

PLAN DE SUPERVIVENCIA DE LA INFANCIA

Documento DNP-2.155-UDS 20 de diciembre de 1984

Circulación:

Miembros del Consejo Nacional de Política Económica y Social

PLAN DE SUPERVIVENCIA DE LA INFANCIA

Documento DNP-2.155-UDS 20 de diciembre de 1984

* Circulación:

Miembros del Consejo Nacional de Política Económica y Social

...

INTRODUCCION

.. El presente documento contie e los lineamientos generales del Plan

de Supervivencia de la Infancia. Consistente con la política social establecida en el Plan General de Desarrollo 1'Carnbio con Equidad", el plan será el resultado de la cooperación intra e intersectorial.

Por sus caracterfsticas y nfasis en uno de los grupos más vulne­ rables de la población, los menores de 5 años, el plan puede llegar a ser el más importante avance en la salud en muchos anos, no solo por los efectos que se esperan, sino porque se fundamenta en principios sociales considerados como los más progresistas y prometedores en sa­ lud pública en el mundo.

El objetivo fundamental de éste documento es dar a conocer el Plan, su vinculación con el presupuesto nacional y con las fuentes de finan­ ciamiento y plantear recomendaciones al CONPES que favorezcan su desa­ rrollo.

DIAGNOSTICO

No obstante los esfuerzos que se han venido realizando en el área de salud (disminución sistemática de la mortalidad, cambios en su es­ tructura y aumento en la expectativa de vida) el mejoramiento no ha

2.

sido uniforme y subsisten aún problemas de gran magnitud cu.ya solución exigirá el compromiso del Estado y la comunidad en los próximos aBos,

Ante la limitación de recursos es necesario establecer prioridades de atención de los problemas de salud, La prioridad es la población infantil. El 12.8% de la población colombiana actual es menor de 5 año Punque la mortalidad infantil ha disminuido hasta 57 defunciones por mil nacidos vivos en 1984, dista mucho de la cifra alcanzada en los países desarrollados (menor a 15 defunciones por 1.000 nacidos vi­ vos). Además, en relación con la mortalidad general, la mortali.dad infantil tiene un peso proporcional del 28%\_ La proporción del grupo de 1 año es del 20%.

Los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad en estos grupos no han variado en los últimos años, no obstante su siste­ mática disminución.

Persisten como causas importantes las enfermedades relacionadas con factores de tipo socio-económico, cultural, ambiental y de compor­ tamiento de la población y con la oferta y funcionamiento de los ser­ vicios de salud. Del análisis del estado de salud se conclure que las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias agudas, y la desnutrición, las enfermedades perinatales y del recién nacido las inmuno-prevenibles (todas podrían ser controladas en al­ to grado), continúan explicando una gran proporción de la morbilidad

y mortalidad en el grupo materno y en el de menores de 5 años.

Todo lo anterior muestra la necesidad de integrar 9;cci\_ones i\_nine­ diatas que produzcan un impacto a más corto tiempo. Con este fin se creó el Plan de Supervfvencia de la Infancias considerando los descen­ sos significativos y constantes en la mortalidad materno infantil que

se han presentado en aquel los parses que iniciaron progn1mas i.ntegra­

dos de salud con énfasis en las acciones preventivas y en la aplica­ ción de tecnologias apropiadas de bajo costo, compatibles con la Aten­ ción Primaria.

Resultado de un cuidadoso diagnóstico y de un análisis integral de los factores causales de la mortalidad infantil realizado por el Ministerio de Salud para su ejecución en todo el territorio colombia­ no, este Plan es una respuesta factible para modificar las condicio­ nes de los grupos objeto/sujeto del plan: mujeres de 15 a 44 años y niños menores de 5 años.

OBJETIVO

En concordancia con la politica social y la prioridad del grupo materno infantil dentro de las metas fijadas para el sector salud en el Plan de Desarrollo ''Cambio con Equidad11, el objetivo general del plan de supervivencia de la infancia es el de contribuir a la reduc­ ción de la morbilidad y la mortalidad hasta alcanzar antes de 5 años

las cifras de 40 por mil para los menores de 1 año y de 7 por mil pa­ ra el grupo de 1 a 4 años.

