al final de la inspección, si es necesaria.

Firma de los supervisores: Registrar la firma de los supervisores que hacen la inspección.

Responsable de la Empresa/ institución: Registrar el nombre y la firma del responsable del CAIPI.

Teléfonos: Anotar el teléfono de la sección a cargo.

En el punto 6 y 7 debe llenarse con números relativos de casos.

El estado nutricional se determinará mediante la interpretación de los indicadores del crecimiento de la OMS. (Norma de Atención Integral del nacimiento hasta los 9 años.)

El llenado la hoja de verificación, debe enviarse una copia al Programa de Niñez y Adolescencia del Nivel Nacional.

Las supervisiones de salud a los CAIPI deben realizarse al menos dos (2) veces al año, bimestralmente.

ANEXO N° 2.21

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

AUDITORIA DE MUERTE DE NIÑOS DE 8 DÍAS A 5 AÑOS**INTRODUCCIÓN**

Las defunciones infantiles es una de las expresiones de mala calidad de vida a que se ven expuesto amplios sectores de la población.

Una alta proporción de estas defunciones son evitables, correspondiendo a patologías para las cuales están disponibles recursos, tecnologías e intervenciones capaces de revertir el resultado adverso.

El desarrollo de metodologías de registros de datos y análisis de las defunciones infantiles permitirá generar conocimientos que motiven a la generación de políticas, estrategias e intervenciones correctivas de las determinantes que afectan el proceso de conservación y restablecimiento de la salud.

PROPÓSITO:

Recabar y proveer información pertinente y relevante que permita el análisis de las causas de las muertes infantiles y los factores agregados, que sirva para el desarrollo de programas e intervenciones dirigidos a disminuir la morbi mortalidad infantil y a mejorar la calidad de la atención del niño y la niña de 8 días a cinco años.

OBJETIVOS**Objetivo General:**

Desarrollar un proceso continuo y sistemático de recolección de datos clínicos y epidemiológicos, análisis, interpretación y difusión de información sobre la Mortalidad Infantil.

Específicos

- a). Identificar, notificar, medir y determinar los factores y las causas de muerte infantil.
- b). Formular recomendaciones para la acción, basada en la información.
- c). Establecer y ejecutar medidas de prevención e intervenciones adecuadas.
- d). Mejorar la calidad de la atención del menor de 5 años.

BASE LEGAL Y NORMATIVO

Decreto Ejecutivo N°200 del 20 de julio del 2006. "Por el cual se crea la Comisión Nacional, Interinstitucional e Intersectorial para la prevención de la morbi mortalidad de niños menores de cinco años y se dictan otras disposiciones"; y Decreto Ejecutivo N° 1617, del 21 de octubre del 2014 que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.

Investigación y Análisis

Todos los casos de mortalidad de niños menores de 5 años deben ser auditados, analizados y acompañado de un plan de mejora y actividades de intervención que disminuyan el riesgo de otra muerte. Todas las enfermedades del Listado de enfermedades de notificación obligatoria (Decreto Ejecutivo N° 1617, del 21 de octubre del 2014) que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria.

MINISTERIO DESALUD – CSS
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

AUDITORIA DE MUERTE EN LA NIÑEZ (8 días hasta 9 años) FORMA: AMN

Región: _____ Establecimiento: _____ Código:

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

Número de Historia Clínica:

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

A. DATOS GENERALES DE LA MADRE Y EL PADRE

Madre: _____ Edad: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Padre: _____ Edad: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Cuidador: _____ Edad: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

B. DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

Niño/a: _____ Edad:

Años	Meses	Días

 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Domicilio: _____
 Provincia Distrito Corregimiento Barriada/Comunidad

C. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Fecha de nacimiento:	Sexo:	Escolaridad:						
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Día</th> <th style="width: 10%;">Mes</th> <th style="width: 10%;">Año</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				01. Femenino 02. Masculino 09. Se ignora	01. Pre-kinder 02. Kinder 03. Básica 09. Se ignora
Día	Mes	Año						
09. Se ignora 								

Ubicación (Área) 1). Rural 2). Urbano 09). Se ignora	Distancia a la instalación de salud 1). 1 hora y menos 2). 2 a 3 horas 3). 4 horas y más 09). Se ignora	Abastecimiento de agua 1). Potable intra- domicilio 2). Potable extra- domicilio 3). Otro 4). No tiene 09). Se ignora
Disposición de basura 1). Recolección 2). Incineración 3). Aire libre 4). Enterramiento 09). Se ignora	Disposición de excretas 1). Alcantarillado 2). Letrina 3). Tanque séptico 4). Otra. Especifique: _____ 09). Se ignora	Tipo de vivienda 1). Quincha 2). Paja 3). Cemento 4). Madera 09). Se ignora

D. ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo de Familia 1). Nuclear (padre – madre) 2). Madre sola 3). Familia extensa 4). Otra. Especifique 09). Se ignora ¿Si el padre o proveedor no vive con la familia, ayuda económicamente? Sí No	Escolaridad de los padres 1). Ninguna 2). Primaria 3). Secundaria 4). Técnico 5). Universidad 09). Se ignora Padre Madre	Situación conyugal de la madre 1). Soltera 2). Casada 3). Viuda 4). Separada 5). Unida 09). Se ignora
Condición laboral de los padres 1). Trabajo permanente 2). Trabajo ocasional 3). Cesante 4). Independiente 09). Se ignora Padre Madre	Consumo drogas y cigarrillo 1). Madre 2). Padre 09). Se ignora Sí No	Ingesta de alcohol 1). Sí 2). No 09). Se ignora Padre Madre

Promedio de ingreso familiar

- 1). < 100
- 2). 101 – 485
- 3). 486 – 899
- 4). 900 – 1500
- 5). 1501 – 2000
- 6). 2001 y más
- 09). Se ignora

Número de hijos fallecidos

- 09). Se ignora

E. ANTECEDENTES MATERNOS

Historia Obstétrica

- 1). Nacidos vivos
- 2). Nacidos muertos
- 3). Abortos
- 09). Se ignora

G _____ P _____ A _____ C _____

Resultado de embarazo anterior

- 1). Nacido vivo
 - 2). Nacido muerto
 - 3). Aborto
 - 09). Se ignora
- Fecha:

Control del embarazo

- 1). Sí
- 2). No
- 09). Se ignora

F. ANTECEDENTES POST NATAL (0-7 días)

Nacimiento

- 1). Simple
- 2). 1er gemelo
- 3). 2do gemelo
- 4). Otro múltiple
- 09). Se ignora

Apgar

- 1). Al minuto
- 2). A los 5 minutos
- 09). No se realizó o no sabe

Reanimación

- 1). Sí
- 2). No
- 09). Se ignora

Malformación

- 1). Sí. Especifique:

- 2). No
- 09). Se ignora

Al nacer

Peso (gm)

Talla (cm)

Perímetro cefálico

09). Se ignora

Lugar del parto

- 1). Hospital
- 2). Domicilio
- 3). Transporte
- 4). Ambulancia
- 09). Se ignora

Asistencia profesional del parto

- 1). Si
- 2). No
- 09). Se ignora

Estado del egreso

- 1). Vivo
- 2). Muerto
- 3). Con patología

Especifique:

09). Se ignora

Edad en días al egreso

09). Se ignora

G. PERÍODO NEONATAL (DURANTE LOS PRIMEROS 28 DÍAS)

Control de Salud 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Primer control post natal Edad (Días) _____ Peso (gm) _____ Talla (cm) _____ ☐ 09). No se realizó o no sabe	Segundo control Edad _____ Peso (gm) _____ Talla (cm) _____ ☐ 09). No se realizó o no sabe
Alimentación pecho exclusivo 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Causa de incorporación a fórmula láctea ☐ 1). Hospitalización del niño 2). Hospitalización de la madre 3). Dificultad para amamantar por causa materna 4). Dificultad para amamantar por causa del niño 09). Se ignora	
Otras consultas y diagnóstico en el período neonatal		
Edad en días 09). Se ignora	Atención médica ☐ 1). Sí 2). No 09). Se ignora	Hospitalización ☐ 1). Sí 2). No 09). Se ignora Días de hospitalización _____

Diagnósticos:

H. ANTECEDENTES PERÍODO POST NEONATAL (DE 1 MES A 1 AÑO)

Niño en control 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Último control Edad _____ Peso _____ Talla _____ PC _____	Estado nutricional en el último control de salud 1). Normal 2). Bajo peso moderado 3). Bajo peso severo 4). Emaciado moderado 5). Emaciado severo 6). Sobrepeso 7). Obesidad 09). Se ignora ☐	Vacunas completas 1). Sí 2). No 09). Se ignora Especifique: _____ ☐
Lactancia materna exclusiva 1). Sí 2). No 09). Se ignora Edad: _____ ☐	Edad que introdujo otros alimentos Edad (meses): _____ 09). Se ignora ☐	Hospitalización en este período Edad (meses): Días Hospitalizado: 09). Se ignora ☐	Diagnóstico de hospitalización _____ _____ 09). Se ignora ☐

I. ANTECEDENTES PERÍODO POST NEONATAL (1 A 4 AÑOS)

Niño en control 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Último control Edad _____ Peso _____ Talla _____ PC _____	Estado nutricional en el último control de salud 1). Normal 2). Bajo peso moderado 3). Bajo peso severo 4). Emaciado moderado 5). Emaciado severo 6). Sobrepeso 7). Obesidad 09). Se ignora ☐	Vacunas completas 1). Sí 2). No 09). Se ignora Especifique: _____ ☐
Lactancia materna exclusiva 1). Sí 2). No 09). Se ignora Edad: _____ ☐	Edad que introdujo otros alimentos Edad (meses): _____ 09). Se ignora ☐	Hospitalización en este período Edad (meses): Días Hospitalizado: 09). Se ignora ☐	Diagnóstico de hospitalización _____ _____ 09). Se ignora ☐

J. ANTECEDENTES PERIODO POST NEONATAL (5 A 9 AÑOS)

Niño en control 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Último control Edad Peso Talla PC 	Estado nutricional en el último control de salud 1). Normal 2). Bajo peso moderado 3). Bajo peso severo 4). Emaciado moderado 5). Emaciado severo 6). Sobrepeso 7). Obesidad 09). Se ignora ☐	Vacunas completas 1). Sí 2). No 09). Se ignora Especifique: ☐
Discapacidad 1). Sí 2). No 09). Se ignora Edad: ☐	Asiste a la escuela 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Hospitalización en este período Edad: Días Hospitalizado: 09). Se ignora ☐	Diagnóstico de hospitalización 09). Se ignora ☐

K. SOSPECHA DE VIOLENCIA FAMILIAR, ABUSO SEXUAL Y TRABAJO INFANTIL

Sospecha de maltrato 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Sospecha de abuso sexual 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Sospecha de explotación sexual comercial 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐	Sospecha de trabajo Infantil 1). Sí 2). No 09). Se ignora ☐
Hospitalización Edad: Días Hospitalizado: 09). Se ignora ☐	Diagnóstico de hospitalización 09). Se ignora ☐		