Las prioridades del Plan se refieren al crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, a través de acciones sobre las enfermedades in­ munoprevenibles, la mortalidad perinatal, el control de la enfermedad diarréica aguda, la mortalidad por infecciones respiratorias, el esta­ do nutricional y el desarrollo psicoafectivo del menor. Estas accio­ nes estarán dirigidas, preferentemente, a los grupos humanos a mayor riesgo en áreas marginales, urbanas y rurales, a través del Sistema

de Atenci6n Primaria y utilizando la estrategia de canalización con participación activa de la comunidad. Así mismo, el Plan se caracte­ riza por su flexibilidad para adaptarse a las necesidades específicas y a las patologías locales.

ESTRATEGIA

Para el logro de los objetivos señalados se ha propuesto como es­ trategia principal, el mecanismo de canalización ampliada. En este mecanismo, similar a la canalizaci6n realizada por miles de volunta­ rios en el Programa de Vacunaci6n, que consistió en captar y conducir los niños no vacunados a puntos específicos del Sistema de Salud (pro­ grama que produjo el mayor número de niños vacunados en la historia

de la salud pública en el país), lo nuevo y lo importante radica en su extensión masiva, sistemática y permanente a programas de Salud de alta prioridad.

Vale la pena destacar que las jor adas de vacunación que se reali­ zaron en el país, fueron consideradas por las Naciones Uní.das como uno de los tre e mayores acontecimientos mundiales de 1984,

La canalización ampliada incluirá actividades de educación sanita­ ria a la familia para la prevención y manejo de determinados problemas de salud; tendrá que efectuar además, una vigilancia permanente para la detección precoz de casos y su canalización a los puntos del Siste­ ma Nacional de Salud donde puedan ser tratados correctamente cuando la atención en la familia no haya sido suficiente.

Para la ejecución de esta tarea, que no puede ser realizada direc­ tamente por los médicos y demás personal de salud, se requi\_ere el con..­ curso de miles de personas adecuadamente entrenadas y orientadas. Pa­ ra cumplir la misión de canalización en el Plan de Supervivencia de la Infancia se buscará la participación de estudiantes de Secundaria, del personal de diferentes dependencias del sector educati.vo en el área ru­ ral y de diversos grupos de voluntarios, los cuales junto a las promo­ toras de salud serán los agentes canalizadores de la comunidad (vigías de salud) que conformarán el Frente Social Juvenil, cuya acción será el principal factor para disminuir la mortalidad en la infancia.

Al lograrse el concurso de los grupos mencionados, el sector salud podría llegar a 31600.000 familias y en ellas aproximadamente a unos 201000.000 de colombianos. En esta forma se cubriría casi la totali­ dad de la infancia colombiana.

Para el desarrollo de la estrategia, son necesarios el apoyo y una participación activa de los sectores salud, educación, comunicaciones, entre otros. La canali zación se verá impu1sada y apoyada por una am-

plia divulgación y movilización masiva y por un proceso educativo a través de talleres y seminarios.

COMPONENTES DEL PLAN

En desarrollo del objetivo general del plan se ejecutar n 6 gran­ des programas que atacarán las principales causas de morbimortalidad del grupo objeto/sujeto del pla,n. La aplicación de la estrategia de canalización ampliada, para cada una de estas enfermedades, se funda­ menta en los siguientes elementos: los riesgos, que son los aspectos que permiten la identificación por parte del agente canalizador, el papel del yigia de salud en la valoración del riesgo y su acción fren­ te a éste, la utilización de la tecnología apropiada y la determina­ ción de quién es el responsable de aplicarla.

Las estrategias específicas de cada programa se pueden agrupar en cuatro campos: capacitación, supervisión, participación de la comuni­ dad y vigildncia epidemiológica. Es así como la capacitación del equi­ po de salud y de las promotoras y parteras mediante seminarios y talle­ res o cursos de acuerdo al perfil ocupacional, con enfoque de riesgo, adquiere especial relevancia para la detección, manejo y seguimiento

.. de estas patologías. La elaboración de las guías de supervisión per­ mitirá controlar, evaluar y asesorar cada proyecto.

Para que sea dinámica la participación de la comunidad, concebida como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de su salud, es indispensable el desarrollo de acciones educa­ tivas mediante las cuales esa comunidad comprenda los fenómenos que inciden sobre sus procesos vitales y asuma prácticas tendientes a me­ jorar cualitativamente su capacidad de supervivencia.

De igual manera se realizarán investigaciones para determinar y evaluar los factores de riesgo, lo cual permitirá llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades.

A continuación se presenta brevemente la situación actual y los objetivos particulares de cada programa.. En el anexo se hará una descripción detallada de cada uno de ellos.

l. Control de la Mortalidad Perinatal.