L. ESTADO PREVIO A LA DEFUNCIÓN

Fecha de consulta			Atención profesional	Se indicó hospitalización	Se hospitalizó
Día	Mes	Año			
			1). Sí	1). Sí	1). Sí
			2). No	2). No	2). No
			09). Se ignora	09). Se ignora	09). Se ignora
Diagnóstico					
09). Se ignora					
Diagnóstico de hospitalización			Fecha de hospitalización		Intervención quirúrgica
			Fecha de Ingreso		
					1) Sí
					2) No
					09) Se ignora
			Fecha de Egreso		
					Infección Nosocomial
Código					
09). Se ignora			09). Se ignora		1) Sí
					2) No
					09) Se ignora

M. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Momento de la defunción	Lugar donde murió	Estado nutricional
Fecha	1). Domicilio	1). Normal
	2). Consultorio externo (C/S, CU, Pol.)	2). Bajo peso moderado
	3). Hospitalización	3). Bajo peso severo
	Menos de 48 horas	4). Emaciado moderado
	Más de 48 horas	5). Emaciado severo
Hora	4). Otro	6). Sobrepeso
	09). Se ignora	7). Obesidad
09). Se ignora		09). Se ignora

N. CAUSA DE LA MUERTE

- a) Causa directa _____
- b) Causa básica _____
- c) Estado morbooso concomitante _____

Certificado de defunción

Fecha

Hora

 :

09). Se ignora

Fundamento del diagnóstico

- ☐ 1). Biopsia
☐ 2). Intervención quirúrgica
☐ 3). Radiología clínica
☐ 4). Autopsia
☐ 5). Cuadro clínico
☐ 6). Examen de laboratorio
☐ 7). Informe de testigos 09).
☐ Se ignora

Ñ. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO Y ENFERMERA RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA

Dr. _____ Firma _____
 Nombre y apellido Legible y N° de registro

Enfermera _____ Firma _____
 Nombre y apellido Legible y N° de registro

Fecha de llenado el formulario

O. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN (COMITÉ)**1. Análisis del caso**

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE AUDITORÍA DE MUERTE INFANTIL

La información que se recoge en este documento es de las muertes que ocurre la población desde los 8 días nacidos hasta los 9 años.

Establecimiento: Se anota el nombre de la institución donde es llenado el formulario, en el espacio en blanco.

Código: Se registra el número de código de la institución.

Número de la historia clínica: Se registra el número de cédula o el número asignado en la institución para identificación.

A). Datos generales de la madre y el padre

Madre: En los espacios en blanco se anota el/ los apellidos y luego el nombre completo de la madre.

Padre: En los espacios en blanco de la madre se anota el/los apellidos y luego el nombre completo del padre.

Edad: En el espacio anotar la edad en años cumplidos en el momento de la entrevista tanto de la madre como la del padre.

B). Datos generales del niño (a)

Niño(a): Anotar en el espacio en blanco el/ los apellidos y luego el nombre del niño/a.

Edad: Anotar en las casillas la edad en días, meses y años cumplidos del niño/a

Fecha de Nacimiento: En las casillas anotar el día, mes y años en que nació el niño/a

Sexo: Anotar en la casilla en número que corresponde según el sexo del niño/a y si se ignora anotar 09.

Domicilio: Registrar en forma clara la calle, corregimiento, distrito y provincia, donde está ubicada la residencia habitual.

C). Características de la vivienda

Ubicación: es anotar en la casilla el número la opción de área donde está ubicada la vivienda.

Distancia a la Instalación de Salud: Anotar en la casilla el número de la opción de horas que hizo para llegar a la instalación de salud.

Abastecimiento de agua potable: Anotar si cuenta o no con abastecimiento de agua potable, en la casilla el número correspondiente.

Disposición de basura: Anotar si cuenta o no con disposición de basura, en la casilla el número correspondiente.

Disposición de excretas: Anotar si cuenta o no con disposición de excretas, en la casilla el número correspondiente.

D). Antecedentes familiares

Tipo de familia: Anotar el tipo de familia según el número correspondiente en la casilla.

Si el padre no vive con la familia, ¿ayuda económicamente?: Registrar con un gancho si es SÍ o sí es NO.

Escolaridad de los padres: Anotar el número de la opción correspondiente de la escolaridad en la casilla del padre y anotar el número de la opción de la escolaridad correspondiente en la casilla de la madre.

Situación conyugal de la madre: Anotar el

número de la opción correspondiente a la situación conyugal en la casilla de la madre.

Condición laboral de los padres: Anotar el número de la opción correspondiente a la condición laboral en la casilla del padre y anotar el número de la opción correspondiente a la condición laboral en la casilla de la madre.

Edad: Registrar la edad en años cumplido al momento de la entrevista en la casilla tanto para el padre como para la madre y registrar 09 si se ignora en ambos casos.

Ingesta de alcohol: Anotar el número de la opción correspondiente a la ingesta de alcohol en la casilla del padre y anotar el número de la opción correspondiente a la ingesta de alcohol en la casilla de la madre.

Se utilizará la clasificación de ingesta de alcohol según el cuadro adjunto:

Tipo de bebedor	Cantidad	Frecuencia	Factor inductor	Conducta
Abstemio	No consume alcohol o lo hace en forma excepcional, hasta 5 veces al año, sin embriagarse.			Rechaza el alcohol
Moderado	Hasta 1 litro al día	12 embriagueces al año o 1 al mes	Motivación sociocultural	Ingiere por la presión de grupo
Excesivo	Más de 1 litro al día	12 o más embriagueces al año o más de 1 al mes	Motivación sociocultural o psicopatológica	Busca activamente ingestión.
Alcohólico	Más de 1 litro al día	Embriagueces variables	Motivación sociocultural Psicopatológica y dependencia física.	Está dominado por el alcohol, no puede evitar consumirlo

Promedio de ingreso familiar: Anotar en la casilla el número de la opción correspondiente al ingreso familiar.

Número de hijos: Anotar en la casilla el número de hijos.