La tasa de mortalidad neonatal presenta un descenso gradual al pa­ sar de 29 a 23 por mil nacidos vivos entre 1971 y 1980. La primera causa de mortalidad en los niños menores de 1 año son las complicacio­ nes perinatales.

La captación y control prenatal tardío de la gestante, el bajo nú­ mero de controles prenatales médicos y la atención del parto por per­ sonal no médico cuya capacitación no ha incluido el enfoque de riesgo

(69% de los casos), son factores que inciden notablemente en la morta­ lidad perinatal. Por otra parte, el subregistro y la falta de certi­ ficación médica en el período neonatal impiden una evaluación de la situación real de las causas de defunción perinatal.

El objetivo general del componente comprende la reducción de la morbilidad y mortalidad por causas perinatales, hasta alcanzar nive­ les de mortalidad neonatal de 17 por mil nacidos vivos, mediante la captación de la gestante por los agentes canalizadores, el manejo del caso de acuerdo con el enfoque de riesgo y su remisión a las institu­ ciones de salud. Además, se implantará el carnet perinatal como meca­ nismo de enlace, control y referencia entre las instituciones de aten­ ción y el uso de registro por parte de las parteras y promotoras so­ bre atención del parto y el seguimiento al recién nacido y de la mujer durante las 6 semanas siguientes al parto.

1. Control de la Enfermedad Diarréica Aguda.

Entre 1973 y 1981 la tasa de mortalidad por esta causa para el grupo de menores de 5 años se redujo de 5.1 a 2.32 por mil niños na­ cidos vivos; sinembargo, continúa siendo la primera causa de muerte para este grupo. Constituyen las infecciones intestinales mal defi­ nidas el mayor peso proporcional dentro de la tasa total de este com­ ponente y la principal causa de morbilidad por consulta externa y hospitalización en el período de 1980-1983.

Las condiciones sanitarias de la población, la calidad del medio ambiente, las prácticas alimentarias y la cobertura de los servicios, están estrechamente relacionadas con el desarrollo de esta patología.

El objetivo general del programa es controlar la morbilidad y re­ ducir la mortalidad en el grupo de menores de 5 años por enfermedad diarréica aguda, a través de acciones que disminuyan en un 50% la ta­ sa de mortalidad por esta causa.

La estrategia fundamental para el logro de este objetivo es el uso extensivo y oportuno de la terapia de rehidratación oral, para lo cual es necesario implementar actividades de promoción, seguimiento, vigi­ lancia y control epidemiológico y garantizar el suministro y disponi­ bilidad de las sales orales a nivel comunitario según las necesidades de la población. Como complemento, se pondrá énfasis en la educación sanitaria.

1. Control de la Infección Respiratoria Aguda.

La tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda, para el

grupo de menores de 5 años, ha presentado una tendencia decreciente al pasar de 3.4 por mil en 1973, a 1.7 por mil en 1981; sinembargo,

•

la mortalidad proporcional por esta causa (porcentaje sobre el total

de muertes ocurridas en este grupo etáreo) no ha presentado cambios significativos en los últimos años, ya que en 1973 fué de 14.9% y en 1981 de 12.5%.

Las principales causas de mortalidad y egreso están constituidas, en su mayoría: por infecciones del tracto respiratorio bajo: bronco­ neumonías, neumonías, influenza, bronquitis y bronquiolitis aguda.

Para 1981, del total de defunciones por las dos primeras causas de muerte, bronconeumonías y neumonías, el 83.58% y el 88.7% respectiva­ mente ocurrieron en la casa; así mismo, la letalidad hospitalaria fué de 4% y 5.9% lo que parece indicar que la mortalidad obedeció princi­ palmente a la falta de acceso a la atención médica.

El objetivo del componente descrito para el grupo menor de 5 años, es la reducción de la mortalidad proporcional hasta alcanzar niveles del 10% en el corto plazo (1986), del 7% en el mediano plazo (4 años) y del 5% en el largo plazo (10 años).

Para el logro de este objetivo se establecerá un proceso de infor­ mación y educación a la familia a través del sistema de atención pri­ maria, que permitirá la calificación de la severidad de cada caso, el manejo adecuado según el enfoque de riesgo y la evaluación permanente de los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad.