E). Antecedentes maternos

Historia obstétrica: Anotar el número de la opción correspondiente a la historia obstétrica en la casilla, si se ignora anotar el 09.

Uso de anticonceptivos: Anotar el número de la opción correspondiente del uso de anticonceptivo en la casilla, si se ignora anotar el 09.

Resultado del embarazo anterior: Anotar el número de la opción correspondiente al resultado del anterior en la casilla, en la fecha que ocurrió el mismo. Si se ignora la fecha anotar el 09.

F). Antecedente post neonatal (0 -7 días)

Nacimiento: Registra en la casilla el número correspondiente de como fue el nacimiento.

Apgar: Registrar en la casilla el número de como fue el APGAR y 09 si no se realizó o no se sabe.

Reanimación: Registrar el número SÍ se dio o NO reanimación en la casilla o si ignora anotar el 09.

Malformación: Registrar el número SÍ presentó o NO alguna malformación en la casilla. Si se ignora anotar el 09.

Peso y talla: Registrar en las casillas el peso en gramos y la talla en centímetro.

Edad al egreso: Registrar la edad del niño(a) al egreso en días.

Estado del egreso: Registrar en la casilla el número del estado del niño/a al egreso y si no se sabe o se ignora registra 09.

G). Período Neonatal (Durante los primeros 28 días)

Control de salud: Registrar con un gancho si es SÍ o si es NO.

Primer control postnatal: Registrar en las casillas la edad en días del primer control post natal, registrar el peso en kilogramos y la talla en centímetros. Cuando no se realizó o no se sabe registrar 09.

Segundo control: Registrar en las casillas la edad en días del primer control post natal, registrar el peso en kilogramos y la talla en centímetros. Cuando no se realizó o no se sabe registrar 09.

Alimentación: Registrar en la casilla los días que tomo solo pecho sin agua durante el primer mes.

Causa de la incorporación a fórmula láctea: Anotar en la casilla el número a la opción a la causa. Registrar 09 si se ignora.

Otras consultas y diagnóstico en el período neonatal

Edad: Registrar la edad en días si acudió por otras consultas.

Atención médica: Registrar en la casilla el número si fue SÍ o NO.

Hospitalización: Registrar en la casilla el número SÍ fue o NO hospitalizado.

Días de hospitalización: Anotar en la casilla los días que estuvo hospitalizado.

Diagnóstico: Anotar los diagnósticos registrados.

H). Antecedentes período post natal (De 1 mes a 11 meses 29 días.)

Niño bajo control: Registrar en la casilla con el número correspondiente SÍ está o NO bajo control.

Último control: Registrar en las casillas la edad en meses, el peso en kilogramos y la talla en centímetros.

Estado nutricional en el último control: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición nutricional en el último control que asistió. Registrar 09 si se ignora.

Vacunas completas al momento de la muerte: Anotar en la casilla el número de SÍ o NO tenía las vacunas completas al momento de la muerte. Registrar 09 si se ignora.

Lactancia materna exclusiva: Registrar en la casilla el número, SÍ tomo o NO, lactancia materna exclusiva. Anotar hasta que edad en meses.

Hospitalización en este período: Anotar la edad en meses que tenía cuando los hospitalizaron y los días que tuvo hospitalizado.

Diagnóstico de hospitalización: Registrar con letra legible el diagnóstico con que fue hospitalizado.

I). Antecedentes período post natal (De 1 a 4 años 11 meses 29 días)

Niño bajo control: Registrar en la casilla con el número correspondiente SÍ está o NO bajo control.

Último control: Registrar en las casillas la edad en meses, el peso en kilogramos y la talla en centímetros.

Estado nutricional en el último control: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición nutricional en el último control que asistió. Registrar 09 si se ignora.

Vacunas completas al momento de la muerte: Anotar en la casilla el número de SÍ o NO tenía las vacunas completas al momento de la muerte. Registrar 09 si se ignora. Especifique: cual vacuna le hace falta.

Lactancia materna: Registrar en la casilla el número, SÍ tomo o NO, lactancia materna exclusiva. Anotar hasta que edad en meses.

Discapacidad: Registrar en la casilla con el número correspondiente SÍ tiene o NO discapacidad.

Hospitalización en este período: Anotar la edad en meses que tenía cuando los hospitalizaron y los días que tuvo hospitalizado.

Diagnóstico de hospitalización: Registrar con letra legible el diagnóstico con que fue hospitalizado.

J). Antecedentes período post natal (De 5 a 9 años)

Niño bajo control: Registrar en la casilla con el número correspondiente SÍ está o NO bajo control.

Último control: Registrar en las casillas la edad en meses, el peso en kilogramos y la talla en centímetros.

Estado nutricional en el último control: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición nutricional en el último control que asistió. Registrar 09 si se ignora.

Vacunas completas al momento de la muerte: Anotar en la casilla el número de SÍ o NO tenía las vacunas completas al momento de la muerte. Registrar 09 si se ignora. Especifique: cual vacuna le hace falta.

Lactancia materna: Registrar en la casilla el número, SÍ tomo o NO, lactancia materna exclusiva. Anotar hasta que edad en meses.

Discapacidad: Registrar en la casilla con el número correspondiente SÍ tiene o NO discapacidad.

Hospitalización en este período: Anotar la edad en meses que tenía cuando los hospitalizaron y los días que tuvo hospitalizado.

Diagnóstico de hospitalización: Registrar con letra legible el diagnóstico con que fue hospitalizado.

K). Sospecha de violencia familiar. Abuso sexual y trabajo infantil

Sospecha de maltrato: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición Sí se sospecha de maltrato o No. Registrar 09 si se ignora.

Sospecha de Abuso Infantil: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición Sí se sospecha de abuso sexual o NO. Registrar 09 si se ignora.

Sospecha de explotación sexual comercial: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición Si se sospecha de explotación sexual o NO. Registrar 09 si se ignora.

Sospecha de trabajo infantil: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición Sí se sospecha de trabajo infantil o No. Registrar 09 si se ignora.

Hospitalización: registrar la edad que al momento de cualquier evento descrito tuvo que ser hospitalizado, los días de hospitalización y el diagnóstico por el que fue hospitalizado.

L). Estado previo a la defunción

Fecha de la última consulta: Anotar el día, mes y año de la última consulta y el diagnóstico.

Atención médica: Anotar en la casilla en número de la opción Sí recibió atención médica o NO. Si se ignora anotar 09 en la casilla.

Se indicó hospitalización: Anotar en la casilla en número de la opción Sí se indicó hospitalización o NO. Si se ignora anotar 09 en la casilla.

Se hospitalizó: Registrar en la casilla el número

correspondiente Sí se hospitalizó o NO. Si se ignora anotar 09 en la casilla.

Diagnóstico de hospitalización: Si fue hospitalizado registrar el o los diagnósticos.

Fecha de hospitalización: Anotar en las casillas la fecha de ingreso y la fecha de egreso.

Intervención quirúrgica: Registrar en la casilla el número correspondiente Sí se intervino quirúrgicamente o NO. Si se ignora anotar 09 en la casilla.

Infección Nosocomial: Registrar en la casilla el número correspondiente Sí se tuvo una infección nosocomial o NO. Si se ignora anotar 09 en la casilla.

M). Datos de la defunción

Momento de la defunción: Anotar en las casillas la fecha y la hora en que falleció.

Lugar donde murió: Anotar el número de la opción correspondiente al lugar donde fallece el niño/a.

Estado nutricional: Registrar en la casilla el número correspondiente a la condición nutricional cuando falleció. Registrar 09 si se ignora.

N). Causa de la muerte:

Causas: Registrar en los espacios la a) causa directa, b) la causa básica y el c) estado morbooso concomitante.

Certificado de defunción: Registrar en la casilla el número correspondiente Sí tiene certificado de defunción o NO.

Fundamento del diagnóstico: Registrar en la casilla el número correspondiente a la opción que fundamenta la muerte.

Ñ). Identificación de médico y enfermera responsable de la auditoría

Identificación: Nombre, apellidos, firma y número de registro del médico y la enfermera responsable de la auditoría.

Fecha de llenado del formulario: Anotar la fecha en día, mes y año en que se realizó la auditoría.

O). Resultado de la investigación (Comité)

Análisis de caso: Resultado veraz y objetivo de los hallazgos relacionados con la muerte encontrado durante la auditoría, analizados por los miembros del Comité

Conclusión: Determinar si fue una muerte evitable o inevitable.

P). Plan de mejora

Objetivo: Construir de acuerdo con la situación encontrada y de acuerdo con las intervenciones los objetivos del plan de mejora.

Intervención o actividad: se construye de acuerdo con la problemática o situación que se quiere mejorar.

Fecha de ejecución: Anotar la fecha en que se van a realizar las actividades.

Responsable: Se anota el profesional responsable que se ejecute la actividad o las actividades.

Nombre y firma de los miembros de la Comisión: Anotar todos los miembros de la Comisión que participaron del análisis de los casos.

Fecha: Anotar la fecha de la reunión y que se levanta el informe.

ANEXO N° 2.22

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL

FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL

Nombre de la persona entrevistada: _____

Relación o parentesco con el niño fallecido: _____

Fecha de la Defunción: _____ Fecha de la entrevista: _____

Lugar de la entrevista: _____

Certificado de Defunción N°: _____ Expedido por: _____

DATOS GENERALES DEL FALLECIDO

Nombre del niño fallecido: _____

Cédula: _____ Edad: _____ 1. Se desconoce

Escolaridad: 1. Primaria: ☐ 2. No: ☐ 3. Se ignora: ☐

COMPOSICIÓN FAMILIAR

☐

Tipo de Familia

1. Nuclear (padre – madre)

2. Madre o/ padre sola

3. Familia extensa

4. Otra. Especifique

5. Se ignora

Contribución económica del padre: 1. Sí ☐ 2. No: ☐ 3. Se ignora: ☐

Lugar de residencia: Provincia _____ Distrito _____

Corregimiento _____ Comunidad _____

Lugar donde falleció: Provincia _____ Distrito _____

Corregimiento _____ Comunidad _____

Sitio donde falleció: 1. Domicilio ☐ 2. Vía Pública ☐ 3. Ambulancia ☐ 4. Puesto de Salud ☐

5. Centro de Salud ☐ 6. Hospital ☐ 7. Otro ☐

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y TOMA DE DECISIÓN

¿Tuvo control salud? 1. Sí* ☐ 2. No ☐ *¿Cuántos controles? _____

Si no se controló, ¿Por qué no? _____

¿Tenía factores de riesgo? 1. Sí* ☐ 2. No ☐ *¿Cuáles factores de riesgo? _____

¿Cuándo se presentó el problema, se reconoció con prontitud? 1. Sí ☐ 2. No ☐

¿Quién reconoció el problema? 1. Familiar ☐ 2. Ayudante de Salud ☐ 3. Técnico en Enfermería ☐

4. Enfermera ☐ 5. Médico ☐ 6. Otro ☐

¿Se hizo una referencia a una instalación de Salud? 1. Sí ☐ 2. No ☐

¿Qué decisión tomó la familia? 1. Esperar ☐ 2. Traslado a una instalación de Salud ☐

3. Otra ☐

¿Quién o quiénes atendieron al niño fallecido cuando se presentó el problema, antes de llegar al hospital?