1. Control de la Desnutrición.

*f*

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud realizado entre 1977 y 1980, la tasa de desnutrición global (peso para la edad) fué de 19.4% en los menores de 5 años y un 19.7% se encontraba a riesgo de

sufrirla; la tasa de desnutrición crónica (talla en función de la edad) fué de 25.9% y un 15.9% estaba a riesgo y; la desnutrición agu­ da (peso para la talla) fué de 6% y un 10.7% estaba expuesto a sufrir­ la. El período de más alto riesgo de desnutrición se extiende hasta los 24 o 36 meses de edad.

Además, se ha considerado básico mantener un buen estado nutricio­ nal de la gestante dada su relación con el peso del niño al nacer, la mortalidad perinatal y el desarrollo psicomotor.

El objetivo general de éste componente por lo tanto, es mejorar

el estado nutricional de la población materna e infantil, atendida por el Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de promoción, preven­ ción, tratamiento y recuperación en el área de nutrición.

La educación nutricional para el consumo adecuado de los alimentos, el fomento de la lactancia materna, el estímulo temprano a los niños desnutridos y con retardo en el crecimiento y el desarrollo de un sub­ sistema de información que permita el registro y la atención a nivel individual y por grupo de edad, son elementos básicos que contribuyen

a la disminución de la morbimortalidad en el grupo menor de 5 años. Además, es conveniente destacar que se realizará un programa para el control del parasitismo intestinal, mediante la promoción del uso de medicamentos que serán vendidos a bajo costo.

1. Control de la Deprivación Psicoafectiva.

La deprivación afectiva acarrea desórdenes nerviosos e inestabili­ dad de carácter, incapacitando al niño para adaptarse a la vida so­ cial. La falta de estimulación afecta el desarrollo motor y del len­ guaje. La interacción afectiva entre la madre (o su sustituto) y el niño y su influencia durante ciertos períodos críticos, son decisivos para la formación de la personalidad y el desarrollo mental. En 1981, el 12.6%, del total de consulta externa por accidentes y el 8.9%, de los egresos hospitalarios por la misma causa correspondió a menores

de 5 años; sinembargo, no es sólo la agresión de los demás lo que afecta al niño sino las lesiones autoinfligidas de las cuales los adultos son responsables.

De otra parte, la influencia directa de factores socio-biológicos gestacionales, su estado nutricional durante el embarazo y la desnu­ trición en los 3 primeros años de vida, tienen fuerte incidencia en el crecimiento y desarrollo psicomotor y afectivo del niño.

A nivel general el objetivo de este subproyecto es lograr una dis­ minución en la prevalencia e incidencia de trastornos en el desarrollo de la personalidad de la población menor de 5 años (áreas afectiva, emocional, social, del lenguaje, motriz y cognocitiva), a través del manejo de los factores de riesgo para desarrollar la capacidad de adap tación del medio biostcosocial en que se encuentre.

Ese objetivo se cumplirá mediante la atención integral al niño a través de la coordinación de acciones con los componentes perinatal y nutricional, con la capacitación al equipo de salud, la promoción de la comunidad en atención psicoafectiva y el apoyo de los medios masi­ vos de comunicación.

1. Control de las Enfermedades inmunoprevenibles.

Para contribuir, dentro del Plan de Supervivencia de la Infancia, a la reducción de la morbimortalidad por enfermedades inmunopreveni­ bles, se continuará con el programa ampliado de inmunizaciones hasta alcanzar una cobertura del 80% antes de 5 años.

DESARROLLO DEL PLAN

Para el primer semestre de 1985 el Plan de Supervivencia de la Infancia se implantará en las seccionales de Nariño, Meta, Quin­ dio y Atlántico En adelante, de acuerdo a prioridades según el comportamiento de la mortalidad y capacidad de respuesta en los servicios seccionales, se incorporarán 15 Seccionales en el término de año y medio y gradualmente se adicionarán las demás hasta cubrir las 33 existentes en el país en los 5 años del Plan. Así, además del aumento de cobertura propuesto se buscará mejorar la calidad de los servicios que está prestando el Sistema Nacional de Salud.

COSTOS Y fINANCIACIQN

Se estima que las acciones previstas en el Plan de Superyivencia de la Infancia para el perfodo 1984-1989 tendrán un costo total de

$1.787.5 millones de los cuales el 57% corresponde al programa de in­ munizaciones. Vale la pena destacar la necesidad de continuar con es­ te programa con el fin de mantener los aumentos en cobertura logrados en las pasadas jornadas de vacunación. (Ver Cuadro No.l).

El Plan de Supervivencia de la Infancia se financiará en 1985 con

$210.0 millones de presupuesto nacional, y lo que aportarfan UNICEF ($110.0 millones), UNFPA ($25.0 millones) y otras agencias ($39.9 mi­ llones). Para los años siguientes el Ministerio de Salud garantizará dentro de su presupuesto ordinario las partidas necesarias para su ejecución y contará además con recursos de cooperación financiera y técnica internacional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Plan de Supervivencia de la Infancia se concibe como una estra­

tegia para mejorar las condiciones básicas que afectan el crecimiento

' y desarrollo del menor de 5 años, mediante un conjunto de acciones que se ejecutarán integrada y coordinadamente por entidades vinculadas a los sectores que participan y son responsables de las actividades del plan y con la premoción de la participación del individuo, del núcleo

familiar y de la comunidad en general.

Los programas contemplados dentro del marco del Plan de Supervi­ vencia de la Infancia son congruentes con los lineamientos generales de la política social establecida para el sector salud en el Plan de Desarrollo Cambio con Equidad. La principal característica es el en­ foque de coordinación y cooperación multisectorial, con el fin de ge­ neralizar en el país el mecanismo de canalización ampliada través del cual serán mucho más efectivas las acciones de salud.

En razón de lo anterior, el Departamento Nacional de Planeación se permite presentar para la aprobación del CONPES las siguientes re­ comendaciones:

1. El Ministerio de Salud buscará en primer lugar, el concurso de los distintos grupos propuestos y suscribirá convenios en los cuales se definan las funciones y responsabilidades de cada uno de ellos, estableciendo claramente los mecanismos de acción, evaluación y control del plan.
2. Preparará, en coordinación con el Ministerio de Educación, los ins­

' trumentos necesarios para la realización del Plan como son los ma­ nuales, guías, ayudas educativas y demás.

1. Impartirá capacitación a los responsables del adiestramiento tan­ to del sector educativo como a los del sector salud a nivel de las seccionales de salud.
2. A nivel local, las Unidades de Salud tendrán la responsabilidad de hacer que los médicos y enfermeras que cumplen con el Servicio Social Obligatorio gestionen la ejecución del programa en los co­ legios y asociaciones que participarán en el Plan y entrenen a los vigías de salud.
3. El Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Salud, tendrán la responsabilidad de informar y motivar permanentemente al personal del sector educativo, a los agentes canalizadores y a la comunidad del área de influencia respectiva.
4. El Ministerio de Salud buscará además la decidida participación de los medios de comunicación: prensa, radio, televisión y otros, en las actividades de apoyo con el fin de dar a conocer el Plan, sus bondades y lograr una actitud receptiva por parte de la comu­ nidad.

*{* g.) Para lograr mayor cobertura en el área rural, el Minis­ terio de Salud coordinará con el Ministerio de Agricul­ tura y con las entidades·ry gremios del sector las acti­

vidades oue cada uno de ellos desarrollará en las co u-

nidades respectivas.

* • r ........,1'-. .•

CUADRO No. 1

INVERSIONES DEL PLAN DE SUPERVIVENCIA DE LA INFANCIA (MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

l

L p R o G R A M A s 1 1985 1986 l 1987 1988 1989 TOTAL

1

INFECCICN RES-Dotación 14.5 32.5 1 33.0 16.0 - 96.0 1

PIRAT0RIA 1 1

1

AGUDA Capacitación 5.0 10.0

10.0 5.0 5,0 35.0 1

¡

INMUNIZACIONES Biológicos y jeringas 202.4 129.6 155.4 185.6 255.2 928.2 i

Reddefrío 15.0 17.4 ! 20.1 23.4 27.1 103.0 1

; 1

1

ENFERMEDADES \

PERINATALES Capacitación. 5.0 5.0 10.0 10.0 5.0 35.0 i

'

MALNUTRICION 1 1

Capacitación 15.0 9.5 24.5 )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEl'RIVACION  PSICO-AFECTIVA Capacitación | 15.0 | . 10.0 |  | 5.0 | 5.0 | 35.0 | !  1 |
| CANALlZAC 10 N (Actividades de  Producción Medica |  |  | 1  1 |  |  |  |  |

Apoyo).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| mentas. |  | 10.0 |  | 1 | 20.0 | 20.0 | 50.0 |
| Capacitación. | 89.3 | 72.9 | I |  |  |  | 162.2 |