1. Familiar ☐ 2. Ayudante de Salud ☐ 3. Técnico de enfermería ☐ 4. Enfermera ☐

5. Médico ☐ 6. Otro ☐

¿Falleció súbitamente antes de recibir atención médica? 1. Sí ☐ 2. No ☐

¿Qué signos presentó? _____

¿CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?

Diagnóstico esencial		Diagnóstico específico	

ACCESO A LA ATENCIÓN

¿Cuál es la forma de transporte disponible para llegar a una instalación de salud?

¿A qué distancia en tiempo residía el niño/a de las instalaciones de salud más próximas?

Institución	Lugar o nombre de la Institución	Tiempo desde el domicilio		
		Minutos	Horas	
Puesto de Salud				
Centro de Salud				
Hospital				

En caso de muerte no hospitalaria, ¿Cuáles fueron las razones que impidieron que el niño/a tuviera acceso a un hospital?

1. Vivía muy lejos ☐ 2. Malos caminos ☐ 3. No hay transporte ☐
4. No tenía dinero para transporte ☐ 5. Murió repentinamente ☐
6. Obstáculos familiares ☐ 7. Creencias Culturales/religiosas ☐

Código: _____

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL DE MUERTE EN LA NIÑEZ

La autopsia verbal tiene como objetivo identificar las muertes maternas que ocurrieron en la comunidad y reconstruir la historia y el camino recorrido por el niño/a, incluyendo la morbilidad y las complicaciones que enfrentó hasta su fallecimiento.

Las muertes comunitarias deben ser analizadas con apoyo del instrumento de autopsia verbal, recordando que éste, no es simplemente un instrumento de llenado de información, sino que permite hacer una investigación de los eventos asociados al caso de la muerte ocurrida. Se basa en la información brindada por las personas que tuvieron conocimiento en relación con el caso.

Las Parteras, los Promotores de Salud, la maestra de escuela y personas de la Comunidad, son informantes clave en la autopsia verbal.

La autopsia verbal se realiza como complemento a la auditoria de muerte en la niñez y ambos instrumentos deben ser revisados y analizados por el comité.

Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta. En algunos casos puede haber varias respuestas.

- Llene los espacios en los que se solicita información detallada.
- Cuando la respuesta es OTRO especifique la respuesta en el espacio abierto.
- Anotar las fechas así: Día / Mes / Año
- En las causas de muerte anotar el diagnóstico esencial si no se cuenta con el diagnóstico específico.
- * = Pregunta que aplica a la respuesta previa que lleva un asterisco.

ANEXO N° 2.23

IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE INTER Y TRANSCULTURAL EN LA INSTALACIÓN DE SALUD

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.

Organización 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

ANEXO N° 2.24

LISTADO DE INDICADORES DEL PROGRAMA DE NIÑEZ

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
Concentración de Consultas de C y D, según grupo de edad.	Proceso Accesibilidad	Se refiere al número promedio de controles recibidos por los niños de un grupo de edad X $CC \text{ y } D = \frac{\text{Total de consultas de la edad X}}{\text{Total de consultas nuevas ese grupo de edad}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
Porcentaje de niños según controles recibidos al cumplir un año	Cobertura de servicios de salud Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños que cumplida la edad 1 recibieron (X) Controles de C y D. $PNC \text{ y } D = \frac{\text{Total de niños de 1 año según control (X) recibido}}{\text{Total de niños en control al cumplir un año}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% de Niños de 0 a 7 días que ingresan a control de C y D	Calidad Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños 0 a 7 días que ingresan al control de C y D según región de salud por cada 100 nacimientos vivos. $PNC \text{ y } D = \frac{\text{N° de niños de 0 a 7 días que ingresan al C y D}}{\text{Total de nacimientos ocurridos en el año}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
Cobertura de atención de C y D (menor de 1 año)	Cobertura de servicios de salud Accesibilidad	Se refiere al número de niños menor de 1 año con 5 controles de C y D al cumplir 1 año. $CA = \frac{\text{Total de niños <1 año con 5 controles y más}}{\text{Total de niños que cumplieron 1 año}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
Cobertura de atención de C y D de 1 a 4 años	Cobertura de servicios de salud Accesibilidad	Es la relación existente entre niños de 1 a 4 años que asistieron a control de C y D y la población de 1 a 4 años. $CCD = \frac{1a. \text{ Consulta de C y D en niños de 1 a 4 años}}{\text{Población de 1 a 4 años}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
Cobertura de atención de C y D de 5 a 9 años.	Cobertura de servicios de salud Accesibilidad	Es la relación existente entre de niños de 5 a 9 años que asistieron a control de C y D y la población de 5 a 9 años. $CCD = \frac{1a. \text{ Consulta de C y D en niños de 5 a 9 años}}{\text{Población de 5 a 9 años}} \times 100 \text{ (5 A 9 años)}$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
% de niños de 0 a 3 años que recibieron controles de C y D.	Proceso Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños 0 a 3 años que recibieron controles de C y D. $PNC \text{ y } D = \frac{\text{Número de niños de 0 a 3 años que recibió CC y D}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% Niños de 0 a 3 años con diagnóstico de Trastorno del Neurodesarrollo (TND) referidos.	Calidad, accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños que son diagnosticados con trastornos de neurodesarrollo y son referidos por cada 100 niño atendido en C y D. $PNTNDR = \frac{\text{N° de niños con Dx. de TND}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años atendidos en DIT}} \times 100$	SEI/ MINSA REGES	Trimestral Semestral Anual
% Niños de 0 a 3 años con diagnóstico de TND referidos a ET	Calidad, accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños que son diagnosticados con trastornos de neurodesarrollo y son referidos ET por cada 100 niños atendidos en C y D $PNRET = \frac{\text{N° de niños con Dx. de TND referidos a ET}}{\text{Total de niños con TND}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% Niños de 0 a 3 años con diagnóstico de Trastorno del neurodesarrollo (TND) referido a neurología.	Calidad, accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años con diagnóstico de TND referidos a neurología por cada 100 niños atendido en C y D $PNTND = \frac{\text{N° de niños con Dx. de TND referidos a Neurología}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años con TND}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% Niños de niños de 0 a 3 años referidos a otras instituciones. (IPHE, IMFR, CSS, HN, IENDI)	Calidad, accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años que son referidos a otras instituciones para la atención específica por cada 100 niños atendidos en C y D $PNR = \frac{\text{N° de niños < 3 años referidos a otras inst}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años con TND}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
% de Niños de 0 a 3 años que egresan con diagnóstico (Dx) definitivo a los tres años.	Calidad, resultado	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años que egresan con Dx definitivo por cada 100 niños atendidos en la consulta de neurodesarrollo (NDS). $\frac{N^{\circ} \text{ de niños } < \text{ de 3 años que egresan con Dx definitivo }}{\text{Total de niños de 0 a 3 años atendidos en NDS}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% Niños que recuperan su estado nutricional (EN)	Calidad, accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años con alteraciones en su estado nutricional y se recuperan por cada 100 niños atendidos en C y D. $\frac{N^{\circ} \text{ de niños 0 a 3 que mejoran el EN }}{\text{Total de niños 0 a 3 con alteración nutricional}} \times 100$	RDA MONINUT REGES	Trimestral Semestral Anual
Número de (Niños) familias que recibieron orientación para el cuidado del Desarrollo Infantil temprano (DIT)	Cobertura Accesibilidad	Comprende al porcentaje de madres, cuidadores o familiares que recibieron orientación para el CDIT, por cada 100 niños de 0 a 3 años atendidos en C y D. $\frac{N^{\circ} \text{ de niños } < \text{ de 3 años que la familia recibió orientación de DIT }}{\text{Total de niños de 0 a 3 años atendidos en C y D}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% de instalaciones que están aplicando los programas de crianza	Proceso	Corresponde al número de instalaciones de salud que están aplicando el programa de crianza cariñosa por el total de instalaciones en la región de salud. $\frac{N^{\circ} \text{ de instalaciones que aplican los programas de DIT/crianza }}{\text{Total de instalaciones de salud}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
% de niños a los que se les aplicó el modelo de crianza (MC) y fueron referidos	Cobertura Accesibilidad	Comprende al porcentaje de niños que recibieron el MCC y fueron referidos por cada 100 niños de 0 a 3 años. $\frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 3 años que se les aplicó el MC referidos }}{\text{Total de niños de 0 a 3 años que acudieron a C y D}} \times 100$	SEI/ MINSA REGES	Trimestral Semestral Anual
% de visitas domiciliarias (VD) realizadas a niños de 0 a 9 años con riesgo y/o morbilidad.	Cobertura Accesibilidad	Se refiere al número de VD realizadas a niños de 0 a 9 años con riesgos y/o morbilidad por cada 100 niños de la misma edad. $\frac{N^{\circ} \text{ de VD realizadas a niños 0 a 9 años con riesgos }}{\text{Total de niños de 0 a 9 años atendidos}} \times 100$	RDVD (Form. SIES 4) REGES	Trimestral Semestral Anual
% de familias que recibieron el seguimiento para el cuidado de DIT	Cobertura accesibilidad	Se refiere al porcentaje de familias (madres, cuidadores) que recibieron seguimiento, para el cuidado por cada 100 niños atendidos en DIT. $\frac{N^{\circ} \text{ de familias que recibieron el seguimiento para el CDIT }}{\text{Total de niños de 0 a 3 años atendidos en DIT}} \times 100$	RDA SEI/ MINSA REGES	Trimestral Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
% de visitas domiciliarias realizadas a niños de 0 a 3 años con riesgo y/o alteraciones del neurodesarrollo	Cobertura Accesibilidad	Comprende el % porcentaje de VD realizadas a niños de 0 a 3 años con riesgo y/o TND por cada 100 niños de 0 a 3 años atendidos. $\frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 3 años con riesgo y/o TND que recibieron VD}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años Riesgos y/o TND}} \times 100$	RDVD (Form. SIES 4) REGES	Trimestral Semestral Anual
% de niños de 0 a 3 años que logran el Desarrollo normal antes del egreso.	Cobertura Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años que egresan con Dx de Desarrollo normal por cada 100 niños con TND. $PEDN = \frac{N^{\circ} \text{ de niños 0 a 3 años con Desarrollo Normal antes del egreso}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años con TND}} \times 100$	RDA REGES	Trimestral Semestral Anual
Cobertura de inmunización por X vacunas en el menor de 1 año	Cobertura Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños menor de 1 año inmunizados con (X) vacunas, según esquema. $PNI = \frac{N^{\circ} \text{ de niños menor de 1 año inmunizados con (X) vacunas}}{\text{Total de niños de 0 a 1 año}} \times 100$	RDA REGES	Semestral Anual
Cobertura de inmunización por X vacunas en el niño de 1 a 4 años	Cobertura Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños menor de 1 año inmunizados con (X) vacunas, según esquema. Este indicador se aplica para cualquier edad entre 1- 4 años. $PNI = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 1 a 4 años inmunizados con (X) vacunas}}{\text{Total de niños de 1 a 4 años}} \times 100$	RDA REGES	Semestral Anual
Cobertura de inmunización por X vacunas en el niño de 5 a 9 años	Cobertura Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 5 a 9 años inmunizados con (X) vacunas, según esquema. Este indicador se aplica para cualquier edad entre 5- 9 años. $PNI = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 5 a 9 años inmunizados con (X) vacunas}}{\text{Total de niños de 5 a 9 años}} \times 100$	RDA REGES	Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
% de niños que se realizaron tamizaje metabólico	Cobertura	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días que se les realizó el tamizaje metabólico (TM) por cada 100 nacido vivo. $PNTM = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 28 días que se les realizó el TM}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$	RDA SIE/ MINSA REGES	Semestral Anual
% de niños que se realizaron tamizaje auditivo	Cobertura Accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días que se les realizó el tamizaje auditivo (TA) por cada 100 nacido vivo. $PNTA = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 28 días que se les realizó el TA}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$	RDA SIE/ MINSA REGES	Semestral Anual
% de niños que recibieron consejería en Lactancia Materna (LM)	Proceso Accesibilidad	Se refiere al porcentaje de niños de 0 a 3 años que antes del egreso logran el Desarrollo normal por cada 100 niños con TND. $PNCLM = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 3 años con Desarrollo Normal antes del egreso}}{\text{Total de niños de 0 a 3 años con TND}} \times 100$	RDA REGES	Semestral Anual
% de niños con valores del Tamizaje Metabólico (TM) alterados que fueron referidos.	Cobertura	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días con los valores del tamizaje metabólico (TM) alterado que fueron referidos por cada 100 nacido vivo. $PNR = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de 0 a 28 días con valores del TM referidos}}{\text{Total de nacidos vivos tamizados@}} \times 100$	RDA REGES	Mensual Semestral Anual
Tasa de Mortalidad Infantil	Impacto	Es el número de defunciones en niños menor de 1 año, ocurrido durante un año, dado por K. $TMI = \frac{N^{\circ} \text{ de niños menor de 1 año que mueren en determinado año}}{\text{Total de niños nacidos vivos}} \times 100$ K= Constante del múltiplo de 10	RDA REGES	Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
Tasa de Mortalidad Precoz o Neonatal Temprana	Impacto	Son aquellas muertes de niños menores de 0 a 7 días, ocurrido durante un año, dado por K. $TMNP = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones de niños } < 8 \text{ días} \times K}{\text{Total de niños de nacidos vivos}} \times 1000$ K=Constante del múltiplo de 10	RDA REGES	Semestral Anual
Tasa de Mortalidad Neonatal	Impacto	Son aquellas muertes de niños menores de 0 a 28 días, ocurrido durante un año, dado por K. $TMNP = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones de niños de } 0 \text{ a } 28 \text{ días} \times K}{\text{Total de niños de nacidos vivos}} \times 1000$ K=Constante del múltiplo de 10	RDA REGES	Semestral Anual
Tasa de Mortalidad Post - Neonatal	Impacto	Son aquellas muertes de niños menores de 29 días a 11 meses, ocurrido durante un año, dado por K. $TMNP = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones de niños de } 29 \text{ días a } 11 \text{ meses} \times K}{\text{Total de niños de nacidos vivos}} \times 1000$	RDA REGES	Semestral Anual
Tasa de Mortalidad en niños de 1 a 4 años	Impacto	Se refiere al número de niños de 1 a 4 años que mueren en un X año. $TM = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de } 1 \text{ a } 4 \text{ años que mueren en } X \text{ período}}{\text{Total de niños de } 1 \text{ a } 4 \text{ años}} \times 1000$	RDA REGES	Semestral Anual
Tasa de Mortalidad en niños de 5 a 9 años	Impacto	Se refiere al número de niños menor de 5 a 9 años que mueren en un periodo de un año. $TM = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de } 5 \text{ a } 9 \text{ años que mueren en un año}}{\text{Total de niños de } 5 \text{ a } 9 \text{ años}} \times 1000$	RDA REGES	Semestral Anual
Tasa de Morbilidad Infantil por causa y edad	Impacto	Se refiere al número de niños que enferman (X) causas y edad. Este indicador se aplica para cualquier edad entre 5- 9 años, en un año. $TMorb. \text{ Infantil} = \frac{N^{\circ} \text{ de niños de } 5 \text{ a } 9 \text{ años que según enfermedad y edad } \times 100}{\text{Total de niños de } 5 \text{ a } 9 \text{ años}} \times 1000$	RDA REGES	Semestral Anual