Divulgación y motiv\_:l ¡

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10.0 | 10.2 |  |  |  |  |  | 20,2 |
| 1 10.0 | 32.5 |  | 32.5 | 20.0 |  | 12.4 | 107.4 |
| ¡ 3.7 | 12.5 |  | 12.5 | 7.6 |  | 4. 7 | 41.0 |
| · | 20.0 | j  ¡ | 30.0 | 40.0 | 1  \  i | 60.0 | 150.0 |
| 1 |  | 1 |  |  | 1 |  |  |

ción

1

,l\\,udas\_ pucativas 'Dotación \_1/

Ta11 eres ·de la :; Infancia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TO | TAL | l | 384.9 | 372.1 | : | 328.5 | 332.6 | ' |  | 369.4 | 1 | 1787.5 |
|  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | 1 |  | 1 |  |

l/ Incluye: ficha familiar, cintillas braquiales, balanzas, cintas métricas, carnet infantil y carnet perinatal.

A N E X O

APLICACION DE LA CANALIZACION AHPLIADA POR COMPONENTE

PROBLEMA

RIESGO

PAPEL DEL AGENTE CANALIZADOR

Acción frente

TECNOLOGIA PARA

RESPONSABLE DE 1

**Mortalidad** perinatal



Enfermedad Diarréica i.guda.

* Ausencia de inscrip­ ción.
* Inasistencia a con­ troles
* Inadecuada atención del parto.
* Infecciones propias del perfodo **perina­** tal.
* Fallas en Saneamien­ to Ambienta1: Alimentos

Agua

Disposición de de­ sechos.

* Deshidratación
* Infección bacteria- na invasiva.

Valoración del Riesoo

Toda gestante debe ser valorada institucional­ mente por lo menos una vez.

Criterios de embarazo de alto riesgo.

Fiebre y otros.sínto­ mas y signos.

Aplicación criterios establecidos.

al RieSQO.

Educación Canalización

Educación Canalización

EL RIESGO.

Control prenatal Carnet

Atención institu­ cional del parto de alto riesgo.

Atención institu­ cional en sospecha ó presencia de in­ fección perinatal.

Utilización de

Sales de R hidrat - ción Oral \S,R.O.J

S.R.C. y Anti­ bióticos.

APLICAR LA T.A.•

Instituciones de Salud

Instituciones de Salud

Instituciones de Salud.

* Familia

Instituciones de Salud

Infección Respiratoria

- Falta vacunación.

Seoún criterios estable­

Autocuidado Farnil ia

Aguda.

- Hacinamiento

cidos:

Educación

Atención ambulato-

Instituciones

Malnutrición

* Contaminación atmos- férica.
* Desnutrición

-·Propensión a la desnutrición

Bajo Moderado Alto

Aplicación de instrumen­ tos **para** el diagnóstico (cintilla de 3 colores y otros).

Canalización

Educación

Canalización

ria. de Salud.

Atención Hospi ta- Instituciones laria. de Salud.

Lactancia materna Madre

Deprivación psico­ a-fectiva.

Enfermedades Inmuno­ JJl'evenibles.

'

* Desnutrición
* Parasitosis

Asociado con desnu­ trición y otras en­ fermedades.

* Retraso psicomotor y afectivo.
* Problemas del aprendüaje.
* Niño no vacunado contra:

Peso y tal·la del recién nacido y menores de 5 años.

Condiciones ambientales

Aplicación de paráme­ tros establecidos.

Edad del niño y ante­ cedentes inmunológi­

Educación Cana1izaci ón

Alimentos apropia- dos

· Desparasitación sernestra 1 •

Estimulación precoz.

Apoyo psicopeda- gógico.

Vacunación

. Familia

Familia Familia

Instituciones Educativas y de Salud.

Instituciones de Salud.

Difteria Tétanos Tosferina

TBC.

Polio Saram- pión

•

cos.

Ewbarazada suscepti­ ble al tétano.

Educación Canalización

Gestante no va­ cunada contra tétanos.

* *T.A.* Tecnologfa Apropiada.

17 .

h) El Ministerio de Salud deberá establecer normas que garanticen que dentro de los presupuestos de cada nivel del sistema de sa­ lud, se incluyan los recursos financieros necesarios para la eje­ cución de las acciones del Plan. Así mismo, garantizará que los recursos de cooperación técnica y financiera que pueda obtener,

se canalizarán en debida forma a la ejecución del Plan.

'

*1*