Indicador	Qué mide	Definición (construcción - fórmula)	Fuente	Periodicidad
% de niños referidos por alteraciones auditivas.	Calidad Accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días con alteraciones del tamizaje auditivo (TA) referidos por cada 100 nacido vivo. $PNRAA = \frac{\text{N° de niños de 0 a 28 días con alteraciones del TA, referidos}}{\text{Total de nacidos vivos con TA}}$	RDA SIE/MINSA REGES	Mensual Trimestral Semestral Anual
% de niños que se realizaron tamizaje cardiaco	Calidad Accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días que se les realizó el tamizaje cardiaco (TC) por cada 100 nacido vivo. $PNTC = \frac{\text{N° de niños de 0 a 28 días que se les realizó el TC}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$	RDA SIE/MINSA REGES	Mensual Trimestral Semestral Anual
% de niños con tamizaje cardiaco alterado referido	Calidad Accesibilidad	Corresponde al porcentaje de niños de 0 a 28 días con los valores del tamizaje cardiaco (TC) alterado que fueron referidos por cada 100 nacido vivo. $PNRAC = \frac{\text{N° de niños de 0 a 28 días con valores del TC referidos}}{\text{Total de nacidos vivos con TC realizados}} \times 100$	RDA SIE/MINSA REGES	Mensual Trimestral Semestral Anual

INDICADORES SOBRE MALTRATO EN LA NIÑEZ PARA USO EN EL NIVEL LOCAL

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.	
8. Niños clasificados como sospecha de Trabajo infantil	



MINISTERIO
DE SALUD

